

# DE SALUD PÚBLICA



Organo de Difusión de la **Sociedad Mexicana de Salud Pública**  
Noviembre 2022

## MENSAJE SMSP

**Dr. Jesús Felipe  
González Roldán**

## SALUD PÚBLICA EN SINALOA

**Una visión desde  
la Historia y la  
Antropología**

*Por. José Alberto*

*Díaz Quiñonez*

## “ENTRE COMILLAS”

**Entrevista.  
Dra. Ana Lucía  
de la Garza Barroso**  
*Salubrista*

**CD CONSEJO DIRECTIVO**

**Dr. Jesús Felipe González Roldán**  
Presidente  
**Dr. Juan Francisco Martínez Campos**  
Vicepresidente  
**Mtra. Irma Ortiz Flores**  
Secretaría General

**Tte. Cor. M. En C. Miguel Antonio Vázquez Guzmán**  
Secretario de Actas  
**M. En C. Marcia Leyva Gastélum**  
Tesorera

**CAP CONSEJO ASESOR PERMANENTE**

Dr. Miguel Betancourt Cravioto  
Dra. Lourdes Motta Murguía  
Dr. Miguel G. Lombera González  
Dra. Silvia G. Roldán Fernández  
Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus  
Dr. Pablo Kuri Morales  
Dra. Elsa Sarti Gutiérrez

Dr. Luis Fernando Antiga Tinoco  
Dr. Manuel Urbina Fuentes  
Dr. Javier Cabral Soto  
Dr. Roberto Tapia Conyer  
Dr. Raymundo Intriago Morales †  
Dr. José Carrillo Coromina

**SF SOCIEDADES FILIALES**

Asociación **Baja Californiana** de Salud Pública  
Asociación **Sudcaliforniana** de Salud Pública  
Sociedad **Campechana** de Salud Pública  
Colegio de Salud Pública del Estado de **Colima**  
Asociación Salubrista del **Estado Grande**  
Sociedad **Chiapaneca** de Salud Pública  
Sociedad **Duranguense** de Salud Pública  
Sociedad de Salud Pública del **Distrito Federal**  
Academia de Salud Pública del **Estado de México**  
Colegio Médico de Graduados en Salud Pública del Estado de **Guerrero**  
Colegio de Epidemiólogos del Estado de **Guanajuato**  
Asociación de Salud Pública de **Guanajuato**  
Colegio Médico de Salud Pública de **Hidalgo**  
Colegio **Jalisciense** de Salud Pública  
Asociación Interdisciplinaria de Salud Pública del Estado de **Michoacán**

Sociedad **Michoacana** de Salud Pública  
Sociedad **Nuevo Leonesa** de Salud Pública  
Sociedad **Nayarita** de Salud Pública  
Sociedad **Oaxaqueña** de Salud Pública  
Sociedad de Salud Pública y Administración Sanitaria de **Puebla**  
Asociación de Salud Pública de **Quintana Roo**  
Sociedad **Sinaloense** de Salud Pública  
Colegio de Profesionales en Salud Pública del Estado de **Sonora**  
Sociedad **Potosina** de Salud Pública  
Colegio de Salud Pública de **San Luis Potosí**  
Sociedad **Tabasqueña** de Salud Pública  
Sociedad **Tamaulipeca** de Salud Pública  
Colegio de Salud Pública de **Tamaulipas**  
Sociedad de Salud Pública de **Tlaxcala**  
Sociedad **Veracruzana** de Salud Pública  
Colegio de Salud Pública de **Yucatán**  
Sociedad **Zacatecana** de Salud Pública

**SF SECCIONES TÉCNICAS**

**Dra. Guadalupe Díaz del Castillo Flores**  
Atención Primaria En Salud  
**Dra. Walverly Morales Gordillo**  
Calidad de la Atención  
**Dr. Cutberto Espinosa López**  
Enfermedades Crónicas No Transmisibles  
**Dra. Elisa Sánchez García**  
Enfermedades Infecciosas  
**Dra. Fátima Luna López**  
Enfermedades Respiratorias/Tuberculosis  
**Dra. Ruth Angélica Landa Rivera**  
Enfermería en Salud Pública  
**Dra. María Eugenia Jiménez Corona**  
Epidemiología  
**Dr. en C. José Alberto Díaz Quiñonez**  
Humanidades en Salud

**Dr. Darío Alaniz Cuevas**  
Inclusión y Diversidad  
**Lic. Selene Paola Ferrer Neri**  
Nutrición Poblacional  
**Dra. Lorena Suarez Idueta**  
Proyectos de Investigación  
**Dr. Luis Gustavo Zarate Sánchez**  
Recursos Humanos en Salud Pública  
**Dr. Luis Alberto Martínez Juárez**  
Salud Global  
**Dra. Alexia Sánchez Rivera**  
Salud Mental  
**Dr. Rodrigo Romero Feregrino**  
Vacunación  
**Dra. Verónica Gutiérrez Cedillo**  
Zoonosis

04

**MENSAJE SMSP**  
Dr. Jesús Felipe González Roldán

10

**LA SALUD ES UN DERECHO NO UN PRIVILEGIO**  
Por. Sonia López Álvarez

12

**EL CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA: HACIA UN MODELO DE FORMACIÓN Y ATENCIÓN EN APS**  
Por: Ana Rita Castro

13

**IN MEMORIAM**  
Dr. Alejandro Escobar Gutiérrez

14

**“ENTRE COMILLAS”**  
Entrevista. Dra. Ana Lucía de la Garza Barroso  
**Salubrista**

20

**SALUD PÚBLICA EN SINALOA. UNA VISIÓN DESDE LA HISTORIA Y LA ANTROPOLOGÍA**  
Por. José Alberto Díaz Quiñonez  
**Sociedad Mexicana de Salud Pública**

25

**SALUD, VISTA CON ORGULLO**  
Por: Del Angel-Aguilar Alejandro Rey, Jácome-García Silvia Susana y Arrazate-García Ma. Concepción

28

**MUERTES MATERNAS DURANTE LA CONTINGENCIA DE COVID-19 EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA CHIHUAHUA, CHIHUAHUA**  
Por. Álvaro Aaron Plascencia Chávez, Carlos Esteban Aréchiga Gamboa y María Elena Martínez Tapia

32

**PREVALENCIA DE ANTICUERPOS IGG PARA COVID-19 EN NIÑOS ESCOLARES EN EL REGRESO SEGURO A CLASES EN UNA ESCUELA RURAL, URBANA Y DE MIGRANTES**  
Por. María Elena Martínez Tapia, Natalia Juliana Rentería Rodríguez, Carlos Esteban Aréchiga Gamboa, Gloria Isela Domínguez Estrada, Diana Alanís, Jibrán Sarabia Muñoz y Joaquín Ernesto Álvarez Cano

35

**RETOS Y OPORTUNIDADES HACIA LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C AL 2030 EN MÉXICO**  
Por. Dra. Ma. Guadalupe Castro Martínez, Dra. Ma. Gabriela Licéaga Craviotto, QFB Ivonne Pardo Gutiérrez y M. en E.S. Herman Soto Molina

38

**DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO NUTRICIO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD**  
Por. Erika Martínez-Cordero, María del Pilar Fernández-Carrasco, Carlos Alberto Esparza-Martínez, Evelia Apolinar-Jiménez y Luz Elvia Vera-Becerra

42

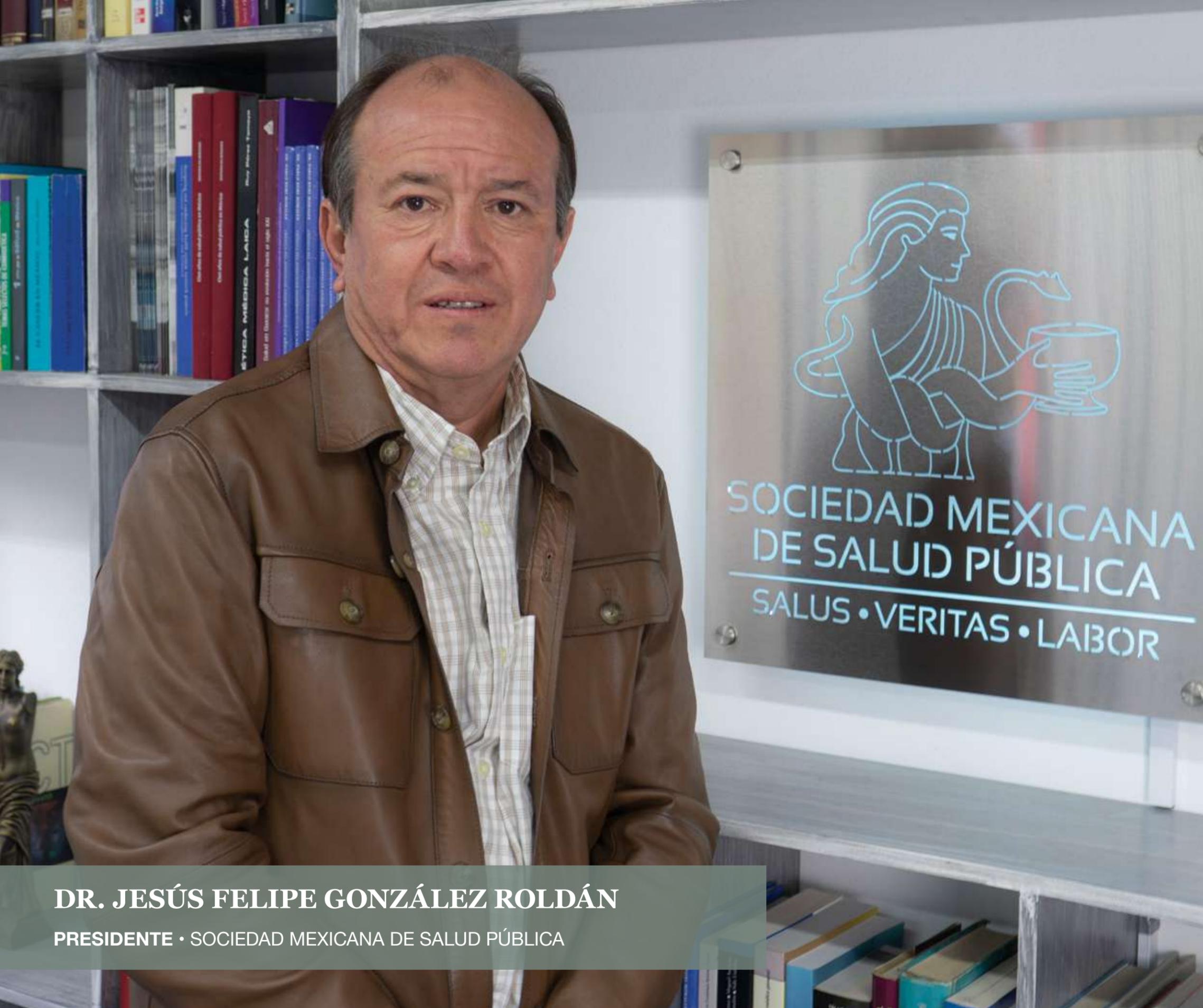
**PARASITOSIS INTESTINAL ASOCIADA A FACTORES INSALUBRES EN NIÑOS DE COLONIAS VULNERABLES EN TAMAULIPAS**  
Por. Ricardo Manuel Rivera Cortina, Katia Vianney García Rodríguez, Jovan Francisco Hernández Hernández, Carlos Adolfo Vela Badillo y Daniela Ventura Paulin

47

**INCLUSIÓN LEGAL DE LA NIÑEZ EN ACOGIMIENTO AL SISTEMA DE SALUD, VOLVIENDO EL DERECHO A LA SALUD UNA REALIDAD**  
Por. Ayala-Garza, Hillary G.

50

**CANCER DE MAMA, TRIPLE NEGATIVO**  
Por. Flavia Morales Vásquez



## DR. JESÚS FELIPE GONZÁLEZ ROLDÁN

PRESIDENTE • SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD PÚBLICA

### Compañeras, Compañeros y Compañeros Salubristas

Sin lugar a dudas en el momento actual nuestro Sistema Nacional de Salud se encuentra en medio de un debate intenso, crudo y duro, en donde estamos siendo testigos de una de las mayores fragmentaciones y/o transformaciones que haya sufrido en los últimos 70 años.

Para nadie es un secreto que se encuentra en el centro del debate y de la polémica, sobre todo con la desaparición del Sistema Nacional de Protección en Salud (Seguro Popular) como brazo financiero de las Secretarías Estatales de Salud, en donde desde su aparición en 2003, se dotó de importantes cantidades de dinero, donde su gerencia y administración en varias de las Secretarías estatales dejó mucho que desear, en gran parte porque se relegó e hizo a un lado a los verdaderos salubristas y se optó por poner a personas con alto grado de interés político y económico sin que de salud Pública tuvieran conocimiento alguno o experiencia previa.

El reciente surgimiento del Instituto de Salud y Bienestar (INSABI), pretendió dar un giro y en vez de simplemente ser un brazo financiero como lo era el “Seguro Popular” se pretendió que el actual Instituto se convirtiera también en operador de la atención médica que se brinda en los Servicios Estatales de Salud. Ello en un entorno de francas limitaciones en su marco legal y sobre todo en cuanto a la infraestructura que dicho INSABI posee.

En el presente año se presenta un nuevo Modelo de Atención en Salud que estará encabezado por el IMSS Bienestar y que plantea de manera inicial la transferencia de recursos financieros, de infraestructura y de recursos humanos por parte de los Servicios Estatales de Salud de aquellos Gobiernos Estatales que acepten dicha transferencia. Hoy sabemos que Nayarit, Tlaxcala y Colima han iniciado dicho proceso.

Se plantea que a fines de este año por lo menos 12 entidades hayan dado dicha transferencia de recursos. Esto, nos plantea el considerar ciertas reflexiones ante este nuevo escenario:

- Estamos ante una fragmentación nueva que puede ahondar la inequidad y las diferencias entre la atención que van a recibir los usuarios de los servicios de salud, dependiendo del modelo existente en su entidad federativa.
- Coexistirán en el ámbito estatal por lo menos 3 modelos diferentes de prestar la atención médica en nuestro país:
  1. El Modelo bajo responsabilidad de IMSS Bienestar.
  2. El Modelo donde la responsabilidad de la atención de la salud es asumida por los Gobiernos Estatales.
  3. El Modelo coordinacionista entre las Instituciones de Seguridad Social.
- Habría que cuestionar, cual es el papel que asumirán las Secretarías estatales de Salud, ante la transferencia de recursos al IMSS Bienestar y plantear ¿si sería necesario el contar con Secretarías Estatales de Salud, bajo este nuevo modelo?

## En el presente año se presenta un nuevo Modelo de Atención en Salud que estará encabezado por el IMSS Bienestar y que plantea de manera inicial la transferencia de recursos financieros, de infraestructura y de recursos humanos por parte de los Servicios Estatales de Salud de aquellos Gobiernos Estatales que acepten dicha transferencia.

- Cuál sera la Infraestructura que requerirá el IMSS Bienestar, sobre todo cuando su responsabilidad sera creciente y sobre todo centrada en el ámbito urbano, cuando desde su creación su quehacer principal se ha dado en el ámbito rural.
- Cuál será el tipo de contratación del personal de salud que hoy labora en ambos esquemas (Servicios Estatales e IMSS Bienestar).

Por ello, es importante el estar atentos e involucrados en este proceso, donde seguramente la evaluación de los diferentes Modelos que adoptaran las entidades federativas marcaran profundas diferencias en la calidad y la calidez de la atención que reciban sus usuarios.

De igual forma, hoy para nadie es un secreto, que ante la actual Pandemia del Covid-19, que el mundo ha venido enfrentando desde hace mas de dos años, el papel de los Salubristas hoy se ve mas claro en su importancia y significancia dentro del quehacer de los Sistemas de Salud.

De ahí que seguramente en el corto plazo se deberá realizar una evaluación profunda de las condiciones en que cada entidad enfrentó la pandemia en un ámbito heterogéneo y con significativas diferencias en la toma de decisión que cada entidad adoptó lo cual se refleja sin lugar a dudas en la morbi-mortalidad que el Covid-19 presentó.

Para nadie es un secreto que nuestro país de manera desafortunada enfrentó un mayor número de defunciones, tal y como lo demuestra la mortalidad recientemente presentada por el INEGI.

Durante 2021, en México se contabilizaron 1,122,249 defunciones registradas, en donde desafortunadamente encontramos al Covid-19 como la primera causa de muerte con 238,772 defunciones.

Detrás de cada una de estas trágicas y lamentables defunciones hay sin lugar a dudas la estela de tragedia y sufrimiento para todos los mexicanos, ya que se pierde la vida de una madre, un padre, un hermano o hermana, una hija o un hijo, una pareja o un amigo entrañable. De igual forma, al ser uno de los países con mayor numero de defunciones en nuestros compañeros trabajadores del ámbito de la salud, podemos expresar nuestro dolor, sufrimiento e indignación por la pérdida de cada una de nuestras compañeras y compañeros.

Por eso, con un profundo amor y cariño a cada uno de nuestras hermanas y hermanos caidos en esta Pandemia, debemos honrar su memoria viviendo la vida y retomando de

manera gradual, cauta y paulatina nuestras actividades sin dejar de aplicar todas y cada una de las medidas de prevención recomendadas.

Estoy convencido que la mejor forma de honrar a los brillantes salubristas que se nos han adelantado en el camino de la vida, es sin lugar a dudas honrar su legado construyendo día con día una Sociedad Mexicana de Salud Pública mas fuerte, mas inclusiva y sobre todo mas unida.

Es en esta Sociedad, donde en su pluralidad, diversidad y multidisciplinaridad uno puede encontrar a quienes desde la trinchera en que se encuentren buscan siempre construir una Sociedad mas viva, mas plena, mas justa, menos inequitativa y sobre todo con mejores niveles de salud.

Heredera de una historia de mas de 75 años, nuestra querida Sociedad Mexicana de Salud Pública (SMSP), congrega hoy a 32 filiales y a cerca de 4,000 profesionales de la salud. Tiene como misión fundamental el impactar positivamente en el estado de salud de nuestra población fomentando el desarrollo profesional de nuestros agremiados y coadyuvando en la toma de decisiones en política pública en salud en todos los niveles.

Es claro que México se ha transformado significativamente en estos tres cuartos de siglo de vida de nuestra querida Sociedad y en esa transformación se han alcanzado importantes logros en salud pública, pero también han surgido nuevos retos que los salubristas debemos saber enfrentar. Sin embargo, los avances institucionales hasta ahora logrados en nuestro sistema de salud están íntimamente ligados a las prioridades, pensamientos, posicionamientos y a la visión crítica propositiva que nuestra Sociedad ha encabezado.

El trabajo de, y por la salud pública es una labor constante que se construye día a día sobre las bases y cimientos de quienes han trabajado incansablemente por décadas para contribuir a mejorar el estado de salud de la población del país, en cada comunidad, en cada región, en cada estado, en cada municipio y en cada comunidad.

Así podemos señalar los avances que se han logrado en beneficio de nuestra población que han permitido incrementar de manera significativa la Esperanza de Vida de las y los mexicanos:

- La Vacunación Universal que desde 1973, con la creación del Programa Nacional de Inmunización que inició con un esquema básico de 6 inmunógenos y que, a lo largo de casi 5 décadas, llega al momento actual con un esquema que cubre y protege a nuestra población de 14 enfermedades. Los programas y estrategias de

vacunación se convirtieron en un referente regional e internacional donde las Semanas Nacionales de Salud han demostrado ser una intervención costo – efectiva.

Desafortunadamente los resultados de la reciente Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública demuestran un retraso mayúsculo en la vacunación y sobre todo en los menores de 2 años, donde sólo encontramos que uno de cada 3 de nuestras niñas y niños tienen esquemas completos de vacunación.

De ahí, la importancia de que todos contribuyamos con nuestras autoridades para tener acceso efectivo a los biológicos y completar los esquemas en nuestras niñas y niños.

De igual forma debemos dar un paso adelante y plantear cual debe ser el esquema de vacunación de los adultos, sobre todo los mayores para que de una vez por toda se contemple vacunación, antiinfluenza, anticovid, neumococo, meningococo, herpes zoster (en poblaciones blanco), entre otras.

El programa de Planificación familiar, también iniciado en la década de los 70's del siglo pasado, se convirtió en derecho constitucional y se acompañó del acceso a información, servicios, insumos y tecnología. A partir de entonces, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos mantiene un comportamiento ascendente hasta nuestros días y dio pie a un sólido componente de salud sexual y reproductiva que hasta la fecha se mantiene vigente.

Con la reciente publicación de los nuevos lineamientos de planificación familiar emitidos por la Secretaría de Salud y en donde nuestra Sociedad tuvo aportaciones para ello, debemos contribuir en su difusión y en su aplicación en todo el territorio nacional para sobre todo proteger a nuestras menores de edad y evitar a toda costa embarazos no deseados.

- La drástica disminución de la mortalidad infantil por Enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones Respiratorias Agudas en la década de los 80's y 90's donde a través de importantes campañas de comunicación educativa, de educación para la salud, de cambios de paradigmas en el abordaje de la prevención y tratamiento de estas enfermedades, de intensos procesos de capacitación para los profesionales de la salud se logró dicha disminución.
- La llegada del cólera a nuestro país en 1991 y la contención del brote en el estado de Hidalgo en 2014, también dan muestra de la preparación de nuestro Sistema de Salud para la identificación oportuna, el trabajo de campo y la contención oportuna de los padecimientos infecciosos.
- La epidemia del VIH en la década de los 80's requirió de la instrumentación de medidas urgentes de contención que incluyeron la prohibición en la comercialización de la sangre y sus derivados, el fomento del uso del condón y posteriormente, gracias a la gran e importante lucha de organizaciones de la sociedad civil que se diera la cobertura gratuita del tratamiento an-

tirretroviral, lo que ha permitido reducir la mortalidad por SIDA y mantener en control dicha epidemia de VIH.

Hoy es indudable los avances que México tiene y con los recientes cambios en los esquemas de tratamiento, podemos visualizar que podemos llegar al 2030 con el 95% de los casos diagnosticados, con el 95% de portadores de VIH que reciben tratamiento gratuito en tiempo y forma y por ende con 95% de los portadores que tengan carga viral indetectable.

De ahí la importancia de que propiciemos nuevos abordajes y rompamos paradigmas para intensificar la detección oportuna en la población que hoy ya es portadora del VIH y que ellos no lo saben.

- El abordaje integral en las Enfermedades Transmitidas por Vector, que tiene sus orígenes por lo menos desde 1936 cuando se crea la Comisión de Saneamiento Animalario y donde a través de la continuidad de sus acciones con variaciones estratégicas ha permitido que no se presenten defunciones desde 1982 en México. De igual forma las recientes certificaciones que México obtuvo por parte de la Organización Mundial de la Salud por la eliminación de la Oncocercosis en 2015 y de la eliminación del Tracoma en 2017 y por la eliminación de la rabia humana transmitida por mordedura de perro sometida en el 2018 y certificada en el 2019, se da cuenta del trabajo realizado a lo largo de muchas generaciones de trabajadores de la salud que emitieron dichas eliminaciones como problema de Salud Pública en nuestro país.

Sin embargo, hoy el reto es la prevención y control del Dengue, donde México ya había logrado ser el único país con una reducción anual de casos en los últimos 5 años y hoy las cifras señalan que ha resurgido con intensidad y que incluso en cualquier momento podemos tener casos autóctonos en la Ciudad de México, lo que sin dudas representará un reto mayúsculo para nuestro Sistema de Salud.

- Así mismo, el reto que hoy las Enfermedades Crónicas No Transmisibles representa y representará en los próximos años para nuestro país nos debe llevar a reconocer la insuficiencia que el Sistema Público actualmente tiene para captar y brindar la atención médica adecuada.

Baste señalar que desde diciembre de 2018, de conformidad con el Sistema de Información en Crónicas, los Servicios Estatales de Salud han perdido o dejado de brindar atención médica a cerca de 200,000 pacientes (30% de los que eran pacientes activos) sin que podamos saber la situación de salud actual de ellos.

De igual forma se pone en evidencia como hay entidades como lo es el caso de Guanajuato que tiene un nivel de atención, de captación, de retención y de mayor calidad (porcentaje alto de pacientes diabéticos e hipertensos en control) que ninguna otra entidad del país.

Por ello es necesario vislumbrar el que es factible en el primer nivel de atención el poder lograr que el paciente diabético

**Son nuestras socias y socios quienes han podido establecer desde hace 50 años un programa de planificación familiar, coherente, congruente y constante, un programa de vacunación universal que aplicaba todas las vacunas a todas las niñas y niños de modo continuo, constante y permanente.**

co este en control con un adecuado seguimiento y acompañamiento que brinde el Sistema Público.

También sería conveniente el poder incorporar dentro de dicho Sistema al Servicio Privado que hoy se brinda a través de los Consultorios Adyacentes a Farmacias, actualmente mas de 16,000 en el país para capacitar y regular su ejercicio profesional sobre todo en cuanto al manejo y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.

Como podran ver, he señalado tan solo algunos de los múltiples retos que enfrenta nuestro Sistema Nacional de Salud, de ahí la importancia de trabajar de manera coordinada, con todas las autoridades, federales, estatales, jurisdiccionales y municipales, con todos los legisladores para juntos poder construir un sistema de salud pública mas coordinado y mas robusto que permita garantizar el derecho a la salud que tienen nuestros connacionales.

Desdeñar o ignorar lo alcanzado en estos casi 80 años años, significa de manera inequívoca no estar preparado para enfrentar de manera óptima los retos importantes que nuestro país tiene aun, donde hoy el incremento de las Enfermedades No Transmisibles, los Accidentes, los problemas de Salud Mental, las Adicciones nos hacen visualizar nuevos retos en el horizonte que pondrán en prueba nuestro profesionalismo y temple.

Quienes nos desempeñamos en esta disciplina hoy y tenemos como responsabilidad estudiar los determinantes de los procesos salud-enfermedad, diseñar, instrumentar y evaluar intervenciones y herramientas para la prevención y control de los padecimientos, medir el impacto de los programas que las instituciones responsables de la salud pública, contribuir al desarrollo de las políticas públicas en salud y en otras áreas que impactan en la salud pública, debemos hacerlo con responsabilidad, con honestidad, sin olvidar nunca que en el centro de nuestra actividad debe estar siempre la gente a la que servimos.

A ninguno de nosotros nos debe interesar que a nuestras autoridades les vaya mal en materia de salud, porque entendemos y comprendemos que en ello esta la salud y la vida de los mexicanos.

A lo largo de mi vida profesional, he aprendido que es aquí, en esta querida Sociedad Mexicana de Salud Pública, donde estan los verdaderos líderes de la Salud Pública nacional e internacional, con quienes podemos a veces disentir y confrontar ideas, pero uno nunca puede dejar de reconocer su talento y su capacidad para construir las políticas públicas que mejoren las condiciones de Salud de nuestra población.

