Universidad Autónoma de Aguascalientes
Centro de Ciencias de la Salud
UMD Unidad Médico Didáctica

REVISTA

UNIVERSIDAD SALUDABLE

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS EN EL EMBARAZO

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

DEPORTE Y NUTRICIÓN

NÚMERO 95 - AGOSTO 2023

SÍGUENOS EN NUESTRAS REDES SOCIALES Y NO TE PIERDAS LOS PROGRAMAS QUE UNIVERSIDAD SALUDABLE TIENE PARA TI

Instagram: *@uaa.saludable https://www.instagram.com/uaa.saludable*

Facebook: *@uaa.saludable https://www.facebook.com/uaa.saludable*

Twitter: *@uaa_saludable https://twitter.com/uaa_saludable*

Tiktok: *@uaa.saludable https://www.tiktok.com/@uaa.saludable?_t=8ahFz8xuvpO&_r=1*

YouTube: *@uaa.saludable https://www.youtube.com/@uaa.saludable*

Spotify: Podcast Escucha tu Cuerpo *https://spotify.link/U2XV9NtJdyb*

ADN de la Salud *https://spotify.link/n8OcQGvJdyb*

Cuidando mi Salud: todos los miércoles por el 26.2 y Facebook live de UAATV 11:00 a.m.