Sus principios, mas que nunca vigentes, son los mismos que hoy nos obligan a reconocer y enorgullecernos de nuestro pasado, consolidar y dignificar nuestro presente y proyectarnos con fortaleza hacia un mejor futuro.

Son nuestras socias y socios quienes han podido establecer desde hace 50 años un programa de planificación familiar, coherente, congruente y constante, un programa de vacunación universal que aplicaba todas las vacunas a todas las niñas y niños de modo continuo, constante y permanente.

De igual forma, aquí se le ha dado visibilidad mas allá de aspectos espirituales, estigmatizantes o dogmáticos a programas de prevención y control del VIH o de hepatitis C. Baste recordar que hace 40 años el SIDA se ligaba a muerte y hoy se liga a vida y por supuesto reconocemos los avances de la actual administración federal en su visión y sus logros.

Es aquí donde se ha discutido los programas y procesos que nos han llevado a eliminar enfermedades como la Oncocercosis, el Tracoma y la Rabia humana transmitida por mordedura de perro.

Es aquí, donde se ha discutido de manera permanente el cómo construir un mejor sistema de vigilancia epidemiológica, una mejor red de laboratorios, mejores programas de prevención y control de las enfermedades y sobre todo el cómo avanzar para que la población a la que nos debemos tengan mejores determinantes sociales y por ende mejor nivel de vida.

Es aquí, donde uno puede encontrar el mejor talento y las mejores personas para juntos construir mejores condiciones de bienestar.

Por ello ante cualquier intento de exclusión que nos quieran aplicar, es importante decir y recordarles: Ningun individuo es o puede ser mas importante que las instituciones. Se equivocan quienes creen que ellos pesan mas que alguna institución. No es válido ni ético sentirse o creerse mas importante que las instituciones, como la nuestra.

Se debe servir siempre a las instituciones y a la población, no es válido servirse de ellas y creerse poseedores de la verdad absoluta. Nunca será valido criticar a los otros, sin fijarnos en que hacemos y menos, si nos comportamos de igual manera. Por ello, la congruencia siempre significará en hacer lo que uno dice o pregona.

Por ello, hago un llamado a aquellos quienes creen que con hacer un vacío pueden menospreciarnos o minimizarnos. No le hacen vacío al actual Presidente, se lo hacen a nuestra querida Sociedad y a ellos mismos.



Para mi, sigue siendo importante su presencia aquí y ahora. Nadie es o puede sentirse mas importante que nuestra Sociedad.

Los que trabajamos en el día con día en la Salud Pública, tenemos muy claro que la Salud esta a un lado de ideologías, dogmas, partidos políticos o intereses económicos, Vemos a la Salud como el estado maspreciado que un individuo o la colectividad puede tener. De ahí la importancia de la continuidad de las estrategias y acciones con las consecuentes correcciones que la evaluación periódica de los programas de salud debe indudablemente tener. Querer construir de cero la Salud, solo demuestra ignorancia y pone en riesgo la vida de muchos mexicanos.

Como lo hemos demostrado a lo largo de estos 75 años de historia, nuestra Sociedad esta siempre dispuesta a trabajar al lado de los que hoy tienen la alta responsabilidad de velar por la salud de nuestra población en cualquier ámbito y nivel de acción.

No me resta mas que agradecer el esfuerzo de todo el equipo de trabajo que colaboró incansablemente en estos dos años de gestión del actual Consejo Directivo.

El Presidir esta querida Sociedad Mexicana de Salud Pública es sin duda uno de los honores mas importantes que he

recibido en mi vida profesional. Les agradezco el el apoyo recibido y espero haber cumplido con la confianza que depositaron en mi.

En Salud Pública las individualidades pesan poco y solo el trabajo en equipo es el que obtiene resultados.

**SALUS, VERITAS, LABOR**



## LA SALUD ES UN DERECHO NO UN PRIVILEGIO

Estaba el otro día en una conferencia y la Doctora que la impartía hablaba del derecho a la salud y a que nadie debe gastarse todo su dinero en recibir la atención adecuada. Después a punto de terminar comenta: no vayan a creer que ¡soy comunista!

Eso, querido lector me hizo pensar porque alguien diría esta Doctora en Filosofía y en Bioética es comunista. Es bien sabido que grandes países con una gran historia de democracia ofrecen servicios de salud a todos sus habitantes por diferentes esquemas. El Sueco, por ejemplo, está ligado a la condición de la ciudadanía y no a la actividad laboral, la financiación se realiza mediante impuestos generales, locales y específicos y la provisión de servicios sanitarios se realiza en centros médicos y hospitales que suelen ser de propiedad pública. (Sanchez-Salgado T. 2016). El ejemplo de Suecia es uno de los muchos que existen alrededor del mundo, en el caso de nuestro país tenemos un sistema de salud mixto: coberturas distintas, mayoritariamente públicas en cerca del 95% y fuentes de financiamiento diversas, con casi la mitad del monto total privado. En América tenemos el ejemplo de Canadá con una excelente cobertura y diferenciación regional de acuerdo con las características de sus territorios. El Sistema de Salud Británico-NHS por sus siglas en inglés que se moderniza año con año para aprovechar mejor los recursos limitados y atender desde el embarazo hasta los cuidados paliativos, pasando por la promoción, prevención, diagnóstico oportuno y tratamientos costo efectivos. Y así, hay muchos casos de éxito hasta los niveles locales.

De ahí que decidí escribir este texto, la salud entendida como un derecho humano, con acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención para salud con calidad adecuada y gestión eficiente, como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición del derecho a la salud y los componentes de cualquier sistema de atención a ésta.

No solo la OMS la define, también el artículo 4 de la Constitución señala "Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud". Menciona que es la Ley la que definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

El derecho a la salud está muy ligado a otros derechos como son a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información, entre otros. Al estar ligado a otros derechos nos recuerda que una población sana es un requisito para que otros esfuerzos sociales ocurran y generen los impactos deseables en el bienestar de la población, como el trabajo, la educación, el cuidado del medio ambiente, la igualdad de género, etc.

Hasta aquí todo bien, diferentes instancias nacionales e internacionales señalan la salud y su protección como un derecho, ahora traigo este tema porque durante la pandemia se ha visto

en todo el mundo que las poblaciones marginadas y vulnerables tienen menos probabilidades de este derecho y el acceso a ejercerlo en situaciones como la pandemia, zonas de conflictos bélicos se esfuma.

El estado debe garantizarnos la disponibilidad del acceso a servicios de salud, que estos sean de calidad, que los beneficiarios tengan una voz con respecto al diseño y a la aplicación de las políticas de salud que les afectan -aquí podemos decir- que cada vez más vemos a pacientes y a colectivos de pacientes tomando un rol más importante en este diseño e implementación, los servicios de salud, deben ser ante todo respetuosos de la ética médica, estar sensibilizados ante las cuestiones de género y que se adapten a la cultura. El Estado debe desarrollar acciones para proteger esta salud y acciones para "repararla" cuando se afecta, con la asistencia médica correspondiente.

¿Qué es la Salud? La OMS la define como "un Estado de estar físico, psíquico y social, tanto del individuo, como de la colectividad" Si por alguna razón interna o externa perdemos este estado, ahí entra nuestro derecho a la salud, a la atención sanitaria, a la reparación de esta salud.

Y esto le toca al Estado, pero querido lector al estado no le corresponde garantizarnos una buena salud, no es lo mismo el derecho a la salud que el derecho a estar sano, ¿Cómo así? Hay muchos factores que afectan la salud, como los genéticos, la biología, nivel de consciencia década quien y, eso queda fuera del alcance del estado. Pero si nos corresponde a nosotros cuidar nuestra salud, seguir los consejos médicos, tomar nuestro tratamiento, no automedicarnos y una larga lista de deberes que nos corresponde a nosotros los beneficiario o usuarios de esos servicios.

Desde el punto de vista del acceso a la salud, eso es otro punto del derecho que tenemos a la salud, con datos del INEGI del Censo de Población y Vivienda 2020, sabemos que 92,582,812 de mexicanos tiene alguna afiliación, pero 32,999,713 millones de mexicanos no tienen ningún tipo de afiliación a servicios de salud, la gran mayoría de los afiliados esta dentro del IMSS (51%), INSABI (35.5%), ISSSTE (7%), con estos datos podemos decir que una gran mayoría de la población está afiliada a algún servicio de salud, lo importante es no perder de vista que afiliación no se traduce en acceso efectivo. Con datos de la ENSANUT 2021, sabemos que muchos de estos afiliados no hicieron uso de los servicios públicos, y en su lugar se atendieron unidades privadas o en consultorios adyacentes a farmacias (CAF).

Los motivos de no utilizar los servicios a los que tienen derecho son diversos, pero destaco los principales, 28.6% "fue a esa unidad por tener afiliación", 24% "estar cerca", 9.1% Es barato/no cuesta, 4.2% porque "lo atienden rápido" un 2.4% de los encuestados afirma que utilizo un servicio diferente a su afiliación por "No es necesario agendar cita", un 5.5% por que "Esta unidad ofrece el servicio que necesitaba", un 2.8% por que "El horario de atención es amplio", entre las otras razones destaca: se "se tardan poco en dar cita", "lo atienden rápido". Esto se traduce en que la mitad de las personas que requirieron atención a la salud se atendió en un consultorio en domicilio particular de médico privado y un tercio más en los Consultorios Adyacentes a farmacias. Las razones la afiliación, la cercanía y el bajo costo de ese servicio.

Otros datos interesantes con respecto al uso de los servicios se vieron durante la atención de pacientes con COVID, donde

**El artículo 4 de la Constitución señala "Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud". Menciona que es la Ley la que definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud.**

32.1% de los que necesitaron atención lo hicieron con un médico privado, un 18.7% lo hizo en el IMSS y un 11.7% lo hizo en un CAF, esto lo menciono porque hay un alto porcentaje de pacientes que aun teniendo la afiliación no se atiende en su lugar de afiliación, lo que nos permite cuestionarnos y probablemente revisar para proponer soluciones de mejora. Esto debido a que si observamos que en 32.1% se atendió en un privado eso se traduce en un gasto de bolsillo, el cual de alguna manera empobrece a la población. Y nos lleva a plantearnos la pregunta ¿Por qué teniendo un servicio al que están afiliados, la población decide no utilizarlos?

En cuanto a la población que no tiene ningún tipo de afiliación (33%) nos enseña que debemos proponer soluciones para esa población, si bien con el IMSS-Bienestar se esta buscando la ampliación de los servicios, se ve una clara necesidad de la ampliación de los servicios para poder garantizar este derecho a la salud.

La ENSANUT 2021, nos da unos datos que hacen plantearse que tanto el Gobierno Federal como las entidades federativas, deben tener estrategias por regiones, para permitir que el acceso a la salud sea universal y que la población no tenga esos gastos de bolsillo. Finalmente considero propicio sugerir una mejor articulación del sistema de salud mexicano, en donde tanto participantes públicos como privado puedan colaborar de forma transparente y efectiva para beneficio de la población.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Sanchez-Salgado T, La atención Primaria en Suecia, *Semergen emergen*.2016;42(6):408---411, <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-la-atencion-primaria-suecia-S1138359315003366>
2. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. [https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia\\_Derechohabiencia\\_02\\_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64&i-drt=143&opc=t](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_02_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64&i-drt=143&opc=t)
3. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gao-Pineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnetche J, Alpuche-Arana C, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2022.



## El Centro Universitario de Enfermería Comunitaria: hacia un modelo de formación y atención en APS

POR: ANA RITA CASTRO



La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM - recientemente paso a ser una Facultad- cuenta con un espacio institucional, que recibe el nombre de Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC). Este Centro Comunitario abrió sus puertas en 1992, y tiene un enfoque de Atención Primaria a la Salud (APS). Es considerado un espacio para la expresión de la enfermería universitaria en el ámbito comunitario. Se encuentra ubicado en el pueblo originario San Luis Tlaxialtamalco, en la alcaldía de Xochimilco, en la Ciudad de México.

Su misión es consolidar las bases teórico-prácticas y metodológicas en la formación de Enfermería Comunitaria con enfoque de Atención Primaria a la Salud del alumnado de pregrado y posgrado, a través de un programa de servicio social multidisciplinario y un sistema de planeación de enseñanza in situ de prácticas obligatorias, con énfasis en programas de extensión solidaria de grupos prioritarios; "atendiendo las necesidades de salud del pueblo originario". Asimismo, su visión se centra en transitar el Centro hacia un modelo de formación y enseñanza in situ de la Enfermería Comunitaria con enfoque de Atención Primaria a la Salud con reconocimiento nacional e internacional, caracterizado por formar excelentes talentos humanos con compromiso y responsabilidad social generando también proyectos de investigación con alto rigor científico que transformen las prácticas y el cuidado de la salud comunitaria.

Las dimensiones definidas en el CUEC: son una de formación a través de una enseñanza situada y la de extensión solidaria, que

comprende la atención interprofesional, que se ofrece principalmente a la primera infancia y a las personas adultas mayores de las familias y comunidad del pueblo originario de San Luis Tlaxialtamalco.

Es un espacio para el desarrollo de las pasantías del servicio profesional, no solo de las dos licenciaturas que ofrece la ENEO, sino de otras carreras de la UNAM relacionadas con la salud; esto ocurre desde el 2019, cuando comenzó una nueva gestión en la ENEO, liderada por la Mtra. Rosa Amarillis Zárate Grajales. También pueden realizar residencias clínicas en el marco del Programa Único de Especialización en Enfermería de la propia escuela y para las prácticas comunitarias de pregrado y posgrado.

Actualmente se ofrece la atención a través de un acompañamiento al proceso de envejecimiento e intervenciones a la primera infancia a través de servicios de Estimulación Oportuna. Asimismo, se otorgan servicios como: somatometría, toma de glucosa y tensión arterial, certificados de salud, consejería, curaciones, suturas, apoyo emocional y contención a las escuelas de la comunidad, así como seguimiento y control de enfermedades crónicas. Se desarrollan acciones de promoción de la salud en puntos clave del territorio como ferias de la salud, así como pláticas de educación para la salud. Aunque los servicios que se ofrecen son predominantemente presenciales, también se combinan con la modalidad a distancia. Todos los servicios que se ofrecen son gratuitos.

Se insiste en que el proceso de enseñanza-aprendizaje, esté orientado por una perspectiva crítica y experiencia en un contexto real, bajo un enfoque de APS y abordaje integral, tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud y el contexto de las personas y familias del pueblo, y así contribuir a formar profesionales de la salud en el ámbito comunitario con habilidades clínicas sólidas y que participen en la solución de los problemas reales de salud y cuidado de las comunidades de forma ética con alto compromiso y responsabilidad.



## IN MEMORIAM

DR. ALEJANDRO ESCOBAR GUTIÉRREZ

### Se ha ido el decano científico del InDRE. Nos hereda su valiosa y amplia obra; también el ahuehuete, símbolo de la mexicanidad y lo imperecedero.

La salud pública mexicana ha perdido a su inmunólogo insignia. Alejandro Escobar Gutiérrez fue maestro de generaciones en licenciatura y posgrado; investigador y académico con reconocimiento internacional; con su trabajo apoyó de forma directa los programas de prevención y control de oncocercosis, lepra, tuberculosis, varicela, dengue, hepatitis, vacunación, entre muchos otros.

Químico bacteriólogo parasitólogo, egresado de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas (ENCB, 1967) del Instituto Politécnico Nacional, donde fue profesor titular de Inmunología, obtuvo la Especialidad en Inmunología en la Universidad George Washington (Washington DC, 1971); Maestría en Ciencias (ENCB, 1984); Doctorado en Ciencias (ENCB, 1993).

En el inicio de su carrera fue integrante del brillante equipo de trabajo del Dr. Mario Salazar Mallén donde se consolidaría y trascendería la Inmunología como disciplina científica en nuestro país. Ingresó a la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM) en 2005, en el área de Inmunología, donde obtuvo el premio Dr. Everardo Landa, (otorgado por Conacyt y la ANMM) por el mejor trabajo de ingreso. En la ANMM alcanzó el nombramiento de miembro titular en 2020.

Originario de la Ciudad de México (junio 2, 1941), fue un entusiasta e informado conocedor del arte, melómano de la música de concierto y ópera. Sus presentaciones científicas las ilustra con dibujos propios de calidad artística. Durante 57 años cumplió una labor dentro de la Secretaría de Salud. Su curso de "Inmunología en Salud Pública" fue impartido en 37

ocasiones, una vez por año, en el Instituto de Salubridad y Enfermedad Tropicales/ Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (ISET/InDRE).

Al igual que el Dr. Miguel E. Bustamante, el Dr Escobar Gutiérrez sembró un ahuehuete en el ISET, plantando otro en las nuevas instalaciones del InDRE.

Así lo recordaremos.

José Alberto Díaz Quiñonez  
María del Carmen Guzmán Bracho  
Jorge Alejandro Ramírez Hernández



“ENTRE COMILLAS”

DRA. ANA LUCÍA DE LA GARZA BARROSO · SALUBRISTA

**1. A PARTIR DE LAS ENSEÑANZAS DE LA PANDEMIA, CREES QUE LA SALUD PÚBLICA Y LA PREVENCIÓN DE LA SALUD JUGARÁN UN PAPEL IMPORTANTE EN LAS AGENDAS LEGISLATIVAS DEL MUNDO. ¿ES DECIR, LA PANDEMIA NOS ENSEÑÓ SU VALÍA, ¿O SERÁN TEMAS SÓLO COYUNTURALES?**

R: Los inmensos desafíos que se han presentado con la pandemia sin duda serán importantes para tomar decisiones en todas las agendas legislativas del mundo. La pandemia de COVID-19 ha evidenciado la trascendencia que tiene la Salud Pública la cual ha adquirido mucho mayor visibilidad, por ende, esto representa una oportunidad única para mejorar los sistemas de salud. Es evidente que con las nuevas condiciones epidemiológicas y con los retos a los que nos hemos enfrentado en los años recientes se requiere del fortalecimiento de las capacidades de salud pública para lograr mejoras en materia de prevención, preparación y respuesta frente a emergencias, en vigilancia y manejo de brotes y en el fortalecimiento de los servicios a nivel mundial.

**2. DESPUÉS DE LAS ENSEÑANZAS A LO LARGO DE ESTOS AÑOS, NO SOLO DE PANDEMIA SI NO DE TU CARRERA COMO EPIDEMIOLOGA, ¿CONSIDERAS QUE LAS EPIDEMIOLOGAS Y SALUBRISTAS TIENEN UN PAPEL DE LIDERAZGO EN LOS DIFERENTES CAMPOS DE PREVENCIÓN Y DE DECISIÓN?**

R: Definitivamente el papel de la Salud Pública y de la Epidemiología es crucial en cualquier mesa de decisión y en todas las políticas, y hoy más que nunca se requiere de la presencia de liderazgo de las mujeres en estas áreas. Se requiere fortalecer las mesas de decisión con perspectiva de género e incluir a mujeres líderes, no sólo salubristas y epidemiólogas sino de todas las disciplinas para generar cambios positivos y verdaderos. La perspectiva y las contribuciones de las profesionales de la salud son esenciales en la promoción y prevención y además muy relevantes para tener una visión real de las necesidades de atención de nuestra sociedad.

**3. SERA VERDAD ESA FRASE QUE DICE QUE: EL SALUBRISTA DEBE SER UN “SOÑADOR POLÍTICO” CAPAZ DE INTERPRETAR LOS IDEALES DE SALUD DE LA GENTE Y CONVERTIRLOS EN ACCIONES PARA EL MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS, LAS FAMILIAS Y COMUNIDADES.**

R: Me parece que como salubristas debemos ser conscientes de la situación real. La mayoría de las intervenciones de carácter colectivo que caracterizan a la Salud Pública requieren de voluntad política y de las decisiones que se tomen desde los distintos niveles estratégicos y por tanto la relación entre el salubrista y la política es estrecha. La y el salubrista deben conocer realidades, deben conocer cada contexto y cada determinante de las poblaciones, su entorno y territorio para poder generar política y programas reales. Como salubristas debemos ir más allá y visualizar de manera tangible lo que determina la salud de una población. Las personas salubristas en el siglo XXI deben ser líderes, gerentes, comunicadoras y promotoras de la salud entre otras muchas cosas más. La era en la que nos encontramos nos demanda a que cada día debemos tener más herramientas, más habilidades y sobre todo más humanidad.



“Es evidente que con las nuevas condiciones epidemiológicas y con los retos a los que nos hemos enfrentado en los años recientes se requiere del fortalecimiento de las capacidades de salud pública para lograr mejoras en materia de prevención, preparación y respuesta frente a emergencias, en vigilancia y manejo de brotes y en el fortalecimiento de los servicios a nivel mundial”.



#### 4. EN TU OPINIÓN Y EXPERIENCIA, ¿CREES QUE LA PANDEMIA HA PROVOCADO UN CAMBIO CULTURAL Y QUE HA VENIDO PARA QUEDARSE?

Es claro que desde el 31 de diciembre de 2019 nuestras vidas cambiaron, cambiamos todos los seres humanos, como comunidades y como sociedad. Me parece que ahora somos más conscientes de las amenazas a las que el mundo está expuesto y de lo que es necesario hacer frente a las mismas a través de medidas sanitarias que forman ya parte de nuestra cultura pero que es necesario mantener entre nuestra sociedad, como por ejemplo, el lavado de manos. Para que esto perdure, debemos continuar trabajando en fomentar una cultura de prevención y en la importancia que tiene el empoderamiento en salud en las comunidades.

Para terminar y agradeciendo tu tiempo y tus valiosas aportaciones,

#### 5. ¿QUÉ LE DIRÍAS A ESTAS NUEVAS GENERACIONES QUE ESTÁN CONSIDERANDO LA EPIDEMIOLOGÍA O LA SALUD PÚBLICA SU FUTURO LABORAL? ¿COMO LOS ANIMARIAS A SEGUIR ESTE CAMINO? ¿QUÉ TE LLEVO A TI A ELEGIR ESTE CAMINO?

La Salud Pública y la Epidemiología juegan un papel fundamental en la protección de la salud de las personas, son áreas relevantes en las que se requiere cada vez más de profesionales de la salud pero también es necesario integrar personas expertas en otras

temáticas para colaborar de manera conjunta, precisamente esa es una de sus grandes virtudes, la diversidad, ya que requiere de un trabajo multidisciplinario pero además dentro de sus grandes ventajas es que es posible dedicarse a diferentes campos de acción, desde la investigación, hasta el laboratorio, la política o el trabajo en campo de manera directa con las comunidades.

Ahora más que nunca no sólo para enfrentar los retos globales en salud requerimos de personal que comparta la pasión por estas ciencias dado su papel crítico y fundamental en los sistemas de salud. Adicionalmente nos encontramos en un momento crucial de cambio. Es hora de cambiar paradigmas, de transitar de lo curativo a lo preventivo y para ello requerimos de resaltar la importancia de la salud pública frente al panorama actual pero también para hacer frente a los riesgos actuales y amenazas futuras se requiere de una red cada vez más amplia, sólida y fuerte de salubristas que puedan responder de manera oportuna, coordinada y eficaz ante cualquier evento.

En particular mi pasión nace desde el gusto por la medicina comunitaria en la que pude percatarme de la realidad, de los determinantes sociales y de la importancia de la promoción y prevención de la salud. Adicionalmente, este camino lo elegí también porque a través del ejercicio de la Salud Pública es posible generar estrategias e intervenciones en salud dirigidas y factibles. Me apasiona de manera especial la Salud Pública Global y la Inteligencia Epidemiológica los cuales son temas prioritarios no sólo para el monitoreo de riesgos a nivel mundial sino para estar preparadas y preparados en todas las vertientes necesarias para hacer frente ante los diferentes eventos de salud pública de importancia internacional.

## ADN INUMEDH

La identidad institucional que compone a INUMEDH está basada en pilares filosóficos que armonizan su lema: "POR LA HUMANIDAD HACIA LA EXCELENCIA", cuentan un escudo alusivo a Quetzalcóatl que mira hacia el este (levante del sol) sobre el calendario azteca que representa la sabiduría y la fortaleza de su unidad junto al crecimiento como institución.

La implementación de su misión y visión institucional atiende a una formación desde premisas del humanismo científico, ya que no se limitan a una actitud frente al paciente, sino una gama de competencias y conocimiento integral de las humanidades que van de la mano con la exigencia técnica y los estándares de calidad para el profesional de la salud.



### PROYECTO #SOYINUMEDH

El proyecto #SOYINUMEDH forma parte de una plataforma multidisciplinaria que le da seguimiento puntual y difusión en medios con material audiovisual de las actividades que realizan cada uno de los estudiantes destacados o en actividades grupales, así se va formando una red de contenido de valor que identifica ser un estudiante INUMEDH.

POR LA HUMANIDAD HACIA LA EXCELENCIA



Con reconocimientos académicos, desempeños de alto rendimiento, premios nacionales, veranos de investigación, activismo social, emprendimiento, logros deportivos, y talento artístico va dando pauta a la formación integral de sus estudiantes.

Por todo lo anterior, INUMEDH seguirá respondiendo al compromiso de ofrecer los espacios para la formación de los futuros profesionales de la salud con toda la calidad que necesita nuestro país, resaltando ser una institución educativa orgullosamente Nayarita sin dejar de trabajar por la HUMANIDAD HACIA LA EXCELENCIA.



(311) 112.45.40

(311) 133.20.83

(311) 269.35.21

www.inumedh.edu.mx

# REFERENTE EN LA ENSEÑANZA DEL ÁREA DE LA SALUD EN EL ESTADO DE NAYARIT

Con excelentes resultados y notable crecimiento, INUMEDH cumplió 10 años al servicio de la educación en salud en el Estado de Nayarit.

En México existen dos médicos y dos enfermeros por cada mil habitantes (INEGI, 2020), este hecho en plena pandemia de COVID-19 dejó ver la necesidad de impulsar el acceso a la educación con los estándares de calidad que necesita el futuro de la salud en nuestro país.

El Instituto Universitario de Ciencias Médicas y Humanísticas de Nayarit fundado el 30 de agosto del 2012, en la ciudad de Tepic, ha respondido con éxito a la falta de espacios para que cientos de jóvenes ya no tengan que migrar de Estado o esperar años para iniciar su carrera en las ciencias de la salud.

Es una de esas pocas universidades especializadas en la salud más accesible y la única escuela privada con la acreditación COMAEM en Nayarit y que pertenece a la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. (AMFEM)



Para más información  
Visita la página oficial

Con instalaciones adecuadas, simuladores, equipo de última generación, docentes especializados, biblioteca física y virtual, más de 100 convenios de colaboración nacionales e internacionales, garantiza disponer de campos clínicos, estancias de investigación, congresos de interés, prácticas, internados y mucho más.

## 10 AÑOS AL SERVICIO DE LA EDUCACIÓN EN SALUD

Fue en el año 2009 cuando un grupo de intelectuales y jóvenes médicos de Nayarit inician el proyecto de crear una institución de educación superior humanista y científica capaz de asumir el desafío de la formación integral en ciencias de la salud.



Desde el 2012, con los trámites correspondientes y la opinión favorable del CIFCRHS, la oferta educativa inicial de INUMEDH abarca desde TSU a Medicina General Integral, poco a poco fue incorporando una gama de opciones con alta demanda a nivel superior, y en respuesta a las recientes actualizaciones en educación en salud también ha desarrollado posgrados en:

- Especialidad en Salud Pública.
- Especialidad en Docencia y Gestión en Salud.
- Especialidad en Gerontología.
- Especialidad en Imagenología.
- Maestría en Gerontología.
- Maestría en Educación para la Salud.
- Maestría en Salud Pública.
- Maestría en Sustentabilidad para la Educación, Gestión y Administración en los Servicios de Salud
- Doctorado en Sustentabilidad para la Educación, Gestión y Administración en los Servicios de Salud.



# INUMEDH

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS MÉDICAS Y HUMANÍSTICAS DE NAYARIT



## EVOLUCIÓN DURANTE PANDEMIA

La educación después de la pandemia de COVID-19 fue un reto que exigió a las universidades a evolucionar en la práctica y el uso de competencias digitales. INUMEDH revolucionó sus herramientas, plataformas y contó con el soporte técnico para continuar brindando un servicio de calidad, completo e integral.



CIFRHS  
Comisión Interinstitucional  
para la Formación de Recursos  
Humanos para la Salud.

COMAEM

RVOE  
Reconocimiento de  
Valores Oficiales de Estudios

## Salud Pública en Sinaloa. Una visión desde la Historia y la Antropología

JOSÉ ALBERTO DÍAZ QUIÑONEZ \* SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD PÚBLICA

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO SALUD PÚBLICA EN SINALOA, UNA VISIÓN DESDE LA HISTORIA Y LA ANTROPOLOGÍA

### INTRODUCCIÓN

La salud es una condición indispensable para preservar la vida y se reconoce como un bien de incontrovertible valor social. Con motivo de la 76ª Reunión Anual de Salud Pública (76RASP) en Mazatlán, el proyecto Salud Pública en Sinaloa, una Visión desde la Historia y la Antropología reúne a un grupo de expertos en el tema, entendidos de que el comportamiento individual y colectivo de una sociedad no puede ser analizado y estudiado sin su contexto y sus distintas circunstancias.

Aunque existen pocos registros de enfermedades epidémicas en Sinaloa entre los siglos XVI al XVIII, el siglo XIX registra grandes y famosas epidemias. Quizá las más conocidas sean las epidemias de cólera en Culiacán (1833 y 1851); y las de Fiebre amarilla (1883), de tétanos (1887) y Peste (1902-1903) en Mazatlán. En el norte del estado destacan las epidemias de Tifo (1902) y de Fiebre manchada (décadas de 1920's y 1940's). También se sabe de enfermedades endémicas añejas a lo largo y ancho del estado (lepra, tuberculosis, paludismo, infecciones de transmisión sexual), y otras introducidas hace algunas décadas como dengue, zika y chikunguña. Desde siempre, las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas se presentan de manera estacional y son una causa importante de morbi-mortalidad en Sinaloa. Algunas zoonosis se han presentado de manera fortuita como brotes epidémicos (rabia, leptospirosis, brucelosis, gnatostomiasis, teniasis/cisticercosis). Además, seis pandemias han azotado al estado en los dos últimos siglos: la Influenza Española; la viruela; el VIH-SIDA; la séptima pandemia de cólera; la Influenza A(H1N1)2009; y la más reciente, la pandemia por COVID-19. Fenómenos y actividades regionales como la migración, el narcotráfico, la agricultura, la pesca, la medicina teúrgica y tradicional; así como las enfermedades no trasmisibles –trastornos mentales, adicciones, síndromes metabólicos, enfermedades espirituales– serán también abordados en este proyecto. El objetivo es obtener datos económicos, sociales y demográficos para entender las condiciones de salud

de los Sinaloenses y analizar la información desde la perspectiva de la epidemiología y la historia social.

Este documento (que sintetiza las presentaciones durante la 76RASP) representa el esfuerzo inicial de este grupo transdisciplinar de profesores investigadores para profundizar en el concepto de salud pública, desde la esfera de las humanidades. A manera de resumen introductor, cada autor presenta su visión inicial –histórica y antropológica– de la Salud Pública en Sinaloa.

### CRECIMIENTO ECONÓMICO SECTORIAL Y SUS IMPLICACIONES EN LA SALUD PÚBLICA: PESQUERÍA DE CAMARÓN EN MAZATLÁN DURANTE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX

Ulises Suárez Estavillo  
*Universidad Autónoma de Sinaloa*

Emilia Sandrín (2015) define los espacios portuarios como estructuras sociales complejas que condicionan el desarrollo social y, a su vez son modificados en este mismo proceso. Desde su aparición en la década de 1820, el puerto de Mazatlán se convirtió en el epicentro de economía, transformándose en una de las ciudades más importantes del noroeste mexicano.

Durante los primeros cien años de vida portuaria, el comercio fue la actividad que marcó el rumbo de las interacciones sociales de este espacio, mismas que se representaban en intensos flujos migratorios, intercambios culturales, desarrollo de actividades industriales. Hacia 1950, la pesquería de camarón fue la actividad dominante en la economía mazatleca, y por ende la encargada de la reconfiguración de la dinámica portuaria.

Meteorico fue el crecimiento de la pesquería: pasó de cinco a doscientas embarcaciones en solo dos años (RPPMAZ, 1950-1952). Para 1952 la actividad portuaria había crecido de manera exponencial, el arribo de pescadores de otros puertos que



querían ser parte de la bonanza que se vivía, fue un elemento constante de estas interacciones.

El inusitado crecimiento de la actividad económica trajo nuevos retos para la ciudad, la expansión de la mancha urbana, así como el crecimiento demográfico requirieron una ampliación en los servicios públicos. En el caso de la salud pública fueron los siguientes los retos que se presentaron.

Las condiciones de trabajo de los pescadores eran de hacinamiento. Embarcaciones pequeñas, en las cuales cohabitaban seis pescadores durante 20 días en promedio que duraba un viaje de capturas. Intensas fueron las campañas de fumigación en las embarcaciones para evitar condiciones insalubres por la proliferación de insectos como las cucarachas, así como múltiples las jornadas de vacunación contra tétanos.

La prostitución y la sodomía fueron otros de los problemas con los que tuvo que lidiar salud pública. La falta de control en estas prácticas trajo consigo un aumento significativo en enfermedades de transmisión sexual, que generaron un detrimento en las condiciones de vida de la población, las que se manifestaron entre los pescadores mazatlecos de mediados del siglo XX.

### EMBARAZO Y MUERTE DURANTE EL PARTO: PRÁCTICAS Y CREENCIAS EN SINALOA DURANTE EL SIGLO XVIII

Ma. Benita Escárcega Ríos  
*Universidad Autónoma de Sinaloa*

Durante la etapa colonial en Sinaloa, las creencias en torno al embarazo y la aplicación de remedios y medidas de cuidado tendientes a preservar la vida de la madre y el hijo eran practicadas por las mujeres de la época aprendidas o heredadas de su entorno, en el que podían converger los usos y costumbres de diversos grupos socio- raciales. Dichas prácticas podían encontrarse, o no, en contraposición a las creencias aceptadas y promovidas por la Iglesia Católica.

Durante la segunda década del siglo XVIII se difundió un compendio medicinal que incorpora remedios y plantas oriundas de Europa, así como precedentes de tierras americanas poseedoras de propiedades curativas para el tratamiento de diversas enfermedades, en el que se incluyen medidas para la prevención del aborto y partos difíciles, así como cuidados para los recién nacidos. Por otra parte, en el libro de “cordillera” de San Xavier de Cabazán de la primera década del siglo XIX, circuló información médica sobre la práctica de la cesárea, lo que es indicativo de los esfuerzos por evitar las defunciones al momento del parto o, en su defecto, ya muerta la madre, salvar la vida del hijo mediante esta práctica médica.

## Con motivo de la 76ª Reunión Anual de Salud Pública (76RASP) en Mazatlán, el proyecto Salud Pública en Sinaloa, una Visión desde la Historia y la Antropología reúne a un grupo de expertos en el tema.

En el pensamiento mágico-religioso de las gestantes del noroeste novohispano tenían cabida una mezcla de creencias y prácticas. A pesar de ello, los registros de defunción para el siglo XVIII de la parroquia de la villa de Culiacán muestran la muerte recurrente de mujeres durante o pocos días después del parto. En algunas partidas se hacen explícito este deceso, mientras que en otros casos esta problemática se advierte siguiendo la secuencia temporal de los registros que indican la muerte de los párvulos o recién nacidos antes o después del fallecimiento de la madre. Estos casos muestran no sólo las muertes de las madres por parto, a la vez que revelan la alta mortandad infantil de la época en la villa de Culiacán del siglo XVIII.

### ENFERMEDADES Y EPIDEMIAS EN MAZATLÁN DURANTE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

Samuel Octavio Ojeda Gastélum  
*Universidad Autónoma de Sinaloa*

Desde principios de la década de los cuarenta del siglo XIX, en el puerto de Mazatlán se hicieron públicas las afectaciones a la salud que padecía la población, adquiriendo matices epidémicos. Las fiebres y las infecciones eran recurrentes. La insalubridad estaba presente, maximizada durante la temporada de lluvias. Los hospitales ausentes y la disecación de lagunas tareas apremiantes. El hacinamiento, el hambre y la pobreza, sumaron sus activos para acrecentar las enfermedades locales.

Para inicios de la segunda mitad del siglo XIX ya se contaba con un hospital, pero mal equipado, ante esto no era nada raro que la población recurriera al yerbero o curandero. Lustros después se sumaría otro establecimiento de salud, insuficiente ante la alta demanda de atención hospitalaria.

Transcurrían lustros y la sanidad no mejoraba, las ordeñas dentro del casco urbano y la mala calidad del agua fueron un continuum. Las medidas sanitarias, servicios médicos y hospitales van a ser preocupaciones recurrentes de los mazatlecos decimonónicos. Para su octava década una “fiebre pútrida” y la viruela causaban desolación. Las labores de desinfección no eran suficientes.

Para colmo, durante toda la segunda mitad de ese siglo se padeció una terrible epidemia de cólera y después –para 1883– se vivió el flagelo de la fiebre amarilla con miles de enfermos y cientos de muertos, cuya secuela siguió presente por años.

Otros padecimientos que se padecieron durante esos años fue la lepra, la sarna (o “guaguana”), los padecimientos pulmonares, enfermedades venéreas, vómitos, enfermedades gastrointestinales o la misma tuberculosis que se hizo presente para fines de esa centuria.



## Algunas de las descripciones y casos de epidemias que consignan los registros jesuíticos, se presentaron en la población como una pesadilla cruenta, de esta manera lo consignan las primeras noticias sobre las enfermedades ajenas registradas en Sinaloa a finales del siglo XVI.

enfermedades de vías respiratorias. La farmacéutica Bayer la comercializó en México hasta 1931, año en que se retiró del mercado legal. (Dornbierer, 1991). En la actualidad es considerada una de las drogas de abuso más potente y su uso terapéutico es muy limitado. Solo se usa en casos muy severos como analgésico. Este producto debido a su amplio cultivo en Sinaloa desde mediados del siglo XX se incorporó como parte de los “remedios caseros” utilizados por la población estatal.

### ENFERMEDADES MÁS NOTORIAS DURANTE LA ÉPOCA TEMPRANO-COLONIAL DE SINALOA

**Wilfrido Llanes Espinosa**  
*Universidad Autónoma de Sinaloa*

Como sucedió en otras regiones de la América Española, con el arribo de los primeros hispanos a tierras sinaloenses la salud de los nativos se perturbó. Si bien los indígenas no se encontraban exentos de enfermarse, sin duda desconocían padecimientos, como la viruela y el sarampión, traídas por los primeros conquistadores. A partir de este momento las nuevas enfermedades empezaron a provocar malestares y mortandad, convirtiéndose rápidamente en un flagelo para la población.

Algunas de las descripciones y casos de epidemias que consignan los registros jesuíticos, se presentaron en la población como una pesadilla cruenta, de esta manera lo consignan las primeras noticias sobre las enfermedades ajenas registradas en Sinaloa a finales del siglo XVI. Destaca lo sucedido en la primavera de 1593, cuando los nativos de la villa de Sinaloa enfrentaron un “demonio desconocido”, se trataba de una fiebre que “después de dos o tres días de un furioso delirio, emitía unas llagas pestilentes que les cubrían todo el cuerpo de gusanos”. Ante el desconocimiento de esta terrible enfermedad fueron diferentes las formas en que la población reaccionó: hubo quienes optaron por retirarse de sus chozas, como una manera de evitar el contagio; algunos huyeron a los montes “para ser comidos por las fieras”, otros recurrieron a los padres para que los albergaran o al menos les explicaran la situación y otros más reaccionaron violentamente (Anua de 1593. Cartas anuas de 1592-1614, vol. 1, 223-241).

Los indígenas llegaron a convivir y padecer enfermedades como la referida, provocando importantes estragos en su cotidianidad, así como conflictos con los jesuitas, acusados de provocar las enfermedades que hasta ese momento les resultaban desconocidas.

### ENFERMEDADES FÍSICAS Y ESPIRITUALES EN JUAN JOSÉ RÍOS. UN ABORDAJE DESDE LA MEDICINA TRADICIONAL.

**Ana Denisse Torres Sotelo**  
*Universidad Autónoma de Sinaloa*

El ámbito de la medicina tradicional es amplio y en él convergen significados e interpretaciones que son esenciales para comprender la cultura y la reconfiguración de la sociedad. En esta investigación se analiza cómo las personas se desenvuelven en este espacio medicinal no institucionalizado para la atención a la salud en la comunidad de Juan José Ríos, ubicada al norte del Estado de Sinaloa.

Por consiguiente, tanto las enfermedades como las respuestas hacia las mismas constituyen procesos culturales en todo sistema y en todo conjunto social, que no sólo generan representaciones y prácticas, sino que organizan un saber para enfrentar, convivir, solucionar y si es posible, erradicar los padecimientos. Conviene subrayar que para tener una mejor comprensión de todos los procesos endémicos que suceden en la medicina tradicional, es necesario establecer qué es lo que ellos llaman salud y enfermedad; dentro de estos dos conceptos se entretajan múltiples elementos e interpretaciones que dotan de significado las demandas, actitudes y comportamientos que se dan dentro de este espacio curativo.

Partiendo con lo anterior, es pertinente establecer las divisiones de las enfermedades y dolencias populares que se tratan. Es decir, se encuentra con las distinciones de padecimientos físicos y espirituales que las personas identifican. De esta manera, tanto curanderos como pacientes consideran cuáles son las medidas que se tienen que tomar y los procedimientos curativos que hay que seguir para erradicar las enfermedades, expresados en recetas y tratamientos familiares tradicionales, conocimientos heredados, “saberes” populares y visiones que rebasan el mundo natural.

En suma, en marco de la medicina tradicional desarrollada en Juan José Ríos se pueden conocer los aspectos emocionales y psicosociales que definen a las enfermedades y sus tratamientos, elemento clave para comprender el por qué de su permanencia y constancia, además de reconocer que se estructura un saber contextual, que se define como el conjunto de conocimientos que se adhieren fielmente a las creencias que ellos tienen y de la cosmovisión en la cual se encuentran sujetos de manera vigente y constante.

### LOCURA EN SINALOA ENTRE EL PORFIRIATO Y LA REVOLUCIÓN

**Griselda Santiago Pérez**  
*Universidad Autónoma de Sinaloa*

Sinaloa entre el Porfiriato y la Revolución destacó como un estado de prosperidad en el ámbito económico, político y social, vinculado con las premisas de orden, progreso y modernidad. Sin embargo, existieron otros matices sociales, mientras que algunas de las clases sociales se beneficiaban de manera paulatina otros quedan al margen de las posesiones económicas y de mejores condiciones de vida, existiendo grupos que rayaban en la marginalidad, la exclusión y la anormalidad.



## La migración, como acción humana masiva, se identifica en el imaginario colectivo con el éxodo bíblico para la búsqueda de un territorio de la realización colectiva.

Asimismo, en el ámbito regional, durante esta temporalidad se presentaron enfermedades que asolaron a la población: la peste bubónica, la fiebre amarilla, la viruela, al igual que la lepra, entre otras, dejando marcadas secuelas.

Bajo estas condiciones, en este territorio sinaloense existió un grupo social que se mantuvo bajo la invisibilidad y que no fueron portadores del estandarte de la modernidad, un pequeño grupo tipificado de acuerdo a sus comportamientos o síntomas, como enfermos mentales a quienes también se les etiquetó como “locos”. En torno a ellos se adoptó un comportamiento que revistió dos caras: en primer lugar, hombres y mujeres que fueron acreedores al encierro o confinamiento en diferentes instituciones (hospitales, cárceles) sin recibir tratamiento médico adecuado; durante el porfiriato se les recluyó, sobre todo, en el Hospital del Carmen o bien permanecieron encerrados en sus hogares. O bien, ante la falta de una institución especializada en Sinaloa para atender a enfermos mentales, las familias y las mismas autoridades los enviaron al manicomio situado en la capital del país. Aunque, a estos recluidos se les definió como “locos” sea por las conductas que presentaban aun sin tener una enfermedad mental, eran una heterogeneidad de actitudes y comportamientos donde figuraban desde alcohólicos, epilépticos, sifilíticos, prostitutas, criminales, vagos, histéricas, ancianos dementes, etc., que poco tenían que ver con la locura, pero todos fueron a parar a los recintos del manicomio desde las primeras décadas de la Revolución Mexicana, en el Manicomio General La Castañeda, institución inaugurada en 1910 y desmantelada por completo en 1968.

Un medio siglo, donde Mazatlán tuvo pujanza económica y material, pero también padecimientos. Se incursionó en el siglo XX, pero la “suerte” no cambió, entre 1902 y 1903, la peste bubónica que azotó la entidad se manifestó con mayor fuerza en el distrito y en el puerto de Mazatlán.

### HISTORIA DE LOS USOS MEDICINALES DEL OPIO EN SINALOA

**Juan Antonio Fernández Velázquez**  
*Universidad Autónoma Indígena de México*

La amapola se produce en terrenos ubicados entre los 500 y 2000 metros de altura, posee flores de cuyo fruto o cápsula se extrae un líquido de propiedades farmacológicas: la incisión de las cápsulas permite el flujo de un látex blanco lechoso, que al oxidarse adquiere un color oscuro; la planta de adormidera produce aproximadamente cinco gramos de opio.

Posterior a la recolección y como resultante de procesos químicos elaborados en laboratorios, la morfina base es lograda a partir del opio bruto mediante un proceso de cocido, crudo, filtrado o por ebullición y precipitación (Betancourt y García, 1994).

En el caso de Sinaloa, el opio llega gracias a la apertura de la dinámica comercial, primero por mar, a través del pacífico, y luego por tierra (durante la época porfiriana); no podemos descartar la posibilidad de que el opio llegara gracias a la migración Alemana, Francesa e Inglesa; otra de las versiones se relaciona con la migración de chinos a esta entidad, para entonces, el opio considerado un producto caro y suntuoso, propio de la clase media (Enciso, 2014).

Su nombre científico es diacetilmorfina y se aisló por primera vez en 1883. En principio se utilizó como fármaco para tratar



## En el Culiacán de principios de los años porfiristas no todo era modernidad y progreso. Iniciando la penúltima década, una epidemia de viruela se extendía por el Distrito de Culiacán.

### LA FUERZA DE TRABAJO LABORAL MIGRANTE EN LA AGRICULTURA DE SINALOA.

**Jorge A. Ramírez-Hernández**  
*Consultor en Humanidades y Artes en la Salud Pública*

La migración, como acción humana masiva, se identifica en el imaginario colectivo con el éxodo bíblico para la búsqueda de un territorio de la realización colectiva. Componente fundamental del análisis demográfico, junto a los nacimientos y las defunciones, la migración debería estudiarse en profundidad en sus implicaciones para la salud pública en esta era de pandemias y sindemias.

Deberían incluirse tanto los padecimientos transmisibles (tuberculosis, SIDA, las transmitidas por vector, influencias, cólera, COVID-19, etc.) como de las enfermedades no transmisibles y las mentales (hipertensión, diabetes, obesidad, cáncer, depresión, ansiedad, entre otras).

La migración de la fuerza de trabajo contribuye en forma definitiva a la producción económica en ciertas regiones del país. En un análisis reciente, la agricultura de exportación es mencionada como uno de los grandes éxitos de la economía mexicana en las recientes tres décadas, con un crecimiento de poco más de 8%, superior en cuatro veces al promedio de la economía nacional durante el mismo periodo. En el caso de Sinaloa, el proceso productivo agrícola ha encontrado sustento en la fuerza laboral que ha cumplido con regularidad, desde hace décadas, con ciclos migratorios anuales. Se ha hecho el símil de esta población con las golondrinas.

Para el escritor Inglés George Orwell, la fuerza de la economía de Gran Bretaña, durante la década de 1930, estaba basada en la industria del carbón, donde el minero era la “cariátide tiznada” que la sostenía en sus hombros. Para la agricultura de exportación de nuestro país, el trabajador migrante de ambos géneros, es el atlante inclinado en la tierra que levanta las cosechas bajo el sol calcinante.

Este proyecto de investigación se propone recoger, analizar, datos económicos, sociales, demográficos, epidemiológicos para

entender las condiciones de salud de la población trabajadora migrante en la agricultura del Estado de Sinaloa, en los cultivos legales, con énfasis desde la década de 1980 a la actualidad. El enfoque aplicado será con eje en la perspectiva de la epidemiología y la historia social que incorporan a otras humanidades, las artes y la literatura (antropología, bioética, psicología, fotografía, pintura, cine, música, novela y otras).

Uno de los objetivos de esta línea de investigación es dar cuenta de la condición social y vivencial de los grupos migrantes en el Estado de Sinaloa. El propósito general es derivar propuestas para las políticas sociales, económicas, del ambiente, la cultura, en especial para la vigilancia epidemiológica y los servicios de salud, buscando mejorar las condiciones de trabajo y de salud de la población laboral agrícola migrante.

### ENFERMEDAD, SALUD Y SALUBRIDAD EN EL CULIACÁN PORFIRISTA

**María de los Ángeles Sitalit García Murillo**  
*Universidad Autónoma de Sinaloa*

En el Culiacán de principios de los años porfiristas no todo era modernidad y progreso. Iniciando la penúltima década, una epidemia de viruela se extendía por el Distrito de Culiacán. Era tanta la amenaza que, en 1881, a los doctores Ruperto L. Paliza e Ignacio Praslow se les conminó a aplicar la vacuna gratuitamente. Pero las adversidades rara vez llegan solas; en julio de ese año, los leprosos pululaban por las calles de la ciudad, debido a ello se instrumentaron medidas para que dichos enfermos no salieran de sus hogares. Así mismo, se demandaba un lazareto, pues el padrón de enfermos alcanzaba cifras preocupantes.

Por otro lado, para mejorar la salubridad pública se dispuso la limpieza de corrales y lugares de ordeña.

Por su parte, durante 1883, al tiempo que avanzaba el proyecto del lazareto, la viruela continuaba afectando, tanto así que la directoría de Altata solicitaba vacunas para detener su propagación. Para fines de ese año, se gratificó a los médicos de la localidad que combatieron esa epidemia.

Ese 1883, la fiebre amarilla extendió su manto de muerte en Culiacán, pese a las providencias de limpieza de casas y lugares públicos, restricciones de visitantes a la ciudad y limitaciones en los flujos humanos con el puerto de Altata. Esta epidemia “arribó” a la ciudad, con mayor agudeza en septiembre de ese año. Un par de meses después, el Ayuntamiento condecoró a Ignacio Praslow por su labor altruista ante esta calamidad.

Las epidemias iban y venían, la insalubridad seguía presente. En 1887, se dictaron medidas sanitarias para mejorar el degüello en rastros y la instalación de agua potable.

Mientras que, para inicios de la última década de este siglo, la viruela seguía sumando víctimas. En 1892, se destinaron recursos públicos para la curación de enfermos pobres afectados. Un año antes cantidades nada desdeñables se destinaron a la población de Quilá para combatir la viruela. Para 1893, la vacuna se aplicaba en diversos pueblos foráneos del Distrito de Culiacán.

En fin, un Culiacán luchando contra sus adversidades.



## Salud, vista con orgullo

**AUTORES: DEL ANGEL-AGUILAR ALEJANDRO REY\*, JÁCOME-GARCÍA SILVIA SUSANA\*\*, ARRAZATE-GARCÍA MA. CONCEPCIÓN\*\*\*.**

\*MÉDICO INTERNISTA PEDIATRA, MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, DIRECTOR DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL DE XALAPA

\*\* LICENCIADA EN COMUNICACIÓN, MAESTRA EN EDUCACIÓN, RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL DE PERSONAS LGBTTI EN EL DIF MUNICIPAL DE XALAPA.

Las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, travestis, transgénero e intersexuales (LGBTTTI) son una parte evidente de las sociedades del mundo; nacer o expresar una orientación sexual diferente a la dictada socialmente de acuerdo al sexo de nacimiento ha representado discriminación que deriva en la falta de oportunidades, pobreza o incluso la muerte; esto ha motivado que las personas LGBTTTI se agrupen y pugnen por la visibilización de sus necesidades, dicha tarea ha generado la modificación del marco legal, políticas públicas incluyentes, lineamientos de atención, programas sociales aplicados para mejorar los diversos entornos que les rodean. Lo que antes se nombraba como “grupos minoritarios” haciendo referencia a que la comunidad LGBTTTI era un grupo limitado de personas, lo cual es erróneo puesto que nutre la cultura de invisibilidad. En el contexto actual debemos reconocer a las personas LGBTTTI como un grupo de personas cuantitativamente y cualitativamente relevantes, en 2021 el INEGI estima una población de 97.2 millones de personas de 15 años y más de edad en México y de estas, 5.0 millones se auto identifican LGBTTTI, lo que equivale al 5.1 % de la población de 15 años y más en el país, dando cuenta que 1 de cada 20 personas de 15 años y más se identifica como LGBTTTI (INEGI, 2021) siendo el Estado de Veracruz el tercer estado mexicano en el ranking de personas que se asumen de la comunidad.

Para una persona vivir una orientación sexual o identidad de género diferente (HUMANOS, s.f.) a la que socialmente relacionamos

con el sexo asignado de nacimiento representa motivos de estigmatización en diferentes sectores como el familiar, escolar, laboral incluyendo el de salud; en el acercamiento al análisis desde la sociedad civil de las quejas recibidas en la Comisión de Derechos Humanos de Ciudad de México por presuntas violaciones a sus derechos, el derecho a la salud es uno de los más vulnerados en personas de la comunidad, refiriendo en dicho informe que el tipo de violación más citada recae en la obstaculización, restricción o negativa a proporcionar atención médica especializada a las y los pacientes que la requieren, y de menor manera en la ausencia de medicamentos (Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2018). Lo antes expuesto nos invita a realizar acciones afirmativas<sup>1</sup> institucionales a favor de las personas LGBTTTI, con el objetivo de propiciar un sentido de igualdad social al interior de las organizaciones así como de prevenir actos de lgbtfobia<sup>2</sup> y discriminación, tal como lo refiere el 30% de la población mexicana no heterosexual de 18 años y más que declaró haber sido discrimina-

<sup>1</sup>Acciones Afirmativas: conjunto de medidas de carácter temporal correctivo, compensatorio y/o de promoción, encaminadas a acelerar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres (MUJERES, s.f.)

<sup>2</sup>Lgbtfobia: Rechazo, miedo, repudio, prejuicio o discriminación hacia mujeres u hombres que se reconocen a sí mismos como LGTBI (Española, s.f.)



**Ilustración 1 CAPACITACIÓN A PERSONAL DE INSTITUCIÓN PÚBLICA, 2022**

da por su orientación sexual en algún momento de su vida según la Encuesta Nacional sobre Discriminación ((ENADIS), 2017, pág. 11)

En el ámbito que nos compete, una de las medidas positivas primordiales es la de sensibilizar y capacitar a las y los servidores públicos. El Gobierno de México en materia de salud diseñó el “Protocolo para el acceso sin discriminación a la prestación de servicios de atención médica de las personas LGBTTI” (LGBT-TTI, 2020), el cual incluye una serie de guías como lo son:

- “Guía de recomendaciones para la atención de intersexualidad y variación en la diferencia sexual”,
- “Guía protocolizada para la atención de mujeres lesbianas y bisexuales”
- “Guía protocolizada para la atención de los hombres gays y bisexuales”,
- “Guía protocolizada para la atención de personas transgénero”

Cuyo objetivo general es contribuir a garantizar el acceso efectivo y sin discriminación a los servicios de salud de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, travestis, transgénero e intersexuales, así como a las demás que se integren a la diversidad de expresiones sexuales no normativas, mediante el establecimiento de criterios orientadores y acciones específicas en la prestación de servicios de atención médica en los establecimientos que componen el Sistema Nacional de Salud incluyendo en dicho sistema a los prestadores de asistencia social.

A propósito de la defensa de derechos de la comunidad LGBTTTI a nivel local, el Sistema DIF Municipal (SMDIF) de Xalapa, cuenta con un programa expofeso para la integración y desarrollo social de personas LGBTTTI, con el fin de eliminar la estigmatización, la discriminación y la violencia contra las personas LGBTTTI en el Municipio de Xalapa. La creación de dicho programa versó en la propuesta gubernamental local de:

- Diseñar, políticas y programas para eliminar la estigmatización, la discriminación y la violencia contra las personas LGBTTTI en los diversos ámbitos.

- Instar a la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Veracruz para que fortalezca su labor de promoción y protección de los derechos humanos de las personas LGBTTTI, incluyendo medidas específicas para contrarrestar los prejuicios.
- Impartir justicia clara y expedita en casos de discriminación, violencia y crímenes de odio contra a las personas LGBTTTI. Establecimiento medidas para prevenir la tortura, los tratos crueles, inhumanos o degradantes, así como toda forma de abuso policial contra las personas LGBTI.

Como antecedente, en el Plan de Desarrollo Municipal 2018-2021, existían tres sectores con posibilidades de ser tomados en cuenta para la creación, en ese entonces, de un nuevo programa: las mujeres, las infancias y adolescencias en situación de calle, y las personas LGBTTTI. Considerando que las mujeres podrían ser atendidas por el programa de Derechos Humanos y, desde luego, por el Instituto Municipal de las Mujeres, y que las infancias y adolescencias serían atendidas por la Procuraduría de la defensa de niñas, niños y adolescentes; pero que no existían instancias –ni municipales ni en el propio SMDIF- que atendieran a personas LGBTTTI, dicha necesidad favorecida por la voluntad política dio como resultado la creación de dicho programa al interior del Sistema DIF Municipal. Actualmente en el Plan Municipal de Desarrollo 2022-2025 se posiciona como parte del Eje Transversal: Equidad de Género e Inclusión Social, específicamente en la estrategia “H” destinada a la tarea de impulsar un gobierno que incorpore enfoque de género a sus políticas públicas, al mismo tiempo que fomenta la participación de todos los sectores de la población, principalmente los que padecen discriminación o marginación en cualquier modalidad, en los componentes de esta se detallan las acciones de fomentar una cultura de respeto e inclusión a la participación de personas y grupos de diversidad sexual en los centros de trabajo del Ayuntamiento, procurando utilizar un lenguaje inclusivo, promover campañas de difusión sobre el respeto a las diferencias sexuales y en particular, a los derechos humanos; así como, impulsar políticas públicas para prevenir y eliminar la discriminación de personas y grupos por su orientación sexual (Xalapa, 2022). Este marco político y presupuestal ha favorecido la continuidad y ejecución del Programa de Integración y Desarrollo Social de personas LGBTTI, el cual tiene como tarea



**Ilustración 2 Reuniones con Colectivos LGBTTTI, 2022**

## El objetivo general es contribuir a garantizar el acceso efectivo y sin discriminación a los servicios de salud de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, travestis, transgénero e intersexuales, así como a las demás que se integren a la diversidad de expresiones sexuales no normativas.

principal la capacitación de protocolos de atención a personas LGBTTI y la promoción de los derechos de las personas LGBTTTI trabajando desde el paradigma de los Derechos Humanos y la Diversidad Sexual, la cual se efectúa respondiendo a las solicitudes de capacitación dirigidas a organizaciones públicas o privadas (ILUSTRACIÓN 1) entre las cuales se destacan escuelas de nivel básico, medio y superior, cuerpos policiacos y funcionarios de los distintos órganos de gobierno, en lo que va del año 2022 hemos otorgado un total de 51 talleres y sensibilizado a 843 personas (XALAPA, 2022). También se participa en audiencias y seguimiento de acuerdos con diversos colectivos LGBTTTI (ILUSTRACIÓN 2) y se organizan eventos de discriminación positiva para conmemorar fechas especiales como el Día Internacional contra la LGTBfobia (17 de mayo) y el Día Internacional del Orgullo LGBTTTI (28 de junio) que permita la expresión de las personas de la comunidad en eventos académicos o vivenciales que propician la focalización de necesidades específicas (ILUSTRACIÓN 3). De igual manera se realizan acciones de protección a personas LGBTTTI que han reportado sufrir algún acto de violencia o discriminación por su expresión de género en coordinación con el Sistema Estatal DIF.

En los sectores públicos el privilegio heterosexual existe y junto con el, la discriminación. Esta situación obstaculiza la ejecución de diversas acciones afirmativas que permitan que las personas que se identifican como LGBTTTI tengan acceso efectivo a la protección de derechos sustantivos como el de la igualdad ante la ley y no discriminación, a la seguridad jurídica, sexuales y reproductivos, a una vida libre de violencia, al trabajo, la salud, la honra y la dignidad, a su integridad personal o al nombre y a la identidad.

Por lo anterior, este artículo invita a la reflexión de las y los compañeros salubristas en referente a ¿qué medidas positivas observo o propongo? a favor de las personas LGBTTI en mi entorno inmediato, ¿soy facilitador de acciones? o ¿a caso estoy promoviendo discursos de LGTBfobia?, estos cuestionamientos pueden ayudar que las y los individuos que integran las instituciones colaboren activamente y consciente favoreciendo los derechos humanos de las personas LGBTTTI. Los prejuicios que existen en torno a las diversas formas de ser y de amar pueden provocar afectaciones en el disfrute y acceso a los derechos humanos de las personas LGBTTTI tanto en el ámbito privado como en el público, ya que la violencia institucional aún persiste en contra de ellas (Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2018).



**Ilustración 3 CONVERSATORIO 17 DE MAYO DÍA CONTRA LA LGTBFOBIA, 2022.**

### BIBLIOGRAFÍA

LGBTTTI, P. p. (2020). Gobierno de México. Obtenido de Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad: <https://www.gob.mx/insalud/documentos/protocolo-comunidad-lgbt>

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. (2018). DERECHOS HUMANOS DE PERSONAS LGBTTTI. CIUDAD DE MÉXICO: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

(ENADIS), E. N. (2017). Encuesta Nacional sobre Discriminación: Principales Resultados . CDMX: INEGI.

Española, R. A. (s.f.). Real Academia Española. Obtenido de <https://dpej.rae.es/lema/igtbi-fobia#:~:text=Gral.,a%20s%C3%AD%20mismos%20como%20LGTBI>.

HUMANOS, C. I. (s.f.). Violencia contra personas LGBTI en América por CIDH. Obtenido de Violencia contra personas LGBTI en América por CIDH: <http://www.cidh.org/igtbi-violencia-informe..> Lea más / Read more

INEGI. (2021). INEGI: Conociendo a la población LGBTI+ en México. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/igtbi/#:~:text=15.&text=Actualmente%2C%205.0%20millones%20de%20habitantes,e%20identidad%20de%20g%C3%A9nero%20LGBTI%2B.:https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/igtbi/#:~:text=15.&text=Actualmente%2C%205.0%20millones%20de%20habitantes,e%20identidad%20de%20g%C3%A9nero%20LGBTI%2B.>

México, I. C. (2021). Conociendo a la población LGBTI+ en México. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/igtbi/#:~:text=15.&text=Actualmente%2C%205.0%20millones%20de%20habitantes,e%20identidad%20de%20g%C3%A9nero%20LGBTI%2B.>

MUJERES, I. N. (s.f.). CAMPUS INMUJERES. Obtenido de Glosario para la igualdad: <https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos/acciones-afirmativas>

XALAPA, D. M. (30 de JUNIO de 2022). METAS ALCANZADAS DE ENERO A JUNIO DE 2022 DE CADA PROGRAMA PRESUPUESTARIO . XALAPA, VERACRUZ, MÉXICO.

Xalapa, P. M.-2. (2022). H. AYUNTAMIENTO DE XALAPA DIRECCIÓN DE GOBIERNO ABIERTO . Obtenido de <https://xalapa.gob.mx/:https://xalapa.gob.mx/direccion-de-gobierno-abierto/wp-content/uploads/sites/33/2022/05/PlanMunicipalDesarrollo22-25.pdf>



## Muertes maternas durante la contingencia de COVID-19 en la Jurisdicción Sanitaria Chihuahua, Chihuahua

ÁLVARO AARON PLASCENCIA CHÁVEZ\*, CARLOS ESTEBAN ARÉCHIGA GAMBOA\*\*,

MARÍA ELENA MARTÍNEZ TAPIA\*\*

\*UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA, \*\*JURISDICCIÓN SANITARIA CHIHUAHUA, SSCH.

## INTRODUCCIÓN

Acorde a la OMS la muerte materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio de este, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (OMS, 2019). Se debe de tener en cuenta el alto impacto de la muerte materna, ya que cuando una mujer muere es una tragedia para su familia y comunidad, “las repercusiones sociales y económicas son diversas: las mujeres son los pilares de las familias, las que educan a sus hijos, las que proveen el cuidado de los jóvenes y ancianos; son campesinas, operarias, comerciantes, trabajadoras y, frecuentemente, las únicas que proveen el sustento familiar.” (Ramos, y otros, 2004)

La muerte materna sigue representando en la actualidad un reto para las políticas y acciones en salud, ya que afecta a las mujeres en edad reproductiva, especialmente aquellas que viven en zonas rurales o de alta marginación.

Dada la magnitud de la problemática se incluyó dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio por parte de los 192 países miembros de la organización de las naciones unidas en el 2000 con la finalidad de ser alcanzados para el año 2015, refieren 8 objetivos de los cuales uno va dirigido a la salud materna; actualmente los Objetivos de Desarrollo Sostenible. México se comprometió a reducir la muerte materna en un 75% entre 1990 y 2015, la razón de muerte materna se redujo en un 2.3% al año. Observando la aceleración de esta reducción a partir del 2000, para el 2017 en 211 defunciones maternas (IC: 193 a 243) por cada 100,000 nacidos vivos, lo que representó una reducción de 38% desde el año 2000, cuando se estimó una RMM 342. Así también, la reducción anual en promedio, en este periodo, fue de 2.9%. (Dirección General de Epidemiología, 2020)

Para finales del año 2019 en México se registraron 695 muertes maternas, para este mismo periodo del 2020 se registraron 934 muertes maternas, dando un aumento del 30.1%.

Para combatir el reto que representa la muerte materna se crean los comités de Muerte Materna y Perinatal, que tienen como objetivo el estudio y seguimiento de la morbimortalidad (materna y perinatal). Apoyando a la clasificación de las muertes maternas, basándose en el CIE-10 para facilitar y normalizar la identificación de las muertes en directas (causadas por complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio), indirectas (causadas por enfermedades previamente existentes o que aparecen durante el embarazo y que se complican por los efectos fisiológicos del mismo) y tardías (es la muerte de una mujer embarazada por causa directa o indirecta después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo) (OMS, 2012). Además de ayudar al subregistro y contribuyendo a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad, proponiendo medidas preventivas que impacten en la mortalidad y fomenten la enseñanza e investigación, convirtiéndose en un insumo de planeación y mejoría de los servicios de salud. (Secretaría de Salud, 2012)

El impacto generado por las acciones del comité de muerte materna ayudara a reducir la razón de muerte materna, una herramienta de medición que nos ayudara a calcular el número anual de mujeres fallecidas por causa relacionadas con el embarazo, a partir del total de defunciones maternas ocurridas en

## La muerte materna sigue representando en la actualidad un reto para las políticas y acciones en salud, ya que afecta a las mujeres en edad reproductiva, especialmente aquellas que viven en zonas rurales o de alta marginación.



el año entre el total de nacidos vivos en el mismo año, multiplicando el total de la división por 100,000.

Durante la contingencia la población entro en un estado de cuarentena y miedo al contagio, por lo que se redujo el numero de consultas de control prenatal. El control prenatal es el conjunto de acciones que se concretan en visitas entre el equipo de salud y la embarazada, con la finalidad de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto. (OPS, 2010)

Este estudio tiene como objetivo el identificar las principales causas de mortalidad materna durante la contingencia de COVID-19 en la Jurisdicción Sanitaria de Chihuahua y verificar si ha existido un cambio en su tendencia, así como en las causas de estas.

### METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, comparativo y retrolectivo. Se incluyeron las muertes maternas ocurridas en las unidades médicas, durante su traslado o en el hogar, de los trece municipios de responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria Chihuahua (Chihuahua, Delicias, Meoqui, Julimes, Rosales, San Francisco de Borja, Dr. Belisario Domínguez, Nonoava, Satevó, Gran Morelos, Santa Isabel, Aldama, Aquiles Serdán). Se incluyeron las muertes maternas ocurridas en los años 2019, 2020 y 2021. La información fue revisada y recolectada partiendo de las minutas mensuales del Comité de Muerte Materna, los certificados de defunción y los Anexo 8 de ratificación o rectificación de cada muerte materna. En todo momento se guardó la confidencialidad de la información y los datos sensibles de las personas. Las causas de muerte se clasificaron en Muertes Maternas Directas y Muertes Maternas Indirectas, las cuales a su vez se agruparon por las diferentes causas básicas de defunción: cardíacas, hemorragias, hepáticas, endocrina, metabólica, hipertensiva, infecciosa, obstétrica, virales y otras causas. Finalmente se consultó la información sobre el número de consultas prenatal otorgada en los periodos de estudio. Se calculó la Razón de Muerte Materna (RMM) por 100, 000 nacidos vivos por periodo y se realizó un análisis descriptivo de las causas de muerte materna por año.

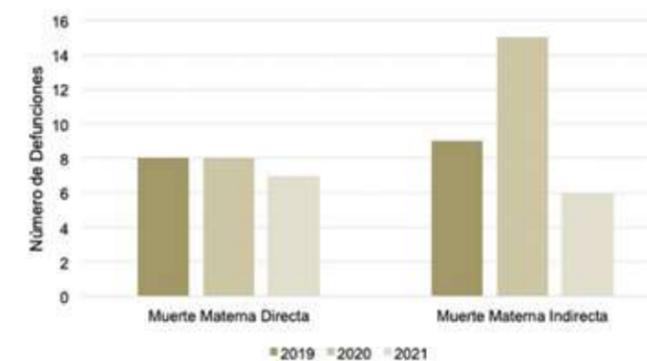
### RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se presentaron 17 muertes maternas en el 2019, 23 para el 2020 y 13 para el año 2021. A partir del análisis de datos se obtuvo una Razón de Muerte Materna de 21 x 100,000 nacidos vivos en el 2019, en el 2020 de 28 x 100,000 nacidos vivos y de 20.x 100,000 nacidos vivos para el 2021, donde se puede apreciar un incremento de la RMM en el año 2020. Durante el 2019 el promedio de consultas prenatales fue 4, en el 2020 de 3 y en el 2021 de 2.

Partiendo de la clasificación de las muertes maternas directas e indirectas, para el 2019 se observaron 8 (47%) MMD y 9 (53%) MMI; para el 2020 8 (34.7%) MMD y 15 (65.3%) MMI y para el 2021 se presentaron 7 (54%) MMD y 6 (46%) MMI (Gráfica 1).

Para el 2019 como causa de muerte materna directa se dividieron en hemorragias obstétricas y enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclampsias, eclampsia y Sx Hellp) y en las causas de muerte materna indirecta predominaron las causas virales (VIH y otras causas). Para el 2020 las principales causas de muerte materna directa fueron las enfermedades hipertensivas

Gráfica 1. Muerte Materna Directas e Indirectas en la Jurisdicción Sanitaria Chihuahua, Chihuahua, 2019 – 2021



del embarazo, en la muerte materna indirecta se observa un incremento de las causas virales (COVID-19). E infecciosas, así como otras causas. Para el 2021 las causas de muerte materna directa continúan predominando la enfermedad hipertensiva del embarazo y como causa de muerte materna indirecta las virales, representadas por COVID-19 (Tabla 1 y Tabla 2).

Tabla 1. Clasificación de Causas de Muerte Materna Directas en la Jurisdicción Sanitaria Chihuahua, Chihuahua, 2019 – 2021

Causa	2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%
Hemorragia Obstétrica	4	50	2	25	1	14
Enf Hipertensiva del embarazo	4	50	5	62	4	58
Hígado Graso	0	0	0	0	1	14
Enf Infecciosas	0	0	1	13	1	14
Total	8	100	8	100	7	100



Tabla 2. Clasificación de Causas de Muerte Materna Indirectas en la Jurisdicción Sanitaria Chihuahua, Chihuahua, 2019 – 2021

Causa	2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%
Cardíacas	0	0.0	1	6.7	0	0.0
Endocrinas	1	11.1	1	6.7	0	0.0
Hemorrágicas	1	11.1	1	6.7	0	0.0
Hepática	0	0.0	1	6.7	0	0.0
Infecciones bacterianas	0	0.0	2	13.3	0	0.0
Metabólica	0	0.0	1	6.7	1	16.7
Ginecológica	1	11.1	0	0.0	0	0.0
Otras	4	44.4	6	40.0	2	33.3
Virial	2	22.2	2	13.3	3	50.0
Total	9	100.0	15	100.0	6	100.0

### CONCLUSIÓN

A partir de la contingencia por COVID-19 el estilo de vida de la población se vio afectado, el sistema de salud tuvo que adaptarse a las nuevas condiciones y muchas de las actividades de prevención resultaron afectadas.

La contingencia por COVID-19 ha influido en la tendencia de muerte materna, anterior a la contingencia se observaba un predominio de las causas directas de muerte materna, siendo igualadas e incluso superadas por las causas indirectas en la actualidad. Los cambios en las tendencias se han visto influenciados por la reducción del promedio de consultas de control prenatal, la reconversión de unidades médicas y las adaptaciones de los servicios de salud para la atención del COVID-19, ha provocado la complicación de enfermedades preexistentes u obtenidas durante el embarazo.

Hace necesario el buscar estrategias que permitan incrementar el número de consultas de control prenatal, al igual que reforzar la vacunación por COVID-19 en las mujeres embarazadas. Se requiere realizar análisis a nivel local, encaminados a identificar las causas de muerte materna indirectas, para buscar acciones específicas para su prevención.

**Durante la contingencia la población entro en un estado de cuarentena y miedo al contagio, por lo que se redujo el numero de consultas de control prenatal.**

### BIBLIOGRAFÍA

1. **Dirección general de epidemiología. (2020).** Manual de procedimientos para la vigilancia epidemiologica (2020 ed.). SSA. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia>
1. **OMS. (2012).** CIE-10: a las muertes ocurridas en el embarazo, parto y puerperio. Ginebra: OMS.
1. **OMS. (19 de Septiembre de 2019).** Muerte materna. Obtenido de WWW.WHO.INT: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
1. **OPS. (2010).** Atención prenatal en atención primaria de la salud . Paraguay: CLAP/SMR.
1. **Romero, I., Sanchez, G., Romero, E., & Chavez, M. (2010).** Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. PRH.
1. **Secretaría de Salud. (2012).** Comité de prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. México: offset.
1. **Uribe, P., Ruiz, C., & Morales, E. (2009).** LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO, ESTRATEGIAS Y DESIGUALDADES (Primera edición ed.). ISBN. Obtenido de [https://informe.gire.org.mx/rec/muerte\\_materna\\_ciesas.pdf#page=50](https://informe.gire.org.mx/rec/muerte_materna_ciesas.pdf#page=50)



## Prevalencia de anticuerpos IgG para COVID-19 en niños escolares en el Regreso Seguro a Clases en una escuela rural, urbana y de migrantes

MARÍA ELENA MARTÍNEZ TAPIA\*, NATALIA JULIANA RENTERÍA RODRÍGUEZ\*, CARLOS ESTEBAN ARÉCHIGA GAMBOA\*, GLORIA ISELA DOMÍNGUEZ ESTRADA\*, DIANA ALANÍS\*\*, JIBRAN SARABIA MUÑOZ\*\*, JOAQUÍN ERNESTO ALVAREZ CANO\*\*\*

\*JURISDICCIÓN SANITARIA CHIHUAHUA, SSCH. \*\* TECNOLÓGICO DE MONTERREY, \*\*\* UMF 28 IMSS, MEXICALI BC.

### INTRODUCCIÓN

A partir de marzo de 2020, las clases presenciales en México fueron suspendidas en planteles educativos públicos y privados, a fin de prevenir el contagio de la COVID-19. Con esta acción, de acuerdo con las SEP, 36.3 millones de alumnos de escuelas públicas y privadas registrados en el ciclo escolar 2019-2020 tuvieron que continuar con el proceso de enseñanza-aprendizaje desde casa (SEP, 2021). Los efectos psicológicos, el rezago en el aprendizaje y la socialización de los niños y adolescentes, como consecuencia de aislamiento por COVID-19 en los hogares, aún no está cuantificado, éste era necesario.

Las estrategias de control de la pandemia a nivel nacional, estatal y local han sido percibidas de manera diferente. El aislamiento social y la cuarentena fue un denominador común en todas las regiones, pero los aislamientos fueron más o menos estricto dependiendo del contexto social de las personas. No era poco común ver a los niños fuera de sus hogares en los entornos rurales o en los grupos poblacionales más vulnerables, como la población indígena, los migrantes o jornaleros.

Se estima que de los casos diagnosticados de COVID-19, los niños representan del 1 al 5%. Luego de cursar el COVID-19, se desarrolla una respuesta inmune humoral con el fin de proteger contra la reinfección. (Sánchez-Tauma P., 2020)

La prueba serológica basada en inmunocromatográfica (también conocida como prueba rápida), detecta la presencia de anticuerpos tipo IgM e IgG, generados como respuesta a la infección. Los anticuerpos IgM comienzan a ser detectables en la sangre después de la primera semana de iniciada la infección y perduran por 2 o 3 semanas, los anticuerpos IgG aparecen en la etapa tardía, que ocurre generalmente después de la segunda semana, y perduran en el tiempo. Esta última permite conocer el antecedente de infección por SARS-COV-2. (Vizcaíno-Carruyo JC, 2020)

Se estima que de los casos diagnosticados de COVID-19, los niños representan del 1 al 5%. Luego de cursar el COVID-19, se desarrolla una respuesta inmune humoral con el fin de proteger contra la reinfección. (Cruz Andrea T, 2021) Las condiciones de aislamiento, cuidados y educación para la salud son diferentes dependiendo del contexto social en el que viven los niños, ante el regreso a clases presenciales en el Ciclo Escolar 2021-2022, surge el interés de saber cuántos de los niños habrán estado en contacto con SARS-COV-2-2 y cuentan con anticuerpos al momento de su regreso a clases, en ausencia de vacunación para COVID-19 y ser menos susceptibles al estar expuestos en el salón de clases. El presente artículo compara prevalencia de anticuerpos IgG para COVID-19 en niños escolares en tres contextos sociales diferentes del Estado de Chihuahua: niños de una escuela rural, una escuela urbana y una escuela de niños de migrantes, al momento de regreso a clases presenciales.

### METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, comparativo, realizado durante la primera semana de inicio de clases presenciales, en septiembre del 2021. Se incluyeron todos los niños que regresaron de manera voluntaria a clases presenciales de tres escuelas primarias: una escuela pública urbana localizada al norte de la Ciudad de Chihuahua, una escuela rural localizada en la localidad de Guadalupe Victoria, Municipio de Meoqui y una escuela de niños Migrantes en la localidad de Lázaro Cárdenas, Meoqui.

Las escuelas pertenecen localidades de a la Jurisdicción sanitaria Chihuahua y fueron seleccionadas por la factibilidad de realizar las pruebas en los escolares previa autorización de los padres y de las autoridades educativas de las escuelas.

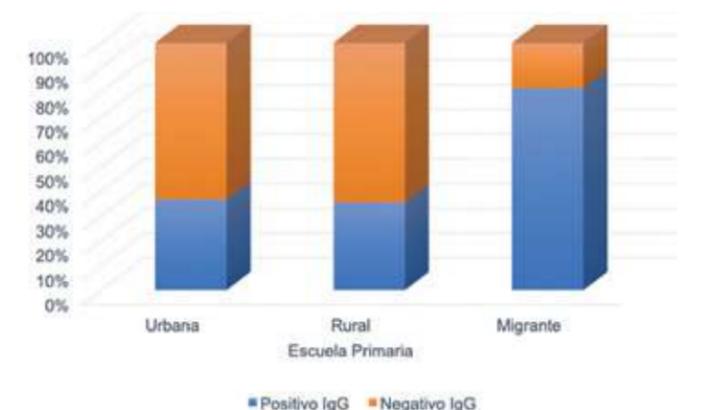
Previa coordinación con las autoridades educativas, durante la primera semana de clases presenciales, después del confinamiento, como parte del protocolo del "Regreso Seguro a Clases" (Secretaría de Educación y Deporte, 2021) se realizaron pruebas rápidas para detección de anticuerpos IgG e IgM para COVID-19, Quick Profile 2019-nCoV. LumiQuick Diagnostic, a los niños cuyos padres autorizaron la realización de la prueba. Previamente se les explicó en qué consistía la prueba, se preguntaron antecedentes de enfermedad por COVID-19 durante el confinamiento, el contacto con casos positivos a COVID-19 y el antecedente en los niños de sintomatología respiratoria durante el aislamiento. La información se capturó en una base de datos en Excel, se utilizó el programa EPIINFO ver 7.2.3.1. Se realizó un análisis descriptivo y se utilizó  $\chi^2$  para comparar la proporción de niños con IgG entre las tres escuelas.

### RESULTADOS

Se incluyeron 58 niños de la escuela primaria urbana (79% de los niños que asistían a clases presenciales), 59 de la escuela primaria rural (91% de los asistentes) y 22 niños (78% de los asistentes) de la escuela de migrantes. Se incluyeron niños de primero a sexto grado en las tres escuelas. El promedio de edad de los niños fue de  $10 \pm 6$ ,  $11 \pm 8$  y  $14 \pm 8$  respectivamente en cada escuela. No se detectó ninguna prueba con IgM positiva. Se encontró pruebas positivas a IgG en 46% (58) de los niños la escuela urbana, 40% (21) en la escuela rural y 90% (18) con los niños migrantes, existiendo diferencia estadísticamente significativa entre las tres escuelas  $\chi^2 = 15.5$   $p = 0.0004$  (Grafica 1).

**Se realizó un estudio transversal, comparativo, realizado durante la primera semana de inicio de clases presenciales, en septiembre del 2021.**

**Grafica 1. Distribución de resultados de prueba rápida de IgG para COVID-19 por Escuela Primaria**



De los niños con resultado positivo a IgG para COVID-19, únicamente se refirió que 4 niños (4%) habían tenido un diagnóstico positivo a COVID-19 durante el confinamiento; todos los niños con el antecedente de COVID-19 eran de la Escuela Primaria Urbana, en el caso de los niños migrantes el 39% los padres ignoraban el antecedente, existiendo diferencia estadísticamente significativa entre las tres escuelas  $X^2=13.6$   $p=0.01$  (Tabla 1).

**Tabla 1. Distribución de niños con prueba rápida de IgG positiva y antecedente de diagnóstico confirmado de COVID-19, por Escuela Primaria**

Escuela	Antecedente de Diagnóstico		Sin antecedente de Diagnóstico		Se ignora	
	Confirmado de COVID-19		Confirmado de COVID-19		n	%
Urbana	4	7.1	48	85.8	4	7.1
Rural	0	0	20	95.2	1	4.8
Migrantes	0	0	11	61.1	7	38.8
Total	4	4.2	79	83.1	12	12.7

El 38% (37) de los niños con IgG positivo presentaron un cuadro respiratorio leve durante el confinamiento; de los niños de la escuela primaria urbana el 43% (25) tenían en antecedente de cuadro respiratorio leve, en el caso de los niños migrantes solamente el 28% refirió que los niños habían presentados sintomatología respiratoria.  $X^2=3.02$   $p=0.55$  (Tabla 2).

**Tabla 2. Distribución de niños con prueba rápida de IgG positiva y antecedente de cuadro respiratorio leve durante el confinamiento, por Escuela Primaria**

Escuela	Antecedente de Diagnóstico		Sin antecedente de Diagnóstico		Se ignora	
	Confirmado de COVID-19		Confirmado de COVID-19		n	%
Urbana	4	7.1	48	85.8	4	7.1
Rural	0	0	20	95.2	1	4.8
Migrantes	0	0	11	61.1	7	38.8
Total	4	4.2	79	83.1	12	12.7

De los niños con IgG positivos el 63% (16) de los niños de la escuela urbana tenían el antecedente de un contacto positivo a COVID-19 durante el confinamiento, en el caso de las escuelas rural y de migrantes el 19% tenían este antecedente,  $X^2=9.4$   $p=0.05$ .

## CONCLUSIONES

Las condiciones de restricción de movimiento y el aislamiento de los menores de edad ha variado dependiendo del contexto social de los niños. Los grupos vulnerables, como los hijos de migrantes y jornaleros, se han visto más afectados, se observó que casi el total de ellos presentaron IgG positivo, sin embargo, no se reporta antecedentes de casos positivos y en la mayoría de los casos se ignoran los antecedentes, considerando que la mayor parte del tiempo los niños no tienen contacto con sus padres, los cuales tienen largas jornadas de trabajo en el campo. En los tres contextos sociales se observa que la mayoría de las infecciones pasaron desapercibidas o únicamente se reporta la presencia de un cuadro respiratorio leve, lo que confirma que la infección por SARS-COV-2 en niños es menos severa. El regreso a clases durante la pandemia de COVID-19 es y seguirá representando un reto para el sector educativo y sector salud, para prevenir la diseminación de las nuevas variantes de SARS-COV-2 y la aparición de brotes escolares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Andrea T, S. L. (2021). Duration of Effective Antibody Levels After COVID-19. *Pediatrics*, 1-3.
2. Sánchez-Tauma P, A.-A. N.-M. (2020). Enfermedad por Coronavirus 2019, COVID-19: Aspectos a considerar en niños. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo*, 88-94.
3. Secretaría de Educación y Deporte. (09 de 2021). Secretaría de Educación y Deporte. Obtenido de Regreso Seguro a Clases: [http://educacion.chihuahua.gob.mx/sites/default/files/10\\_09\\_2021\\_registro\\_seguro\\_a\\_clases\\_escenarios\\_de\\_actuacion\\_2.pdf](http://educacion.chihuahua.gob.mx/sites/default/files/10_09_2021_registro_seguro_a_clases_escenarios_de_actuacion_2.pdf)
4. SEP. (2021). Sistema Interactivo de Consulta de Estadística. Obtenido de <https://www.planeacion.sep.gob.mx/principalescifras/>
5. Vizcaíno-Carruyo JC, T.-C. V.-Z.-M. (2020). COVID-19 anticuerpos IgM/IgG por ensayo inmunocromatográfico (prueba rápida). *Medicina & Laboratorio*.

**Se estima que de los casos diagnosticados de COVID-19, los niños representan del 1 al 5%. Luego de cursar el COVID-19, se desarrolla una respuesta inmune humoral con el fin de proteger contra la reinfección.**



## Retos y oportunidades hacia la eliminación de la hepatitis C al 2030 en México

DRA. MA. GUADALUPE CASTRO MARTÍNEZ<sup>1</sup>, DRA. MA. GABRIELA LICÉAGA CRAVIOTTO<sup>1</sup>, QFB IVONNE PARDO GUTIÉRREZ<sup>2</sup>, M. EN E.S. HERMAN SOTO MOLINA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MÉDICO INTERNISTA, FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD LA SALLE MÉXICO, <sup>2</sup>HS ESTUDIOS FARMACOECONÓMICOS, S.A. DE C.V.

La hepatitis C es una infección viral del hígado ocasionado por el virus de la hepatitis C (VHC). Se transmite por la sangre, en medida considerable a edad temprana, a través de inyecciones y procedimientos médicos en condiciones poco seguras, y en menor medida a través de contacto sexual. La infección por VHC es un problema de salud pública mundial debido a su elevada morbilidad y mortalidad. La prevalencia varía en función de la edad, los antecedentes de exposición a los factores de riesgo y la procedencia geográfica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que, en 2018, se estimaba que 3.26 millones de niños y adolescentes, de 18 años o menos, vivían con una infección crónica por el VHC, y para el 2020 se reportaron 1.5 millones de infecciones y 290,000 muertes. (GPC, IMSS 2010, OMS 2022, Hepatitis C Virus Infection Consensus Statement Working Group, 2020)

Posterior al desarrollo de vacunas contra la hepatitis B en 1980 y la recomendación por parte de OMS de incluirla en los esquemas básicos de vacunación, se inició con un descenso significativo de casos. Para la década de los 1990s con la aprobación del interferón alfa-2a, para el tratamiento de la hepatitis crónica; se consiguió la eliminación del virus en un porcentaje bajo de pacientes (alrededor de 25 a 30%, dependiendo del genotipo). La asociación con ribavirina en esta misma década permitió una respuesta viral sostenida en aproximadamente entre el 30-40% de los pacientes en algunos genotipos.

Con el permiso para el uso del primer inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa a finales de la década de los 90s, se contó con un tratamiento que marcó la historia del tratamiento para

la hepatitis C. El desarrollo de los antivirales de acción directa (AAD) orales (terapias libres de interferón y por lo tanto de sus efectos secundarios), han revolucionado la terapia para la hepatitis crónica por virus C.

Por otro lado, los tratamientos con los cuales se contaban requerían ajustes de acuerdo con el genotipo viral hasta el desarrollo de los llamados AAD pangentotípicos, que han resultado seguros y con una eficacia reportada del alrededor del 95%, independientemente del genotipo viral.

En mayo del 2016, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó la Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Hepatitis Víricas 2016-2021, que propone su eliminación como amenaza de salud pública para el año 2030 (reducción de un 90% de la incidencia y reducción de un 65% de la mortalidad, en comparación con los valores correspondientes de 2015). Recientemente, en mayo de 2022, la Asamblea Mundial de la Salud presentó las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030, las cuales parten del documento anterior para el periodo 2016-2021 y, en donde se reporta que el VHC sigue representando una carga importante para la salud pública en todo el mundo. A partir de esta última asamblea se determinó que las estrategias tienen como objetivo principal poner fin al SIDA y a las epidemias de hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual para 2030, el cual va de la mano con los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Programa General de Trabajo de la OMS. (OMS,2022)



## La infección por VHC es un problema de salud pública mundial debido a su elevada morbilidad y mortalidad. La prevalencia varía en función de la edad, los antecedentes de exposición a los factores de riesgo y la procedencia geográfica.

En respuesta a este desafío, en el 2019 el Gobierno de México permitió el acceso universal al tratamiento, dando como resultado la creación del Programa Nacional de Eliminación de Hepatitis C, presentando el primer informe en julio de 2020. El objetivo principal de este programa es asegurar la respuesta nacional hacia la eliminación de la infección por VHC mediante acciones coordinadas de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento en todo el Sistema de Salud, sin ningún tipo de discriminación, con perspectiva de género, derechos humanos, y con un enfoque de salud pública centrado en personas y comunidades. (CENSIDA; Boletín. Programa Nacional de Eliminación de la Hepatitis C, 2020)

A partir del primer boletín en 2020, a la fecha se han publicado nueve informes sobre los avances del programa a nivel nacional. Sin embargo, no se han considerado cuales son las barreras con las que se han enfrentado médicos, pacientes y organizaciones no gubernamentales (ONG) respecto a la atención y acceso al tratamiento del VHC, así como lo que se podría mejorar. Por lo que, para abordar estas brechas de datos, se realizó una encuesta nacional sobre las oportunidades y barreras del diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C en México.

Parte de la estrategia de eliminación nacional consiste en realizar la detección oportuna a través de una prueba rápida, se identificó mediante diversas instituciones de salud pública que, a pesar de contar con un mayor número de pruebas en instituciones de tercer nivel, aún hace falta reforzar el número de pruebas en los hospitales de primer y segundo nivel, realizar campañas de tamizaje fuera de los hospitales (por ejemplo: en aeropuertos, centros comerciales, plazas cívicas, lugares donde existe un gran flujo de posibles pacientes con posibles factores de riesgo). Adicionado a esto, se encontró la parte de la capacitación a médicos, si bien, se identificó que por parte de los infectólogos y gastroenterólogos se ha recibido un gran apoyo, no ha sido así con médicos generales, enfermeras, internistas, principalmente en primer y segundo nivel de atención ya que en estos se ha detectado que desconocen que pueden pedir pruebas de carga viral y el tratamiento del VHC, además algunos desconocen que es una enfermedad que ya tiene cura, lo cual ha retrasado que pacientes lleguen a tercer nivel para recibir el tratamiento y seguimiento de la enfermedad, provocando que progresen a etapas de cirrosis o fibrosis. De igual manera, la falta de empatía a la hora de dar un diagnóstico positivo, lo cual ha provocado que algunos pacientes dejen de asistir por miedo a ser juzgados.

A pesar de que se reportó que instituciones de primer y segundo nivel pueden solicitar las sesiones de telementoría del Programa Nacional de Eliminación de Hepatitis C para poder evaluar diversos casos con un equipo multidisciplinario, esto no se ha realizado de manera continua o el médico tratante no acude a las sesiones por falta de tiempo, además de que estas sesiones ya no están disponibles para todas las instituciones de salud pública como en Mexicali o Monterrey.

También, es importante mencionar que este programa dio inicio durante la pandemia de COVID-19 misma que ha intensificado las disparidades y desigualdades que provocan que algunos

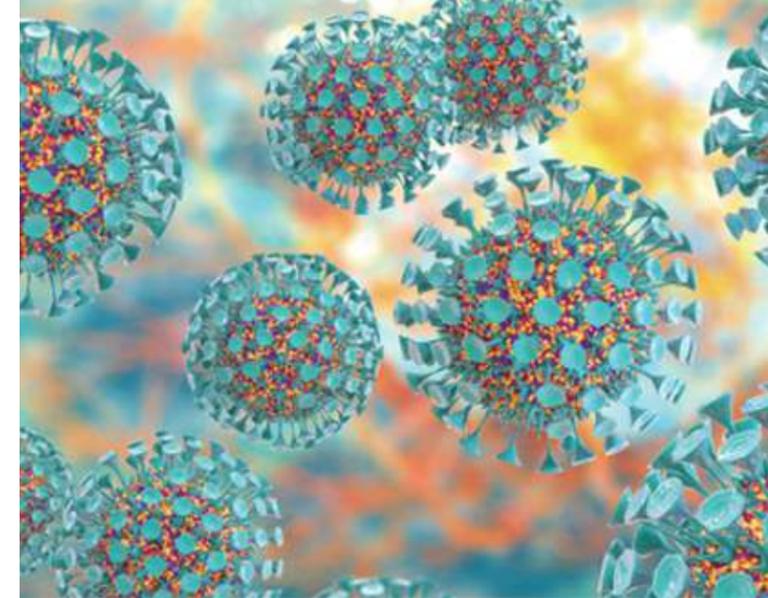
## Es importante destacar la principal fortaleza del programa, la cual ha sido brindar el acceso gratuito al tratamiento a toda la población con VHC, a pesar de que algunos pacientes no cuenten con seguridad social.

grupos de población sean más vulnerables a las enfermedades, cuyo acceso a los servicios se ve obstaculizado. Esto se ha demostrado así también para la hepatitis C, ya que parte de la perspectiva no solo de las instituciones de salud, sino también de pacientes y ONG se reportó que la pandemia ha detenido procesos de planeación del programa, poder lograr objetivos entre los líderes del programa, una disminución de las consultas en todos los niveles y, se han retrasado los diagnósticos. Además, por parte de las ONG no fue posible continuar apoyando a los pacientes diagnosticados con el acompañamiento a clínicas fuera de su localidad para recibir el tratamiento, lo cual también provocó que los pacientes dejaran de asistir a consultas, sobre todo en pacientes de bajos recursos, en quienes las principales amenazas detectadas han sido la distancia a los centros u hospitales y la cantidad de trámites necesarios para incorporar a un paciente que no está incorporado a algún seguro público de salud.

Es importante destacar la principal fortaleza del programa, la cual ha sido brindar el acceso gratuito al tratamiento a toda la población con VHC, a pesar de que algunos pacientes no cuentan con seguridad social, lo que permitió terminar con la lista de espera de los pacientes que estaban pendientes de recibir tratamiento y con el cual, la mayoría han presentado una respuesta clínica excelente. Sin embargo, no podemos olvidar a aquellos pacientes que no se han curado con estos tratamientos, si bien, se han reportado porcentajes bajos (<5%), se continua en espera de que estos tratamientos de rescate se encuentren disponibles en el país.

Por otra parte, se reconoce la gran labor realizado por los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) a nivel nacional al proveer el acceso al tratamiento y las campañas realizadas. No obstante, es importante considerar ubicar mayores centros de atención, por ejemplo, en Tijuana, Tecate, San Luis Potosí, Puebla, Veracruz, debido a que la mayoría de esta población no cuenta con los recursos necesarios para desplazarse a los servicios de salud que en su mayoría se encuentran a más de una hora de distancia.

Finalmente, consideramos que ha sido un gran avance a nivel nacional contar con el Programa Nacional de Eliminación de Hepatitis C, pero aún falta realizar mayores estrategias por parte del sector público de salud para poder impulsar la eliminación del VHC al 2030, objetivo que consideramos será imposible de cumplir debido a los retrasos presentados durante la pandemia de COVID-19 y, a la estrategia actual que ha sido enfocarse únicamente en la detección y tratamiento de pacientes positivos. Por lo que, consideramos importante realizar una mayor cola-



boración con bancos de sangre y programas de intercambio de jeringas para aumentar la detección de pacientes, así como una mayor difusión de la enfermedad (mediante talleres, en radio, redes sociales, hospitales, campañas de detección a lo largo de cada año y no solo durante el día mundial de la hepatitis C, pláticas en escuelas, espectaculares) en hospitales de primer y segundo nivel, así como una mayor capacitación de médicos en estas instituciones sobre que pruebas se tienen, cuales pueden realizar, que tratamiento pueden ofrecer, con que especialistas dirigirse, de igual forma brindar mayores pruebas rápidas en estos niveles y CAPASITS, considerando un trabajo en conjunto con las ONG y la comunidad afectada, ya que podrían ayudar a las instituciones nacionales de salud y otras partes interesadas a promover la participación e identificación de nuevos pacientes (coinfectados, en uso de drogas, individuos privados de su libertad, embarazadas), que a menudo se ven aisladas de los servicios, particularmente por el miedo a usar los servicios por el estigma social y falta de información respecto a la enfermedad. También, considerar la posibilidad de realizar protocolos de atención médica con especialistas tomando en cuenta consultas, pruebas de diagnóstico y estudios de laboratorio. Además, de educar al paciente sobre que pasa una vez obtenida la respuesta viral sostenida después de 12 semanas de haber finalizado el tratamiento y pláticas sobre la reinfección.

### REFERENCIAS:

1. **IMSS. (2010).** Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento de Hepatitis C. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
1. **OMS. (2022).** Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
1. **Hepatitis C Virus Infection Consensus Statement Working Group. (2020).** Australian recommendations for the management of hepatitis C virus infection: a consensus statement (June 2020). Hepatitis C Virus Infection Consensus Statement Working Group. Melbourne: Gastroenterological Society of Australia
1. **CENSIDA. (2020).** Boletín. Programa Nacional de Eliminación de la Hepatitis C. CDMX: Gobierno de México.



## Diagnóstico y seguimiento nutricional en mujeres con cáncer de mama en un Hospital de Alta Especialidad

ERIKA MARTÍNEZ-CORDERO<sup>1</sup>, MARÍA DEL PILAR FERNÁNDEZ-CARRASCO<sup>2</sup>, CARLOS ALBERTO ESPARZA-MARTÍNEZ<sup>2</sup>, EVELIA APOLINAR-JIMÉNEZ<sup>1</sup>, LUZ ELVIA VERA-BECERRA<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO, UNIDAD DE METABOLISMO Y NUTRICIÓN, DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN.

<sup>2</sup> UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO, DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y NUTRICIÓN. CAMPUS LEÓN

### INTRODUCCIÓN

Mundialmente el cáncer es un problema de salud pública, causando aproximadamente 10 millones de defunciones y 19 millones de nuevos casos, correspondiendo al cáncer de mama (CM) 6.9% de defunciones y 11.7% de incidencia. En México la principal causa de cáncer en las mujeres corresponde al CM, representando el 28.2% de los padecimientos oncológicos (Sung et al 2020, WHO 2020).

Se estima que hasta 80% de los pacientes oncológicos hospitalizados pueden presentar desnutrición y el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos de América y la Sociedad Americana de Cáncer refieren que una de cada tres muertes está asociada al estado nutricional (Lis et al 2012, Da Silva et al 2015). Se ha reportado que la pérdida de peso en pacientes con CM ocurre en semanas, colocándolos en riesgo de caquexia tumoral, considerada la máxima expresión de desnutrición del paciente oncológico (García-Luna et al 2012). Esta desnutrición tiene un perfil característico por la combinación de menor ingesta alimentaria y trastornos metabólicos derivados del huésped o tumor (Arends et al 2017, Pérez-Flores et al 2016, Castillo-Martínez et al 2018), adicionalmente el Instituto Nacional del Cáncer (2019) señala que la anorexia se presenta entre el 15-25% al diagnóstico y 26% durante el tratamiento, incrementando efectos adversos y complicaciones (Pérez-Flores et al 2016, Castillo-Martínez et al 2018).

Lis et al (2012) reportan que independientemente del tipo de cáncer, la pérdida de peso es una herramienta para evaluar estado nutricional y factor pronóstico de Calidad de Vida (CV); la pérdida del 5% puede alterar parámetros fisiológicos como respuesta inmune, función pulmonar y cardíaca y autorregulación autónoma; más del 10% disminuye la respuesta al tratamiento e impacta en CV; y mayor o igual al 20% se correlaciona con interrupción del tratamiento, infecciones, reingreso hospitalario y menor supervivencia (Castillo-Martínez et al 2018).

El diagnóstico nutricional oportuno permite identificar pacientes que requieren soporte nutricional, mejorar la ingesta alimentaria, mitigar los trastornos metabólicos y preservar la masa muscular y el rendimiento físico, por ello la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), la Academia de Nutrición y Dietética y la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral, han propuesto herramientas como la Evaluación Global Subjetiva Generada por el Paciente, derivada de la Evaluación Global Subjetiva y adaptada para pacientes oncológicos; la Evaluación del Riesgo Nutricional (NRS) y la Herramienta para Detección de Desnutrición (Arends et al 2017, Lis et al 2012, Castillo-Martínez et al 2018).

En México el diagnóstico y seguimiento nutricional de pacientes con CM no es una práctica habitual ni existen guías o programas que dirijan estas acciones, existiendo pocas publicaciones al respecto. La Guía de Práctica Clínica "Pronóstico y tratamiento del CM en el segundo y tercer nivel de atención" (Secretaría de Salud 2009), no consideran la intervención del nutriólogo ni acciones preventivas o tratamiento de la desnutrición.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico y retrospectivo para analizar indicadores relacionados al estado nutricional con base en información del expediente clínico de pacientes con CM de un Hospital de Alta Especialidad diagnosticadas desde enero 2014 hasta diciem-

bre 2018. Se consideró como criterio de inclusión expedientes con al menos una nota médica. Se examinaron indicadores antropométricos (peso, talla y pliegues cutáneos) y bioquímicos (albúmina, leucocitos, y linfocitos), interconsultas solicitadas al servicio de nutrición y diagnóstico nutricional (NRS).

Se realizó análisis estadístico descriptivo para datos generales (media, desviación estándar) e inferencial (T student y  $\chi^2$ ) para comparar resultados entre grupos, y correlación de Spearman para identificar variables asociadas a pérdida de peso. Los datos fueron procesados con SPSS 23.0.

El protocolo fue aprobado por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación del hospital donde se realizó el estudio.

### RESULTADOS:

Se incluyeron 717 expedientes observando que casi la totalidad reporta indicadores antropométricos de peso y talla, sin embargo, existe bajo registro de los pliegues cutáneos, por lo que el análisis realizado se enfoca a modificaciones del peso y al IMC (Tabla I).

En la tabla II se observan registros de peso incluyendo datos respecto al mantenimiento, pérdida o ganancia del mismo. En la tabla III se clasificó el IMC según criterios de la OMS. Se realizó análisis para diagnóstico de desnutrición con base en los registros de indicadores bioquímicos (Tabla IV).

En la tabla V se aprecia un análisis de asociación entre la modificación del peso en porcentaje y la atención nutricional. La modificación del peso se clasificó en cuatro grupos, observando diferencias significativas en ambas variables.

Tabla I. Registro de variables de abordaje nutricional de pacientes con CM (N=717)

	X(DE)
Edad	53.5 (12.8)
	N(%)
NRS	120 (16.5)
Interconsulta a nutrición	82 (11.4)
Peso	716 (99.9)
Talla	717 (100)
Pliegues cutáneos	27 (3.8)
Diagnóstico nutricional	53 (7.4)
Seguimiento de consulta nutricional	26 (3.6)

Tabla II. Registro de peso de pacientes con CM (N=717)

	X (MÍNIMO, MÁXIMO)
Primer registro de peso	69.02(37.5, 123.0)
Último registro de peso	68.41(31.5, 125.5)
Diferencia de peso	-0.61(-32.4, 21.6)
	N(%)
Pérdida de peso	377(52.6)
Mantenimiento de peso	8(1.1)
Ganancia de peso	332(46.3)

**Tabla III. Clasificación del IMC considerando el primero y último registro de peso de pacientes con CM (N=717)**

	PRIMER IMC N(%)	ÚLTIMO IMC N(%)	Valor de P
Peso bajo	5(0.7)	16(2.2)	0.000
Peso sano	158(22.0)	158(22.0)	0.000
Sobrepeso	266(37.1)	273(38.1)	0.000
Obesidad	288(40.2)	270(37.7)	0.000

Chi cuadrado de Pearson

**Tabla IV. Análisis de indicadores bioquímicos de pacientes con CM**

Indicador	CM N(%)
Albúmina	N=611
• Sin desnutrición	543(88.9)
• Desnutrición leve	60(9.8)
• Desnutrición moderada	6(1.0)
• Desnutrición grave	2(0.3)
Linfocitos	N=716
• Sin desnutrición	605(84.5)
• Desnutrición leve	67(9.4)
• Desnutrición moderada	28(3.9)
• Desnutrición grave	16(2.2)

\*El VCM hace referencia exclusivamente a la población con anemia

Chi cuadrado de Pearson

**Tabla V. Asociación de la pérdida de peso con atención nutricional (N=717)**

		Pérdida ≥ 10%	Pérdida <10%	Sin cambio o ganancia <10%	Ganancia ≥10%	Total	Valor de P
Interconsulta a nutrición N(%)	SI	24(3.3)	29(4.0)	22(3.1)	7(1.0)	62(11.4)	0.000
	NO	47(6.5)	277(38.7)	251(35.0)	60(8.4)	635(88.6)	
Seguimiento de nutrición N(%)	SI	8(1.1)	9(1.2)	7(1.0)	2(0.3)	26(3.6)	0.004
	NO	83(8.8)	297(41.4)	266(37.1)	65(9.0)	691(96.4)	

Chi cuadrado de Pearson

## DISCUSIÓN:

El instrumento NRS es altamente sensible y específico para el diagnóstico nutricional al ingreso hospitalario (Lis et al 2012), por ello es empleado en el Hospital de Alta Especialidad como herramienta de tamizaje nutricional. En los expedientes analizados, el NRS fue registrado en 16.5%, no contar con tamizaje nutricional se relaciona negativamente con resultados clínicos y CV, incrementando costos de hospitalización por complicaciones, estadias hospitalarias, reingresos y riesgo de muerte (Arends et al 2017, Da Silva et al 2015).

De las variables analizadas, el peso y la talla fueron las únicas registradas en casi el total de expedientes. Al observar los resultados de pacientes que disminuyeron, mantuvieron o ganaron peso, se encontró que más del 50% perdió peso, lo que reitera la importancia del diagnóstico nutricional inicial, al menos considerando IMC. La prevalencia inicial de peso bajo fue pequeña

(0.7%), destacando que ésta prácticamente se triplicó en la última medición (2.2%).

Las diferencias del IMC inicial y final fueron estadísticamente significativas, sobresaliendo la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad inicial (77.3%). Reportes asocian el exceso de peso al desarrollo de CM, colorrectal, endometrio, próstata, renal, esófago, páncreas y algunos hematológicos (Villaverde 2016).

La anorexia y la caquexia tumoral son causas principales de desnutrición relacionadas con cáncer. En este estudio más del 50% de pacientes disminuyeron peso, observando pérdida mayor del 10% en 9.8%, lo que disminuye la respuesta a la quimioterapia e impacta CV (Pérez-Flores et al 2016).

Los indicadores bioquímicos permiten analizar el impacto del tratamiento en el estado general del paciente oncológico. Este estudio encontró desnutrición respecto de la albúmina en 11.1%. La disminución de linfocitos está asociada a pérdida de peso y desnutrición proteínica visceral (Valenzuela-Landaeta et al, 2012), respecto a este indicador se observó desnutrición en 15.5% de las participantes.

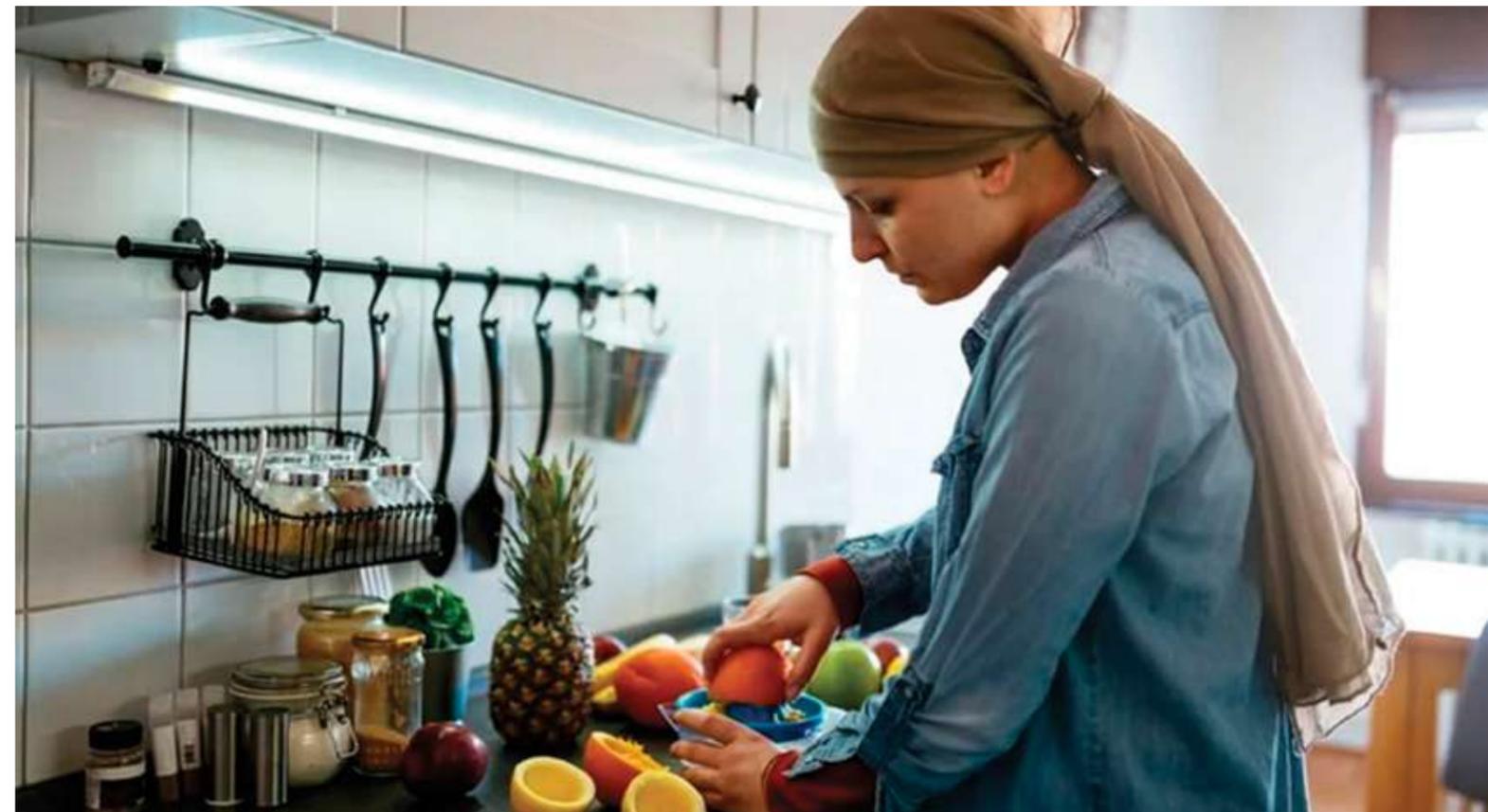
La frecuencia de interconsulta y seguimiento fueron bajos, 11.4% y 3.6% respectivamente. Existen diferencias significativas entre pacientes que recibieron atención nutricional y la pérdida de peso en porcentaje, sin encontrar un criterio que establezca cuáles pacientes fueron derivados a interconsulta. Existen escasos reportes de deficiencias bioquímicas en pacientes oncológicos con exceso de peso, este estudio mostró que dichos pacientes presentaron 10.6% de desnutrición con base en albúmina. Es importante considerar la alta prevalencia de exceso de peso como una forma de mala nutrición que comúnmente se pasa por alto en entornos clínicos, ya que también está asociada a complicaciones.

Son necesarias futuras investigaciones en pacientes con CM para establecer la eficacia del IMC inicial como predictor de riesgo nutricional, así como, definir directrices de abordaje nutricional en pacientes con exceso de peso, ya que los esfuerzos principalmente se han enfocado en personas con bajo peso.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico nutricional es fundamental en el tratamiento de pacientes con CM, los resultados del presente estudio muestran que el tamizaje nutricional, la interconsulta y el seguimiento nutricional son insuficientes. La evidencia respalda la importancia de implementar el tamizaje nutricional como punto de partida para la óptima atención, asegurando la toma de decisiones asertivas.

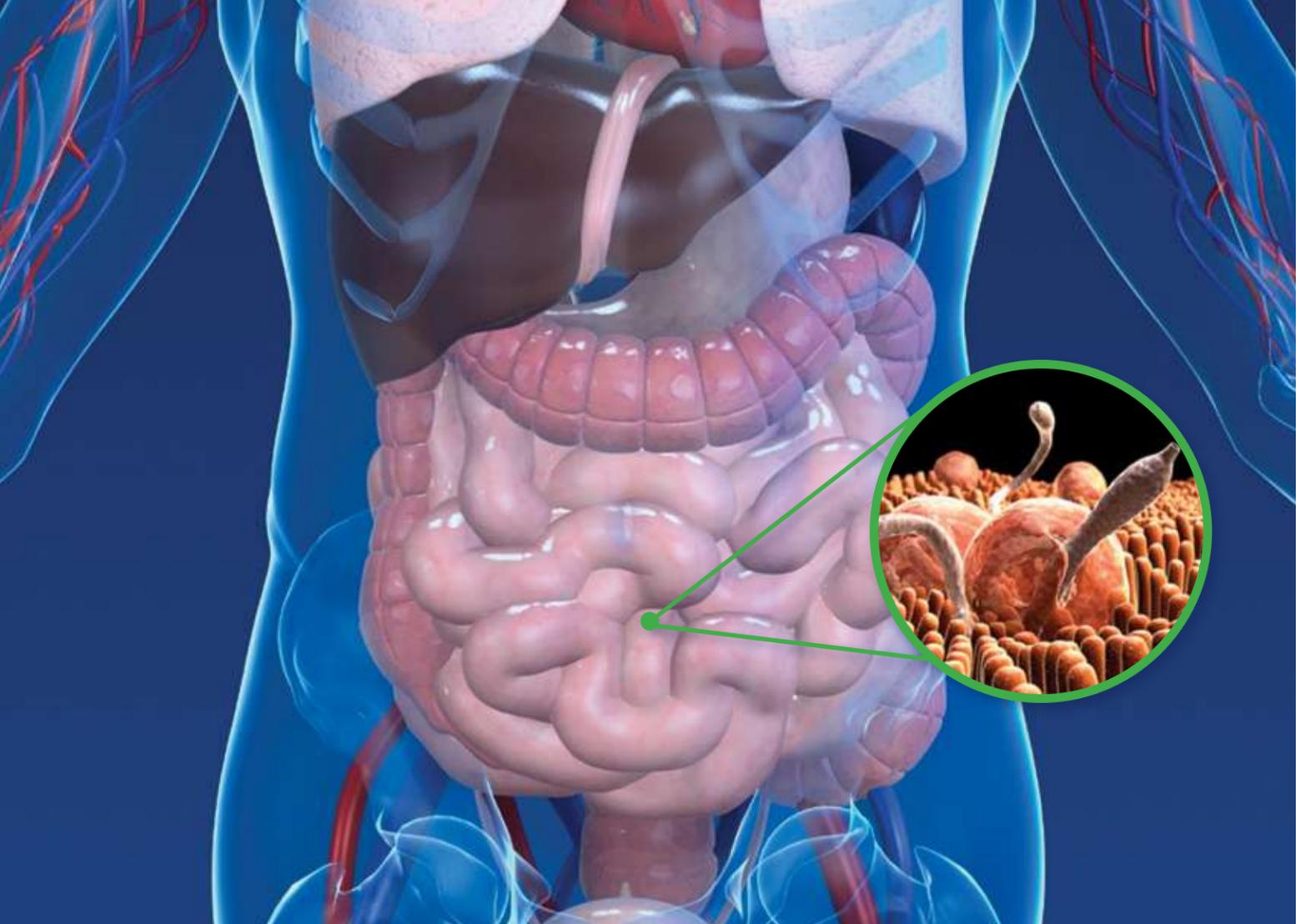
Este diagnóstico mostró que pocos pacientes reciben al menos una consulta y no todos presentan registro de indicadores ni estrategias nutricionales aplicadas; aún en los expedientes que cuentan con la información, ésta no fue analizada para evaluar y predecir riesgo nutricional. Adicionalmente los hallazgos señalan al IMC inicial como predictor de pérdida de peso y un alto porcentaje de pacientes con diversas alteraciones en su estado nutricional. Las pacientes con CM que frecuentemente presentan exceso de peso y por ello son consideradas con menor riesgo de desnutrición, triplicaron la prevalencia de peso bajo en el último registro. Lo antes expuesto resalta la necesidad de protocolos que establezcan estrategias de atención pertinentes, que optimicen los costos de atención e impacten positivamente en la CV y supervivencia de pacientes con CM.



**Se estima que hasta 80% de los pacientes oncológicos hospitalizados pueden presentar desnutrición y el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos de America y la Sociedad Americana de Cáncer refieren que una de cada tres muertes está asociada al estado nutricional (Lis et al 2012, Da Silva et al 2015).**

## BIBLIOGRAFÍA

- Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. (2017) ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr 36(1):11-48.
- Castillo-Martinez L, Castro-Eguiluz D, Copca-Mendoza ET, Perez-Camargo DA, Reyes-Torres CA, Avila EAD, et al. (2018) Nutritional assessment tools for the identification of malnutrition and nutritional risk associated with cancer treatment. Rev Investig Clin.70(3):121-5.
- da Silva Fink, J., Daniel de Mello, P., & Daniel de Mello, E. (2015). Subjective global assessment of nutritional status - A systematic review of the literature. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland), 34(5), 785-792.
- García-Luna PP, Parejo J, Aliaga A, Pachón J, Serrano P & Peireira JL. (2012) Nutrición y cáncer. Nutr Hosp 5(1):17-31
- Instituto Nacional del Cáncer. 2019. La nutrición en el tratamiento del cáncer (PDQ®)-Versión para profesionales de salud. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/perdida-apetito/nutricion-pro-pdq>
- Lis CG, Gupta D, Lammersfeld CA, Markman M & Vashi PG. (2012) Role of nutritional status in predicting quality of life outcomes in cancer - A systematic review of the epidemiological literature. Nutr J. 11(1).
- Pérez-Flores JE, Chávez-Tostado M, Larios-del-Toro YE, García-Rentería J, Rendón-Félix J, Salazar-Parra M, et al. (2016) Evaluación del estado nutricional al ingreso hospitalario y su asociación con la morbilidad y mortalidad en pacientes mexicanos. Nutr Hosp. 33(4):872-8.
- Secretaría de Salud (2009) Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en Segundo y Tercer nivel de atención. México;
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. (2021) Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 71(3):209-49.
- Valenzuela-Landaeta K, Rojas P, Basfi-fer K. Evaluación nutricional del paciente con cáncer. Nutr Hosp. 2012;27(2):516-23.
- Villaverde RM (2016) El paciente oncológico del siglo XXI. Maridaje terapéutico Nutrición-Oncología. Nutr Hosp. 33:3-10.
- WHO, International Agency for Research on Cancer.(2020) Mexico Source: Globocan Vol. 929,. Recuperado de: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>



## PARASITOSIS INTESTINAL ASOCIADA A FACTORES INSALUBRES EN NIÑOS DE COLONIAS VULNERABLES EN TAMAULIPAS

RICARDO MANUEL RIVERA CORTINA<sup>1</sup>, KATIA VIANNEY GARCÍA RODRÍGUEZ<sup>2</sup>, JOVAN FRANCISCO HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ<sup>3</sup>, CARLOS ADOLFO VELA BADILLO<sup>4</sup>, DANIELA VENTURA PAULIN<sup>5</sup>

1. ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA, MIEMBRO DE LA SOCIEDAD TAMAULIPECA DE SALUD PÚBLICA, JEFE DE ENSEÑANZA HOSPITAL MAC TAMPICO, TAMAULIPAS
2. MÉDICO PASANTE DE SERVICIO SOCIAL HOSPITAL MAC TAMPICO, TAMAULIPAS
3. MÉDICO PASANTE EN SERVICIO SOCIAL EN LA SECRETARÍA DE SALUD JURISDICCIÓN NO. II TAMPICO, TAMAULIPAS.
4. MÉDICO PASANTE DE SERVICIO SOCIAL EN PROGRAMA IEST MODALIDAD ROTATORIA TAMPICO, TAMAULIPAS
5. MÉDICO INTERNO DE PREGRADO EN EL HOSPITAL ÁNGELES TAMPICO, TAMAULIPAS

### INTRODUCCIÓN

La parasitosis es una de las causas principales de enfermedades gastrointestinales a nivel mundial, sobre todo en la población pediátrica de escasos recursos (Organización Mundial de la Salud, 2020). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), alrededor de 13 millones de niños en edad preescolar de 1 a 4 años y 33.33 millones de niños de entre 5 y 14 años la padecen. La frecuencia de parasitosis intestinales ha sido reportada como un problema en comunidades de escasos recursos con factores insalubres que impactan la calidad de vida de la población (OPS, 2021).

De los factores predisponentes para el desarrollo de enfermedades pediátricas parasitarias se encuentran los que tienen relación con las medidas dietéticas higiénicas como, por ejemplo: el consumo de agua y alimentos contaminados, la convivencia prolongada con otros niños, el contacto con mascotas no desparasitadas e inclusive la falta de calzado como estilo de vida (Zárate A, Ríos L, Et Al;2016). Según la OPS, aproximadamente 1.500 millones de personas están infectadas por helmintos, considerándose la infección por parasitosis más frecuente del mundo entre los cuales uno de los principales agentes causales es la *Ascaris lumbricoides* (OPS, 2021).

Desde hace años se ha notado un incremento de enfermedades con afectación al tracto digestivo siendo la principal causa en consultas de primer contacto (Hernández, C. Et Al, 2011). Estas enfermedades afectan a poblaciones vulnerables que habita en condiciones de pobreza, expuestos a parásitos del género protozoo (como las ocasionadas por ameba y giardia) y geo-helmintos los cuales se adquieren por contacto con el suelo (ascariasis, estrongiloidiasis) (Cardona J. et. al 2013), en especial en pacientes pediátricos.

Por lo tanto, el agua contaminada, viviendas con piso de tierra, la convivencia con animales callejeros, el uso de letrinas, entre otros, son un ambiente biológico con el cual los pobladores realizan sus actividades cotidianas, favoreciendo una colonización de parásitos y, por consiguiente, causando enfermedades a la población.

En este estudio se busca determinar la prevalencia de parasitosis intestinal e identificar factores insalubres asociados en la población pediátrica de colonias vulnerables en el Sur de Tamaulipas.

### METODOLOGÍA DISEÑO Y POBLACIÓN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal durante el mes de septiembre de 2019 en las colonias *Huatulquito* y *Acapulquito* del Sur de Altamira Tamaulipas, México que previamente fueron identificadas por el Proyecto Alianza 2021 como vulnerables (Proyecto Alianza, 2006).

Mediante muestreo no probabilístico por conveniencia se estudiaron pacientes con los siguientes criterios de inclusión: niños de entre 1 y 10 años, que fueran residentes de las colonias *Huatulquito* y *Acapulquito* del Sur de Altamira Tamaulipas, México, y cuyos padres o tutores permitieran a sus hijos participar en el estudio y que estuvieran dispuestos a firmar el consentimiento informado.

Para identificar la presencia de parásitos intestinales se realizó un examen coproparasitoscópico. Previamente se les dio a los

padres de los participantes del estudio una explicación detallada de cómo recolectar y conservar en el refrigerador doméstico las muestras. También se entregó un kit para la recolección de la muestra fecal. El kit consistió en: un recipiente estéril con Formalina registrado con un folio para la muestra, un par de guantes de látex estériles, un abatelenguas, una bolsa con sello y un instructivo. El examen coproparasitoscópico fue realizado por una química farmacobióloga en los laboratorios de la universidad utilizando un Microscopio Binocular Velab VE-B2.

Para identificar los factores insalubres se realizó una encuesta y se utilizó un cuestionario estructurado con preguntas cerradas sobre tipo y características de baño, drenaje, convivencia con animales, acceso a agua potable, tipo de suelo y algunos hábitos higiénicos: lavado de manos, desinfección de alimentos y desparasitación. La recopilación de la información la llevaron a cabo los investigadores, preguntando directamente a los padres de los niños.

A la comunidad los investigadores asistieron en 8 ocasiones. Las 2 primeras se identificaron las manzanas, las siguientes 2 se aplicó la encuesta y se firmó el consentimiento informado para posteriormente entregarles el kit donde se recolectaría la muestra fecal.

De una población total de 54 niños que cumplían con el criterio de inclusión de edad comprendida entre 1 y 10 años, 37 padres o tutores aceptaron que sus hijos formaran parte de la investigación. Sin embargo, 17 fueron eliminados debido a que no entregaron la muestra de heces en tiempo y forma. Se obtuvo así una muestra final de 20 niños.

Las muestras de heces recolectadas fueron almacenadas en hieleras desechables con gel refrigerante al momento de la recolección y transportadas a la institución, previo a su análisis. Los datos obtenidos fueron capturados en el programa SPSS Statistics 19.0. versión 2019 para su análisis descriptivo y presentados mediante tablas de frecuencias y porcentajes.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación de la Licenciatura de Médico Cirujano del IEST.

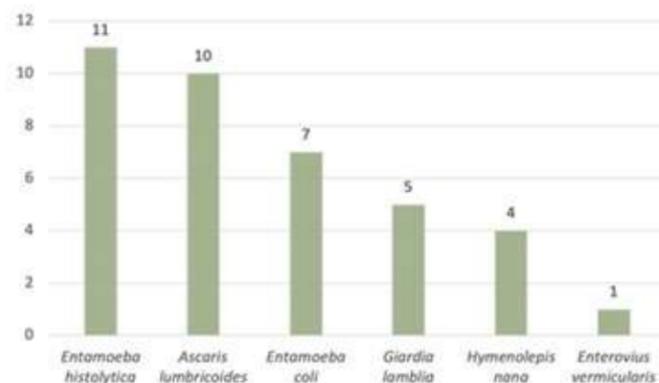
### RESULTADOS

Del total de 20 pacientes con rango de edad de 1 a 10 años, 12 fueron niños y 8 niñas. La moda se presentó en el grupo de 1 año, con una frecuencia del 30% (n=4) y una media de 4.95 años.

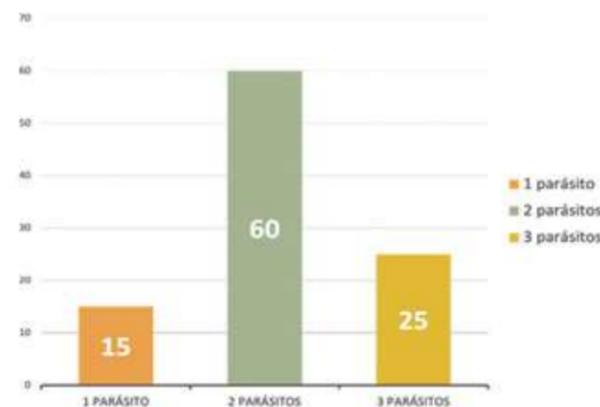
La prevalencia de parasitosis fue del 100%. La *Entamoeba histolytica* fue el parásito predominante presente en 55% (11 niños) que se ve representada en la Figura 1. Dentro de la evaluación coprológica se encontraron 3 pacientes (15%) con un solo parásito (*Entamoeba histolytica*) mientras que el resto (17 pacientes, 85%) tenían entre 2 a 3 parásitos (Figura 2). La *Entamoeba histolytica* con *Ascaris lumbricoides* fue la combinación de parásitos más frecuentes dentro de la población con hasta 6 pacientes infectados.

Con respecto a los hábitos higiénicos y de desparasitación, el 95% de los niños se lava las manos antes de comer. La descripción detallada del lavado de manos y su relación con las excretas y los alimentos se muestra en la Tabla 1. El 55% de los niños (n=11) se lavan las manos después de ir al baño y antes de después de comer; el 5% (n=1) no realiza un lavado de manos

**Figura 1. Gráfica comparativa entre la cantidad de incidencia de parásitos encontrados en el análisis coproparasitológico.**



**Figura 2. Gráfica comparativa entre la frecuencia con respecto a la cantidad de parásitos presentes en los pacientes estudiados.**



en ningún momento. De este mismo grupo de niños que se lavan las manos, 85% de ellos (n=17) utiliza agua y jabón, mientras que el 15% restante (n=3) refiere lavarse las manos solo con agua. El 90% de los padres (n=18) desinfecta los alimentos. Y, el 50% de los niños estudiados (n=10) fue desparasitado en el último año.

El 95% de las viviendas tienen paredes de Block y pisos de cemento; en el 100% se cuenta con servicios de luz y agua potable y en el 75% se tiene acceso a drenaje. El 90% de los niños residen en una casa/habitación con más de 4 habitantes, y el 95% tiene una convivencia con animales. Las características de las viviendas y el acceso a servicios públicos y de salud, se muestran en la Tabla 2.

## DISCUSIÓN

Durante la infancia es común que los niños sean susceptibles a las parasitosis debido a su exposición al ambiente que lo rodea, sin embargo, las poblaciones que conviven con factores insalubres como la falta de drenaje y agua potable tienen mayor riesgo de padecer esta patología. Los hábitos higiénicos forman parte fundamental en el mecanismo del ciclo de vida de diversos parásitos haciendo vulnerable al sujeto para contraer la en-

**Tabla 1. Características del lavado de manos.**

Momento del lavado de manos	Frecuencia
Antes y después ir al baño y Antes y después de comer	3
Después de ir al baño y antes de comer	3
Después ir al baño y Antes y después de comer	11
Antes y después de comer	2
No se lava	1
<b>Total</b>	<b>20</b>
<b>Con respecto al lavado de manos con jabón</b>	
	Frecuencia
Si	17
No, solamente agua	3

**Tabla 2. Características de la vivienda y acceso a servicios públicos y de salud.**

	n	%
<b>MATERIAL DEL TECHO</b>		
Block	11	55
Lámina	9	45
<b>MATERIAL DE LAS PAREDES</b>		
Block	19	95
Madera	1	5
<b>MATERIAL DEL PISO</b>		
Concreto	19	95
Tierra	1	5
<b>CONVIVENCIA CON ANIMALES</b>		
Si	19	95
No	1	5
<b>HABITANTES POR CASA</b>		
3	2	10
≥4	18	90
<b>DISPOSICIÓN DEL BAÑO</b>		
Dentro	17	85
Fuera	3	15
<b>TIPO DE BAÑO</b>		
Drenaje	15	75
Fosa séptica	5	25
<b>ACCESO AL AGUA POTABLE</b>		
Si	20	100
No	0	0
<b>ACCESO PARA AGUA DE CONSUMO</b>		
Si	20	100
No	0	0
<b>SERVICIO DE LUZ ELECTRICA</b>		
Si	20	100
No	0	0
<b>SERVICIO MÉDICO</b>		
IMSS	20	100

fermedad intestinal y propiciando la transmisión a los miembros de la familia con quienes vive.

Este estudio mostró una alta prevalencia de infecciones por protozoarios. El 100% de los pacientes estudiados evidenciaron la presencia de parásitos. Aunque en 2020 Tamaulipas ocupó el cuarto lugar en el ranking de entidades federativas con más casos de enfermedades infecciosas intestinales con 72.205 casos acumulados (Boletín Epidemiológico, SINAVE, 2021), los resultados del presente trabajo sobrepasan los publicados por otros autores que han estudiado este problema poblaciones de los estados más pobres del país. Panti-May y colaboradores (2019) reportan una prevalencia del 65.1% en comunidades indígenas del estado de Yucatán. La diferencia podría ser explicada debido a que se estudió una muestra pequeña no aleatoria (Cruz C, et al, 2018).

## La parasitosis es una de las causas principales de enfermedades gastrointestinales a nivel mundial, sobre todo en la población pediátrica de escasos recursos.



El parásito que con mayor frecuencia se presentó en este estudio fue la *Entamoeba histolytica*, coincidiendo con los publicados para mayo del 2021 por el Boletín Epidemiológico que presentan como los agentes etiológicos más frecuentes de las enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo en nuestro país, a la *Entamoeba histolytica* y en segundo lugar la *Ascaris lumbricoides*. Sin embargo, difieren a los reportes internacionales, ya que el agente causal parasitario más común según la OPS (2021) es *Ascaris lumbricoides*.

La mayoría de los pacientes (85%) presentaron más de un parásito. La poliparasitosis ha sido reportada en poblaciones socialmente vulnerables en México. Panti-May (2019) en su trabajo referido anteriormente realizado en Yucatán, encontró poliparasitosis en el 23.8% de una de sus comunidades y en el 51.2% de la otra. Sin embargo, el estudio de Cruz y colaboradores (2018) lo más frecuente fue la monoparasitosis. En otros países Latinoamericanos también se evidenció la presencia de infestación poliparasitaria en personas que viven en condiciones de vulnerabilidad. Gotera y colaboradores (2019), reportaron 46% de en una comunidad venezolana presentaba monoparasitosis y el 35% presentó infestación poliparasitaria.

La combinación de parásitos más observada en este estudio fue de *Entamoeba histolytica* con *Ascaris lumbricoides*, que como se mencionó anteriormente son los más frecuentes en la población Tamaulipeca.

Con respecto a los hábitos higiénicos, el lavado de manos se presentó hasta en un 95% de la población estudiada, y en el 90% los padres de los niños desinfectaban los alimentos adecuadamente. Sin embargo, no demostraron ser eficientes para detener la colonización.

La transmisión de la mayoría de las enfermedades parasitarias está relacionada con malas condiciones sanitarias que propician el mecanismo fecal-oral. Sin embargo, otro de los factores que favorecen la prevalencia de los parásitos es el hacinamiento ya que es uno de los pilares que evidencia una baja infraestructura sanitaria (Cardona J, et al, 2013). En este estudio se muestra que el 90% de los niños viven en condiciones de hacinamiento donde habitan 4 o más personas en un mismo hogar. Estos resultados dan a conocer que la elevada prevalencia de la parasitosis se debe en gran medida al hacinamiento a pesar de una buena conducta higiénica como el lavado de manos, la desparasitación y la desinfección de alimentos en la mayoría de los pacientes. La mayoría de los hogares se convive con mascotas, las cuales, representan factores de riesgo relevantes para la fácil transmisión y colonización de los parásitos entre la familia.

La limitación presentada en este estudio fue la obtención de una muestra pequeña de niños en población con características muy específicas como las condiciones de vulnerabilidad social; también se obtuvo mínima cooperación de los padres con respecto a la participación y entrega de muestras en tiempo y forma para su estudio conllevando a una reducción de cantidad de pacientes.

Debido a que no se han publicado previamente estudios o datos de gran representatividad en este campo de investigación sobre esta zona geográfica en particular, la investigación puede abrir paso a más investigaciones futuras para monitorear los cambios que ocurren en la flora parasitaria y en la población con respecto a las diversas situaciones en su ambiente, así como investigar la presencia de síntomas asociados a la presencia de parásitos.



La combinación de parásitos más observada en este estudio fue de *Entamoeba histolytica* con *Ascaris lumbricoides*, que como se mencionó anteriormente son los más frecuentes en la población Tamaulipeca.



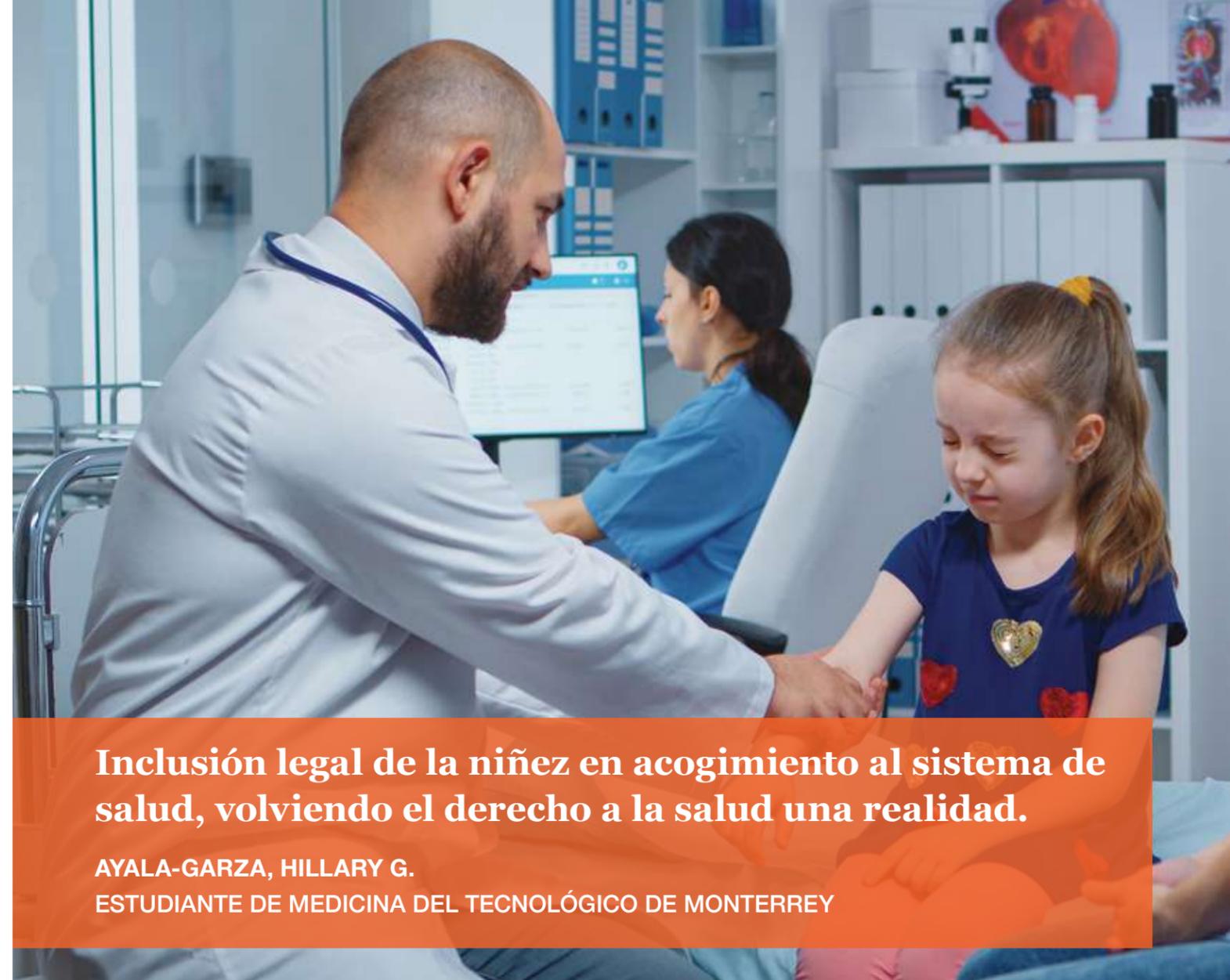
## REFERENCIAS

1. OMS. Soil-transmitted helminth infections [página Web]. Who.int; 02 de Marzo de 2020 [02 de Marzo de 2020; 15 de Junio de 2021] Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections>
2. PAHO. Geohelmintiasis en las Américas. Geohelmintiasis [página Web]. Paho.org; [3 de Mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/geohelmintiasis>
3. Zárate A, Ríos L, Villalobos P, et al. Las parasitosis intestinales asociadas a la pobreza afectan la calidad de vida y aprendizaje en niños de edad escolar. 21° Encuentro Nacional sobre Desarrollo Regional en México; 15 al 18 de noviembre de 2016; Mérida, Yucatán. AMECIDER – ITM. Disponible en: <http://ru.iiec.unam.mx/3384/1/238-Zarate-Rios-Villalobos.pdf> 2019
4. Hernández C, Aguilera A, Castro E, et al. Situación de las enfermedades gastrointestinales en México. Enf Infec Microbiol [revista de Internet]. 2011 [Consultado 3 de marzo de 2019]; 31 (4): 137 - 151. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=31615>
5. Cardona J, Bedoya K, et al. Frecuencia de parásitos intestinales y evaluación de métodos para su diagnóstico en una comunidad marginal de Medellín, Colombia. IATREIA [Internet]. 2013 [Consultada 3 de marzo de 2019]; 26 (3): 257 - 268. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=show-Detail&id\\_revista=138&id\\_seccion=2270&id\\_ejemplar=9381&id\\_articulo=96020](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=show-Detail&id_revista=138&id_seccion=2270&id_ejemplar=9381&id_articulo=96020)
6. Instituto de Estudios Superiores de Tamaulipas. Proyecto Alianza 2021 [página Web]. Altamira, Tamaulipas: Instituto de Estudios Superiores de Tamaulipas; 2020 [2020; 4 de Mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.proyectoalianza.mx/>
7. Gobierno de México. Boletín Epidemiológico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único Información - Semana 20 [Base de datos en Internet]. México: Gobierno de México. 17 de Mayo de 2021 [6 de Julio de 2021; 6 de Julio de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/642627/sem20.pdf>
8. Pantí J, Zonta M, Cociancic P, Barrientos R, Machain C, Robles M, Hernández S, et al. Occurrence of intestinal parasites in Mayan children from Yucatán, Mexico. Acta Trópica [revista de Internet] 2019 [Consultado 6 de Julio 2021]; 195: 58 - 61. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2019.04.023>
9. Cruz C, López D, Hernández J, Luna L, Vidal J, Gutiérrez J, et al. Stunting and intestinal parasites in school children from high marginalized localities at the Mexican southeast. J Infect Dev Ctries [revista de Internet] 2018 [Consultado 6 de Julio 2021]; 12(11):1026-1033. Disponible en: <https://jicd.org/index.php/journal/article/view/32012134/1977>
10. Gotera J, Panunzio A, Ávila A, Villaruel F, Urdaneta O, Fuentes B, Linares J, et al. Saneamiento ambiental y su relación con la prevalencia de parásitos intestinales. Kasmera [revista de Internet] 2019 [Consultado 6 de Julio 2021]; 47 (1): 59 - 65. Disponible en: <https://sites.google.com/prod/view/revistakasmera/volumenes/2016-2020-vols-44-48/2019-v-47-n-1/59-65>

## CONCLUSIÓN

La prevalencia de parasitosis intestinal en edades pediátricas permanece siendo una de las principales causas de enfermedades gastrointestinales en las población mundial. Dentro de una comunidad vulnerable la población pediátrica fue elevada en familias y/o comunidades con hacinamiento y convivencia con animales dentro y fuera de casa encontrando a la *Entamoeba histolytica* y a la *Ascaris lumbricoides* como los principales agentes patógenos reportados en los estudios coproparasitoscópicos realizados.

Los hábitos de higiene en la población estudiada no fueron suficientes para disminuir la prevalencia de parasitosis intestinal en pediátricos, por lo que habrá que prestar atención en la supervisión acerca tanto del conocimiento, así como la técnica correcta del lavado de manos y de desinfección de los alimentos, ya que estos son acciones esenciales que interfieren en el mecanismo fecal-oral para la transmisión y propagación de la parasitosis intestinal. Además de ello, se debe concientizar a la población acerca de las medidas higiénicas con respecto a la convivencia con animales dentro y fuera del hogar ya que muchos mecanismos de transmisión pueden disminuirse al encontrarse al animal en condiciones salubres adecuadas.



Inclusión legal de la niñez en acogimiento al sistema de salud, volviendo el derecho a la salud una realidad.

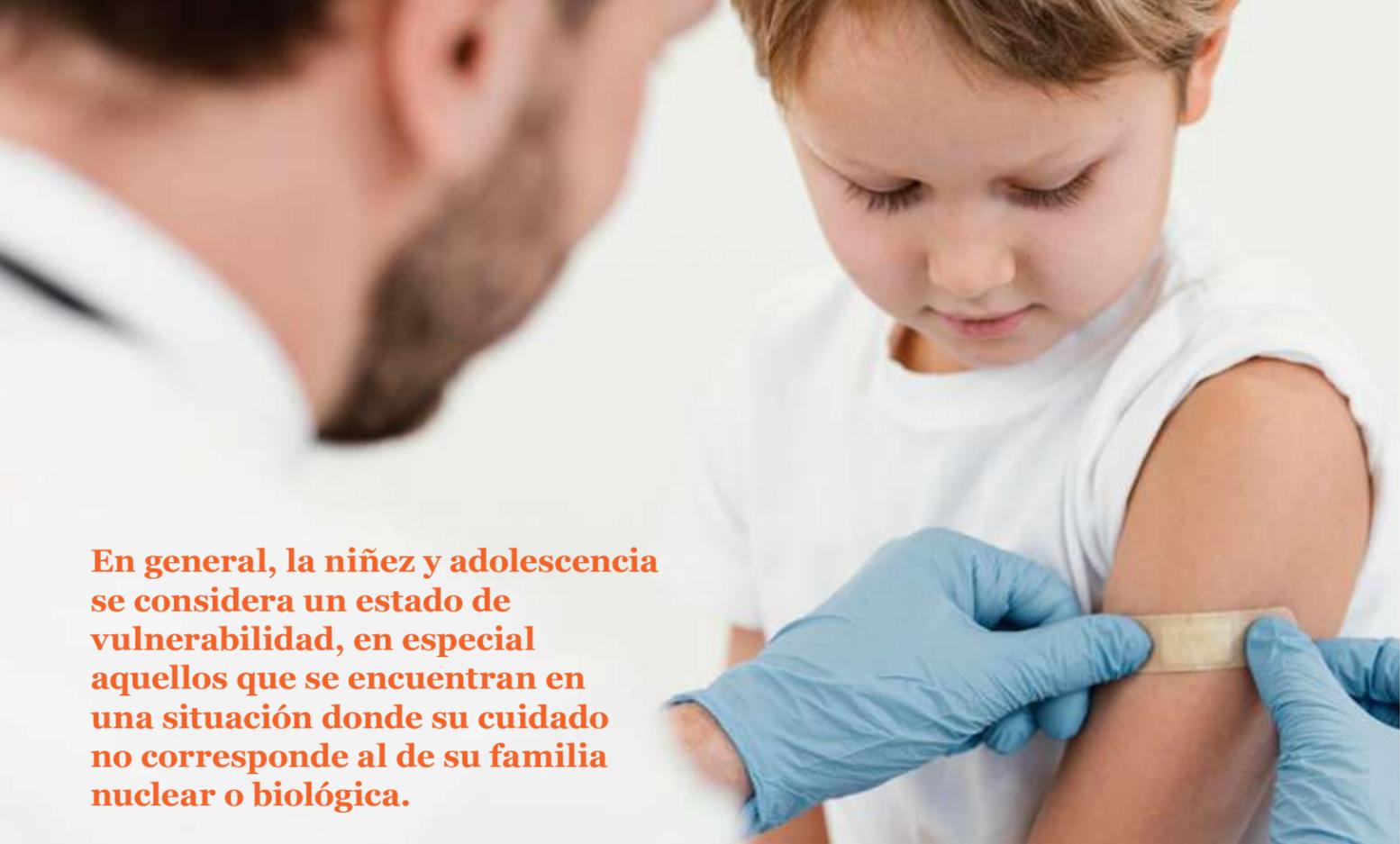
AYALA-GARZA, HILLARY G.

ESTUDIANTE DE MEDICINA DEL TECNOLÓGICO DE MONTERREY

La niñez en acogimiento es una situación o una entidad legal poco conocida a nivel nacional y altamente vulnerable en materia de salud pública. El acogimiento familiar es “un cuidado alternativo que consiste en la integración formal y temporal de una niña, niño y adolescente, dentro de una familia ajena, con el fin de proteger y restituir de manera integral sus derechos vulnerados, hasta que se pueda asegurar una opción permanente” define el Programa Nacional de Familias de Acogida (PRONFAC) (2020). Actualmente en México se puede practicar el acogimiento en Sonora, Durango, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Hidalgo, Ciudad de México, Estado de México, Morelos, Campeche, Tlaxcala, Baja California, Guanajuato, Jalisco, Colima, Aguascalientes, Morelia y Puebla, así como a través del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias (DIF) (ABBA, 2021). Existen estrategias nacionales para incentivar el acogimiento como el Programa Nacional de Familias de Acogida el cual tiene como finalidad garantizar el derecho a vivir en familia. Según la página oficial del DIF en el 2021 Nuevo León es “uno de los estados con mayor número de acogimientos con 144 niñas, niños y adolescentes con 105 familias, que

han permitido a través del amor y cuidado, respetar y proteger el derecho fundamental a vivir en una familia. Actualmente, se encuentran viviendo 60 niñas, niños y adolescentes con 46 familias de acogimiento.” Una noticia relevante en relación con el acogimiento en el estado fue el aumento de solicitudes en 2022 en un gran número, debido a que la familia del actual gobernador Samuel García acogieron a un menor. Una situación mediática que favoreció el acogimiento y que, a la vez, destaca la necesidad de inclusión de la niñez en el sistema de salud.

En general, la niñez y adolescencia se considera un estado de vulnerabilidad, en especial aquellos que se encuentran en una situación donde su cuidado no corresponde al de su familia nuclear o biológica. En la legislación mexicana, existe una brecha en la niñez que se encuentra en situación de acogimiento respecto a su aseguramiento en el tema de salud. Estos no están sujetos a recibir continuidad en atención médica bajo alguna institución pública de salud, al menos que las familias de acogimiento hagan un gasto de bolsillo debido a no poder integrarlos a su propia seguridad social o aseguramiento pri-



**En general, la niñez y adolescencia se considera un estado de vulnerabilidad, en especial aquellos que se encuentran en una situación donde su cuidado no corresponde al de su familia nuclear o biológica.**

vado. Es claro que el derecho a la salud no debe estar condicionado al ingreso.

Debido a lo limitada que es la presencia de acogimiento a nivel nacional en la actualidad, la estadística más fiable sobre el acogimiento en población de ascendencia mexicana la podemos encontrar en Estados Unidos. En el reporte por Tursney y Wildeman (2016) se puede encontrar que la niñez en acogimiento presenta mayor incidencia de problemas en salud mental y física en comparación con la población de niñez general. Otra cifra relevante fue publicada en el artículo de Chaiyachati et al (2020) donde se identifica el aumento de la mortalidad en un 42% en niñez en acogimiento nuevamente haciendo la comparación con la población de niñez general. De manera que la niñez en acogimiento necesita de forma destacada al acceso a una seguridad social, tanto de forma preventiva como reactiva.

Además de que, al existir cambios en la persona responsable de su cuidado, puede existir una pérdida valiosa de información sobre su bienestar e historia médica. El acceso a sus antecedentes médicos permite la posibilidad de llevar una vida sana. Los antecedentes familiares se consideran clave para conocer la posibilidad de desarrollar patologías, según Genetic Alliance (2009) las más comunes son problemas cardíacos, infartos, diabetes, hipertensión y cáncer. Sin importar la situación de la niñez, el tener un registro adecuado puede ser lo más cercano a tener un mapa genético sobre los riesgos de desarrollar una enfermedad. De manera que el registro de esta información es un beneficio innegable, sobre todo cuando la información al alcance puede ser limitada o nula. En las entrevistas a profundidad se encontraron casos donde la vida del infante fue comprometida por la falta de información.

Se debe garantizar el acceso a los antecedentes médicos heredofamiliares, así como los antecedentes personales patológicos. Estos últimos son datos que nos permiten identificar patrones en la salud como la presencia de enfermedades crónicas, sin embargo, sin algún registro se tratarán como enfermedades agudas. Actualmente no hay alguna estandarización del registro de información de la niñez y adolescencia en acogimiento.

En otros países, como en Estados Unidos, para poder cuidar de la niñez y adolescencia el conocer la su historia médica y el seguimiento adecuado ha llevado a desarrollar diferentes estrategias llamadas pasaportes de salud. Estos no solo se limitan a antecedentes médicos si no al estado de salud general, estado educativo e historial emocional. Creemos que este modelo de registro de la información puede ser replicado a nivel nacional. Es entendible que cierta información sea faltante en condiciones complejas como la falta de familiares directos, pero es importante reconocer que mucha de la niñez en acogimiento tiene una familia presente que por el momento no puede garantizar su bienestar.

De manera que a través de la investigación se identifican dos grandes situaciones de riesgo: la pérdida de la historia médica estandarizada y la falta de acceso de un sistema de salud público.

Esto inspiró a la formulación de dos iniciativas de ley estatales:

La primera iniciativa fue centrada en la estandarización sobre que información se debe registrar sobre la persona durante su cuidado asistencial o institucionalizado con el objetivo de facilitar el acceso a la historia médica familiar del niñez y adoles-

**En otros países, como en Estados Unidos, para poder cuidar de la niñez y adolescencia el conocer la su historia médica y el seguimiento adecuado ha llevado a desarrollar diferentes estrategias llamadas pasaportes de salud.**

centes en acogimiento. El proyecto legislativo fue titulado como pasaporte de bienestar con impacto exclusivo en Nuevo León, sin embargo, puede ser replicado a nivel nacional. El pasaporte de bienestar busca reunir información como:

- Nombres, direcciones y forma de contacto de todas las personas responsables por su salud médica, dental y emocional.
- Estado actual de salud médica, física, emocional, nutricional y dental.
- Registro de todas las inmunizaciones y alergias conocidas.
- Problemas o diagnósticos médicos conocidos con su medicación.
- Problemas pasados médicos, antecedentes médicos familiares y hospitalizaciones.
- Un registro relevante del historial respecto su salud mental, cualquier diagnóstico o intervenciones realizadas.
- Situación académica, registros educativos, grado de desempeño y necesidades especiales educativas en caso de necesitarse.

Sin embargo, no solo es la existencia del documento necesaria, si no la existencia en el momento adecuado. De manera que la formulación inicial de este pasaporte ante el organismo del estado debe ser un plazo no mayor a 30 días. Tiempo suficiente para generar un antecedente que acompañará a la niñez durante toda su estadía asistencial o institucional. Es importante que después del otorgamiento de su cuidado ante nuevas instituciones asistenciales, guardianes o familias de acogimiento se provea este pasaporte en menos de 48 horas. Este plazo es de alta relevancia para niñez y adolescencia con una condición crónica que requiera medicamentos o cuidados especiales.

La segunda iniciativa fue centrada en la inclusión del rol como persona al sistema de salud a través de 2 decretos: Sistema Estatal de Asistencia Social del Estado de Nuevo León y el segundo centrado Ley del Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los trabajadores del estado de Nuevo León.

La importancia de su inclusión no solo se limita a niñez en acogimiento también se extiende a niñez en proceso de adopción o adoptada que según Tursney y Wildeman (2016) son propensos al desarrollo en problemas de salud mental. La presencia de necesidades de salud aumentadas se puede deber a los sucesos familiares, abuso o negligencia según Deutsch, S. A., & Fortin, K. (2015). El asegurar que la niñez tenga acceso a la salud inte-

gral durante el proceso de transición de integración a una familia, puede ser un indicador de éxito necesario para su bienestar.

Ambas iniciativas ya fueron entregadas al congreso a través de alianzas con una bancada política y organizaciones sin fines de lucro centradas en la niñez en acogimiento como lo es ABBA. Estos proyectos son ejemplo de como el trabajo colaborativo para la formulación de mejores políticas públicas.

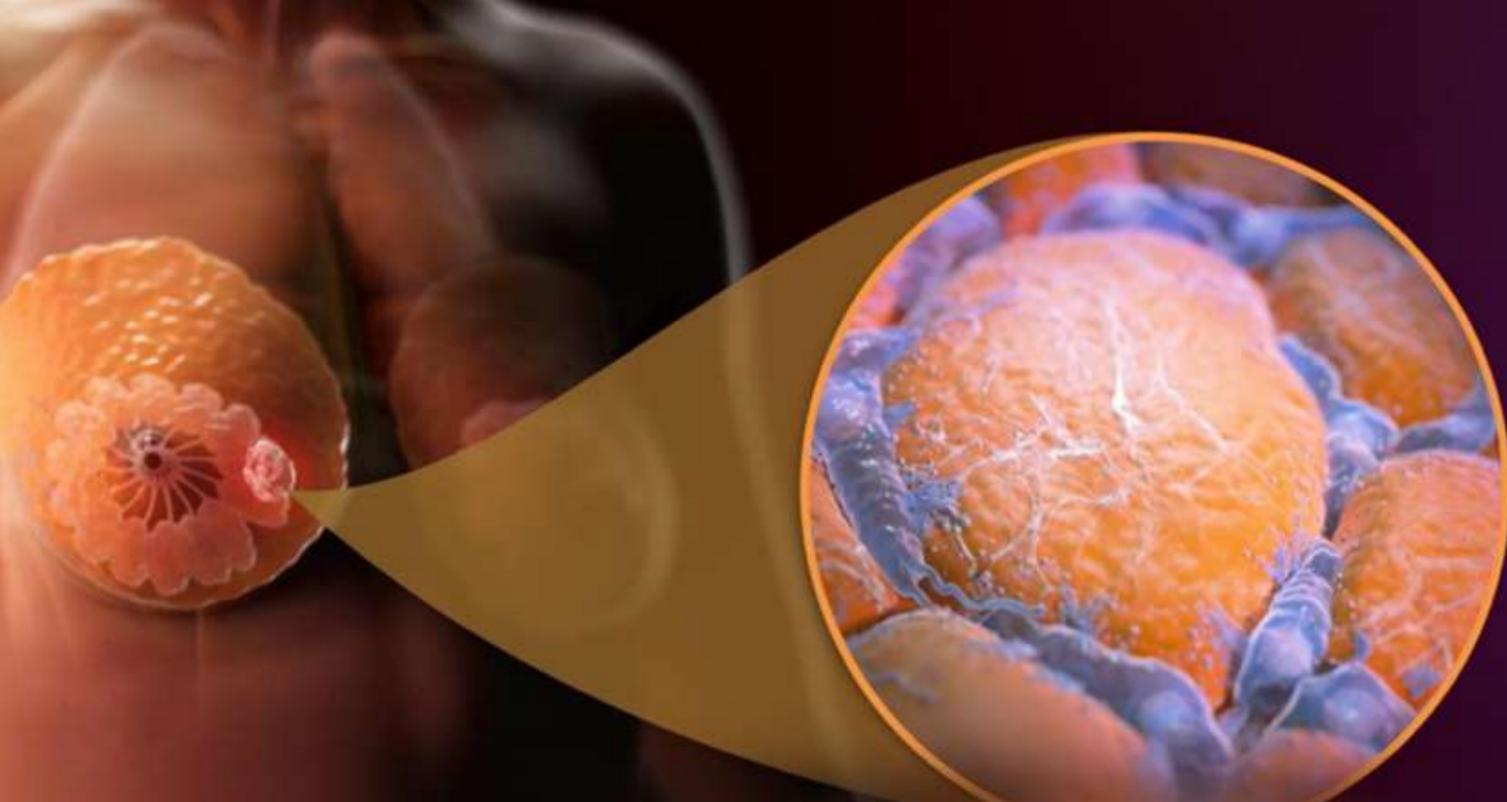
Además, esta iniciativa inspiró la transformación nacional, debido que esta fue la base para modificar el acceso a la salud por la niñez en acogimiento a través de sugerencia en cambios federales en la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los trabajadores. La aceptación está pendiente al momento de este escrito.

Algo relevante durante el proceso de esta investigación y presentación de iniciativas fue la identificación de los agentes clave en la formulación de políticas públicas. La gran mayoría de la toma de decisiones fue a través de personas no capacitadas/preparadas en temas de salud pública; de manera que es importante que profesionales en salud pública retomen un rol clave en la creación, transformación y aceptación de políticas públicas.

Estos son aquellos verdaderamente entrenados con el conocimiento necesario para trabajar políticas en temas de salud y deberían ser parte del proceso de formulación. Algo muy evidenciado durante la pandemia de COVID-19 fue la falta de políticas adecuadas y reproducibles. Considero que este es el momento de ocupar espacios como investigadores, médicos y sobretodo formadores de políticas bien hechas. ¿Qué estamos esperando?

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. **ABBA. (2021).** Preguntas Frecuentes. Recuperado el 14 de febrero del 2022 desde <https://abbaadopcion.org/preguntas-frecuentes/#pregunta-frecuente-3>
2. **Alliance, G. (2009).** Los Antecedentes familiares son importantes para su salud. Cómo entender la genética: Una guía para pacientes y profesionales médicos en la región de Nueva York y el Atlántico Medio. Recuperado Enero 22 2022 desde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132202/>
3. **Chaiyachati BH, Wood JN, Mitra N, Chaiyachati KH. (2020)** All-Cause Mortality Among Children in the US Foster Care System, 2003-2016. *JAMA Pediatr.* ;174(9):896-898. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.0715
4. **Dávalos Rodríguez, A. (2021)** Acogimiento Familiar: Amor y cuidado para niñas, niños y adolescentes. Recuperado desde <http://sitios1.dif.gob.mx/FamiliaDIF/index.php/nuevo-leon/233>
5. **Deutsch, S. A., & Fortin, K. (2015).** Physical Health Problems and Barriers to Optimal Health Care Among Children in Foster Care. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 45(10), 286-291. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.08.002>
6. **Turney, K., & Wildeman, C. (2016).** Mental and Physical Health of Children in Foster Care. *Pediatrics*, 138(5), e20161118. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1118>



## Cancer de mama triple negativo

FLAVIA MORALES VÁSQUEZ · MÉDICO ONCÓLOGO ADSCRITA AL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA Y AL FUCAM, A.C.

El cáncer de mama es una enfermedad de genes alterados que provoca el desarrollo de células mutadas y estimulan el crecimiento de tumores malignos a partir de las células del epitelio glandular mamario, el 85% de los conductos galactóforos y el 15% de los lobulillos, pero con capacidad de crecer expansivamente a las áreas contiguas y las células malignas pueden migrar por el torrente ganglionar y circulatorio. que después de presentarse en origina en las células mamarias; . Hay factores de riesgo que influyen para su desarrollo tales como el estilo de vida, es decir, el sedentarismo; factores hormonales y ambientales; sin embargo, no es exclusivo por lo que se piensa que el cáncer de mama pudiera estar causado por una interacción compleja a nivel genético, del microambiente celular y estimulación de algunos factores del medio ambiente.

Con lo anterior, el cáncer de mama es una enfermedad heterogénea que exige un abordaje multidisciplinario; en México ocupa en la actualidad el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas en mujeres, representando el 11.34% de todos los casos de cáncer. Los estudios de biología molecular han permitido la clasificación del cáncer de mama en subgrupos moleculares con diferente pronóstico por su perfil de expresión genética<sup>1</sup>.

De acuerdo con su origen, el cáncer de mamá puede ser ductal o lobular, siendo ductal cuando las células proliferan en el re-

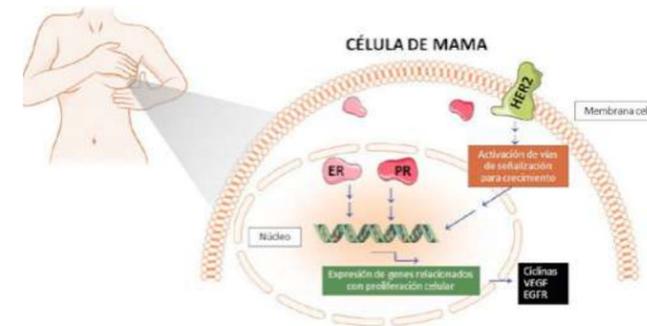
vestimiento de los conductos mamarios, y lobular cuando las células crecen en los lóbulos de las glándulas productoras de leche<sup>2</sup>.

El carcinoma ductal in situ (CDIS) se considera un tumor benigno invasivo, ya que las proliferaciones celulares son confinadas a los ductos lácteos y no se propagan a los tejidos circundantes. Por ello se le denomina la etapa cero. No obstante, las lesiones de CDIS pueden progresar a cáncer ductal invasivo (CDI) si las células traspasan la base de la membrana ductal e invaden el parénquima adyacente. En este punto, las células pueden viajar a través del sistema linfático o el torrente sanguíneo y hacer metástasis a otras partes del cuerpo<sup>3</sup>.

Por otro lado, el carcinoma lobular in situ (CLIS) comprende un grupo de lesiones benignas originadas en los lóbulos productores de leche, principalmente la hiperplasia atípica lobular. No es muy común, sin embargo, se considera un precursor de un carcinoma lobular invasivo (CLI), aumentando el riesgo de desarrollar esta patología entre 9-10 veces<sup>4</sup>. Las células que constituyen el CLI tienen la capacidad de migrar hacia los ductos mamarios y a otros órganos cercanos como los ganglios linfáticos<sup>5</sup>.

Actualmente, el cáncer de mama también es clasificado empleando marcadores moleculares, los cuales son proteínas que se encuentran en el núcleo celular o en la superficie de las cé-

lulas, principalmente el receptor de estrógenos (ER), el receptor de progesterona (PR) y la proteína HER2 (Human Epidermal growth factor Receptor 2) (FIG.1), ya que en cáncer de mama estas proteínas sobrepasan los niveles fisiológicos<sup>6</sup>.



**Figura1 Célula de mama que muestra los tres marcadores moleculares más usados en la tipificación del cáncer de mama. Se observa el receptor de estrógenos (ER) y el receptor de progesterona (PR), los cuales, tras activarse por la unión a su ligando, se trasladan al núcleo celular, funcionando como factores de transcripción en genes relacionados con la proliferación celular como las ciclinas y el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF). También se muestra el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), que cuando se une a su ligando activa diferentes vías de señalización que conllevan a la expresión de genes relacionados con proliferación, entre los que se encuentran el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) (adaptada de Parise, et al. 2014<sup>6</sup>).**

El cáncer de mama triple negativo (TNBC) se define como un “estado inmunohistoquímico con biología y conducta clínica heterogénea”, con ausencia de expresión de receptores de estrógeno, progesterona y crecimiento epidérmico humano (HER/B2)<sup>7,8</sup>.

En México, el cáncer de mama triple negativo representa del 15 al 23% de todos los cánceres. Sus principales características incluyen el hecho de afectar principalmente a pacientes menores de 50 años, de raza negra o hispana. Por lo general, corresponde a tumores de gran tamaño, poco diferenciados, con alto grado histológico e índice mitótico y afectación ganglionar; tiene mayor tasa de recurrencia y menor supervivencia libre de enfermedad y global; además, predominan las metástasis viscerales y de tejidos blandos a cerebro y pulmón<sup>9,10</sup>.

Existe una relación muy importante con la ascendencia racial. Representa aproximadamente el 21% de todos los cánceres de mama en población afroamericana y el 15% de todos los cánceres de mama en las naciones de origen anglosajona<sup>11</sup>.

En población latina se han descrito también alta incidencia de este tipo de cánceres, con una frecuencia de 21,3% en Perú; de 24,6% en Venezuela; de 23,1% en México, y de 27% en Brasil (11-12). Se han observado, además, tasas más altas de CMTN en mujeres jóvenes, que podría estar asociados con una mayor probabilidad de mutación en el gen BRCA1<sup>12</sup>.

Desde el punto de vista epidemiológico, los factores de riesgo para este tipo de cáncer no están bien precisados, lo que impide estrategias de intervención claras. El embarazo temprano ha sido reconocido como un factor protector contra el cáncer de

## El cáncer de mama triple negativo (TNBC) se define como un “estado inmunohistoquímico con biología y conducta clínica heterogénea”, con ausencia de expresión de receptores de estrógeno, progesterona y crecimiento epidérmico humano (HER/B2).

mama<sup>13</sup>. Contradictoriamente, en el CMTN, la gestación parece ser un factor de riesgo importante. En 2011, Phipps et al.<sup>14</sup> encontraron que las mujeres que tienen un mayor número de hijos (tres o más partos) tenían 1,4 veces el riesgo de desarrollar un CMTN, sin embargo, aquellas mujeres multiparas (tres o más partos) tuvieron 22% menos riesgo de desarrollar tumores hormonales. Dicho de otra manera, la multiparidad está asociada con un riesgo disminuido de tumores hormonales, pero con un riesgo incrementado para el desarrollo de CMTN.

Otro estudio realizado con más de 140 mil mujeres mostró que no existía asociación entre el fenotipo triple negativo con el consumo de alcohol o tabaco, pero sí se observó una ligera asociación positiva del consumo de estas sustancias con los tumores de mama hormonales<sup>15</sup>.

Debido a que el término triple negativo agrupa a un conjunto de cánceres de mama que reúnen una serie de criterios de exclusión, su diagnóstico no es tan sencillo como el interpretar la negatividad de un grupo de tres marcadores inmunohistoquímicos. Se ha señalado un 5% de discordancia en inmunohistoquímica para HER2<sup>16</sup>. Mientras que la evaluación de receptores hormonales muestra una mayor discordancia, algunos estudios señalan que esta discordancia puede alcanzar hasta el 15%. Siendo el más difícil de reproducir, en una segunda evaluación por inmunohistoquímica, el fenotipo: receptor de estrógeno negativo / receptor de progesterona positivo (ER-/PR+)<sup>17,18</sup>.

Una confusión muy frecuente es asignar el término triple negativo a los tumores de tipo basal o viceversa. Solo el 77% de los cánceres tipo basales son triples negativos, mientras que son tumores de tipo basal, el 71%-91% de los tumores triple negativo<sup>19</sup>.

El análisis molecular ha mostrado una importante heterogeneidad en el grupo triple negativo. Brat et al.<sup>20</sup> han señalado que el subgrupo más frecuente es el tipo basal (basal-like), en el cual se concentran el 49% de los casos, que se caracteriza por la expresión de un gran número de genes de proliferación y por ser genómicamente inestable.

Pese a la discordancia obtenida entre los métodos moleculares y la inmunohistoquímica, lo cierto es que rutinariamente, la inmunohistoquímica es la que cumple una función fundamental en el día a día, y de la que dependen las estrategias de tratamiento, además de las características clínicas del tumor. Comúnmente, el CMTN está caracterizado por la ausencia de expresión de receptores de estrógenos y progesterona; no obstante, el punto de corte para definir a un tumor como positivo o negativo puede variar y algunos investigadores consideran que un tumor con una expresión de receptores hormonales menor del 10%, es negativo. Estos puntos de corte (entre 1 y 10%) permiten

## Otro estudio realizado con más de 140 mil mujeres mostró que no existía asociación entre el fenotipo triple negativo con el consumo de alcohol o tabaco, pero sí se observó una ligera asociación positiva del consumo de estas sustancias con los tumores de mama hormonales.

destacar a un subgrupo de CMTN, denominado borderline. Habitualmente la mitad de estos cánceres son de origen luminal, y la otra mitad tienen orígenes diversos. Para los tumores de tipo borderline, la evaluación clínica suele no ser útil para elaborar un adecuado plan terapéutico; sin embargo, muchos investigadores recomiendan el uso de terapia antiestrogénica como una alternativa terapéutica<sup>21</sup>.

Por otro lado, el CMTN también es conocido como el “cáncer de mama del intervalo”, ya que se puede presentar en el intervalo entre dos mamografías<sup>22</sup>. Sobre todo en pacientes jóvenes, en quienes la mamografía tiene una menor sensibilidad para detectar estos tumores, debido a que ellas tienden a presentar mamas más densas<sup>23,24</sup>.

Clínicamente en la mamografía suele presentarse como un nódulo circunscripto, e infrecuentemente se lo asocia a una asimetría en desarrollo. Esta es una densidad focal visible en dos proyecciones, de nueva aparición o con un tamaño mayor respecto al último control constituye un hallazgo infrecuente (0,16%), con un 15,4% de probabilidad de ser maligno (carcinoma invasor). Deben realizarse proyecciones mamográficas adicionales y un complemento ecográfico a fin de identificar causas benignas. De no presentar traducción ecográfica, debe sugerirse una biopsia asistida por vacío en todos los casos<sup>25</sup>.

En el ultrasonido el tumor triple negativo se muestra como un nódulo oval circunscripto, marcadamente hipoecogénico con refuerzo posterior, mientras que con el Doppler color puede evidenciar vascularización periférica y pedículos aferentes. En la resonancia magnética se identifican hallazgos sospechosos, como hiperintensidad en ponderación T2 y captación del contraste en anillo. En nuestro medio no es relevante ya que se la realiza una vez obtenido el resultado histopatológico<sup>26</sup>.

La entidad posee necrosis central, fibrosis y respuesta linfocítica estromal, como así también un alto grado histológico e índice mitótico, con un Ki67 alto (superior al 20%)<sup>25</sup>. Este último es un marcador de proliferación celular, cuya expresión se ha relacionado con peor pronóstico y buena respuesta a la quimioterapia. Su comportamiento es agresivo localmente, con riesgo de recurrencia y metástasis axilares o a distancia (pulmón, cerebro). El tratamiento consiste en quimioterapia, radioterapia y cirugía<sup>25, 26</sup>.

Los oncólogos enfrentan un reto clínico al tratar el CMTN. Por una parte, por la compleja identificación de este grupo de tumores, por ejemplo, si se cataloga erróneamente como triple negativo a un tumor que expresa débilmente receptores hormonales, se pierde una gran oportunidad terapéutica; por otra parte, la falta de tratamientos específicos y claros, tanto en la neoadyu-

vancia o adyuvancia, así como en la enfermedad metastásica, condicionan que el tratamiento de este tipo de cánceres sea muy empírico.

Las guías clínicas más utilizadas son de poca utilidad. El consenso europeo de Saint Gallen reconoce esta enfermedad, pero no recomiendan tratamientos específicos para este tipo particular de cáncer. En tanto que, en Norteamérica, el National Comprehensive Cancer Network<sup>27</sup>, no reconoce como una enfermedad al CMTN, pero sí es específica en cuanto a la quimioterapia y dosis a recomendar, pero en forma general para toda la enfermedad que no exprese HER2. Por su parte, las grandes sociedades de oncología médica mundial, como son la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) y la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) no tienen recomendaciones para abordar el diagnóstico, manejo y tratamiento de esta enfermedad, que es muy frecuente en la población afroamericana y latina.

### CONCLUSIONES

El cáncer de mama triple negativo constituye un desafío debido a su difícil diagnóstico y tratamiento. Asimismo, es un problema de salud pública por su elevada incidencia en la población latina comparado a la población caucásica, sumado a sus características epidemiológicas, a la no eficacia de las medidas de prevención primaria, que protegen principalmente contra cánceres de mama hormonales y, finalmente, a la ausencia, en la práctica diaria, de herramientas que permitan realizar una subclasificación para asignar riesgos y brindar un óptimo tratamiento.



### BIBLIOGRAFÍA

1. De la Vara-Salazar E, Suárez-López L, Ángeles-Llerenas A, Torres-Mejía G, Lazcano-Ponce E. Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. *Salud pública Méx.* 2011; 53 (5): 385-393
2. Oliveira NCS, Gomig THB, Milioli HH, Cordeiro F, Costa GG, Urban CA, et al. Comparative proteomic analysis of ductal and lobular invasive breast carcinoma. *Genet Mol Res.* 2016;15(2):1-10.
3. Van Seijen M, Lips EH, Thompson AM, Nik-Zainal S, Futreal A, Hwang ES, et al. Ductal carcinoma in situ: to treat or not to treat, that is the question. *Br J Cancer.* 2019;121:285-92.
4. Wen H, Brogi E. Lobular carcinoma in situ. *Surg Pathol Clin.* 2018;11(1):123-45.
5. McCart A, Kutasovic JR, Lakhani SR, Simpson PT. Invasive lobular carcinoma of the breast: Morphology, biomarkers and 'omics. *Breast Cancer Res.* 2015;17(1):1-11.
6. Parise CA, Caggiano V. Breast cancer survival defined by the ER/PR/HER2 subtypes and a surrogate classification according to tumor grade and immunohistochemical biomarkers. *J Cancer Epidemiol.* 2014;2014:469251.
7. Schwartz GF, Finkel GC, Garcia JC, Patchefsky AS. Subclinical ductal carcinoma in situ of the breast. Treatment by local excision and surveillance alone. *Cancer.* 1992; 70 (10): 2468-2474.
8. Rosen PP, Groshen S, Kinne DW, Norton L. Factors influencing prognosis in node-negative breast carcinoma: analysis of 767 T1N0M0/T2N0M0 patients with long-term follow-up. *J Clin Oncol.* 1993; 11 (11): 2090-2100.
9. Silverstein MJ, Gierson ED, Waisman JR, Senofsky GM, Colburn WJ, Gamagami P. Axillary lymph node dissection for T1a breast carcinoma. Is it indicated? *Cancer.* 1994; 73 (3): 664-667.
10. Butler JA, Bretsky S, Menendez-Botet C, Kinne DW. Estrogen receptor protein of breast cancer as a predictor of recurrence. *Cancer.* 1985; 55 (6): 1178-1181.
11. M. Panal Cusati, M. Herrera de la Muela, D. Hardisson Hernaez, M. Choqueneira Dionisio, A. Roman Guindo, F.J. de Santiago García. Correlación entre la expresión de Ki67 con factores clásicos pronósticos y predictivos en el cáncer de mama precoz. *Rev Senol Patol Mamar.*, 27 (2014), pp. 163-169
12. Z. Mayer, H. Gómez. Cáncer de mama triple negativo: una enfermedad de difícil diagnóstico y tratamiento. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.*, 30 (2013), pp. 649-656
13. MacMahon B, Cole P, Lin TM, Lowe CR, Mirra AP, Ravnihar B, et al. Age at first birth and breast cancer risk. *Bull World Health Organ.* 1970;43(2):209-21.
14. Phipps AI, Chlebowski RT, Prentice R, McTiernan A, Wactawski-Wende J, Kuller LH, et al. Reproductive history and oral contraceptive use in relation to risk of triple-negative breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(6):470-7. doi: 10.1093/jnci/djr030.
15. Kabat GC, Kim M, Phipps AI, Li CI, Messina CR, Wactawski-Wende J, et al. Smoking and alcohol consumption in relation to risk of triple-negative breast cancer in a cohort of postmenopausal women. *Cancer Causes Control.* 2011;22(5):775-83. doi: 10.1007/s10552-011-9750-7.
16. Grimm EE, Schmidt RA, Swanson PE, Dintzis SM, Allison KH. Achieving 95% cross-methodological concordance in HER2 testing: causes and implications of discordant cases. *Am J Clin Pathol.* 2010;134(2):284-92. doi: 10.1309/AJCPUQB18XZOHBJ.
17. Collins LC, Marotti JD, Baer HJ, Tamimi RM. Comparison of estrogen receptor results from pathology reports with results from central laboratory testing. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(3):218-21. doi: 10.1093/jnci/djm270..
18. Hefti MM, Hu R, Knoblauch N, Collins L, Tamimi RM, Beck AH. Discordant estrogen and progesterone receptor status in breast cancer. *Cancer Res.* 2012;72(24 Suppl 3). doi: 10.1158/0008-5472.SABCS12-P5-01-03.
19. Oakman C, Viale G, Di Leo A. Management of triple negative breast cancer. *Breast.* 2010;19(5):312-21. doi: 10.1016/j.breast.2010.03.026.
20. Prat A, Adamo B, Cheang MC, Anders CK, Carey LA, Perou CM. Molecular characterization of basal-like and non-basal-like triple-negative breast cancer. *Oncologist.* 2013;18(2):123-33. doi: 10.1634/theoncologist.2012-0397
21. Cheang M, Martin M, Nielsen TO, Prat A, Rodriguez-Lescure A, Ruiz A, et al. Quantitative hormone receptors, triple-negative breast cancer (TNBC), and molecular subtypes: a collaborative effort of the BIG-NCI NABCG. *J Clin Oncol.* 2012;30 suppl 1: abstr 1008.
22. Collett K, Stefansson IM, Eide J, Braaten A, Wang H, Eide GE, et al. A basal epithelial phenotype is more frequent in interval breast cancers compared with screen detected tumors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005;14(5):1108-12.
23. Guiu S, Michiels S, André F, Cortes J, Denkert C, Di Leo A, et al. Molecular subclasses of breast cancer: how do we define them? The IMPAKT 2012 Working Group Statement. *Ann Oncol.* 2012;23(12):2997-3006. doi: 10.1093/annonc/mds586.
24. Reis-Filho JS, Pusztai L. Gene expression profiling in breast cancer: classification, prognostication, and prediction. *Lancet.* 2011;378(9805):1812-23. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61539-0.
25. E. Horvath, O. Bañuelos, C. Silva, J. Mondaca, P. González, M. Gallegos, et al. Cáncer mamario triple negativo ¿Cómo se ve en imágenes? *Rev Chil Radiol.*, 18 (2012), pp. 97-106
26. W.T. Yang. Triple-negative and basal-like breast cancer. *Diagnostic Imaging BREAST*, pp. 5-228
27. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: breast cancer [Internet]. Fort Washington, PA: NCCN; c2013 [citado el 12 de marzo del 2013]. Disponible en: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp)



# Campaña sobre la HEPATITIS C en medios de comunicación nacionales

De los diferentes tipos de hepatitis que existen, la más grave es causada por el virus de la hepatitis C (VHC). Este virus causa una inflamación y deterioro progresivo del hígado, que puede ser agudo o crónico.



En el mundo, **71 millones** de personas viven con Hepatitis C; de ellos, el **80%** no tiene acceso a las pruebas de detección ni al tratamiento.

Es una enfermedad silenciosa que puede causar cirrosis o cáncer en el hígado.

**80%** de los casos son **asintomáticos**

En **México**, se calcula que **4 de cada 1,000** personas viven con el virus de la Hepatitis C, la mayoría de ellos desconocen que tiene la infección.

En 2020, México se unió a la estrategia mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la **eliminación de la Hepatitis C**, de aquí al 2030.

La Sociedad Mexicana Salud Pública A.C. en 2021 y 2022 lanzó una **campaña en medios de comunicación nacionales** en las **ciudades con mayor incidencia** de Hepatitis C.

### Objetivos

Promover que más personas se realicen una **prueba rápida**

1

Presencia de la **SMSP** en medios de comunicación

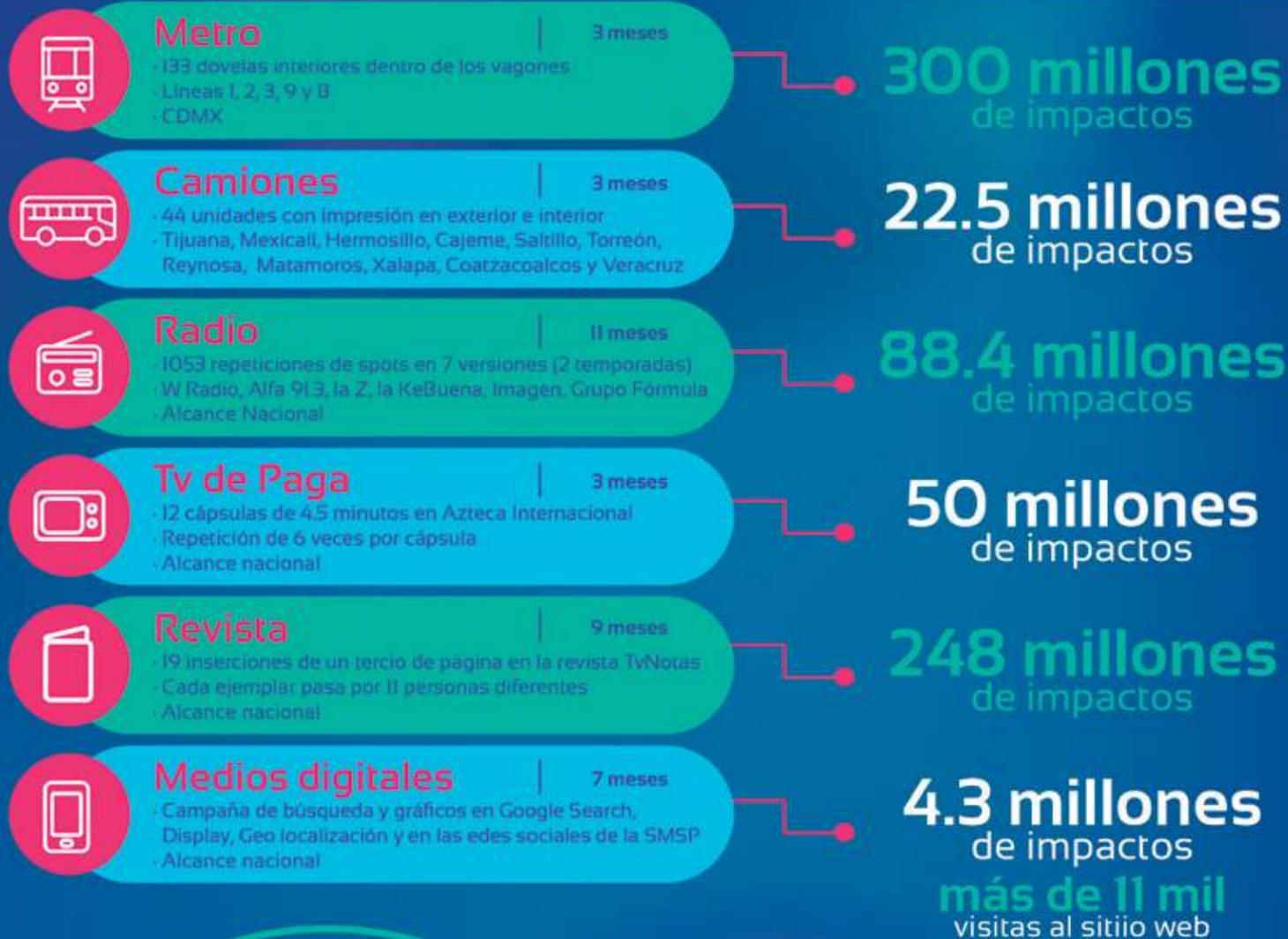
2

Fomentar la **prevención** y apoyar esfuerzos institucionales

3

## Resultados VHC

\*Impacto: cada vez que un anuncio es visto/escuchado, puede ser por la misma persona o personas diferentes.



[www.hepatitisc.mx](http://www.hepatitisc.mx)

Se creó un **sitio web** con **información relevante** sobre las formas de infección, testimonios, prevención, tratamiento y el directorio de CAPASITS para realizarse la prueba rápida.

Se habilitó una **línea telefónica** y un **número de WhatsApp** como **centro de atención** para todas las personas que quisieran información y donde se les canalizó a las clínicas más cercanas para realizarse la prueba rápida.





# GILEAD

Creating Possible

**Gilead Sciences** es una compañía enfocada y comprometida con la investigación y desarrollo de medicamentos innovadores, que cambian la vida de personas que viven con **VIH y VHC**.

Opera en **35 países y durante 35 años**, ha sido líder en avances tecnológicos.

**En México, desde hace 6 años...**

**¡hace lo posible y lo imposible por un mundo más sano!**



**Próximamente, Gilead incursionando en el mundo de Oncología.**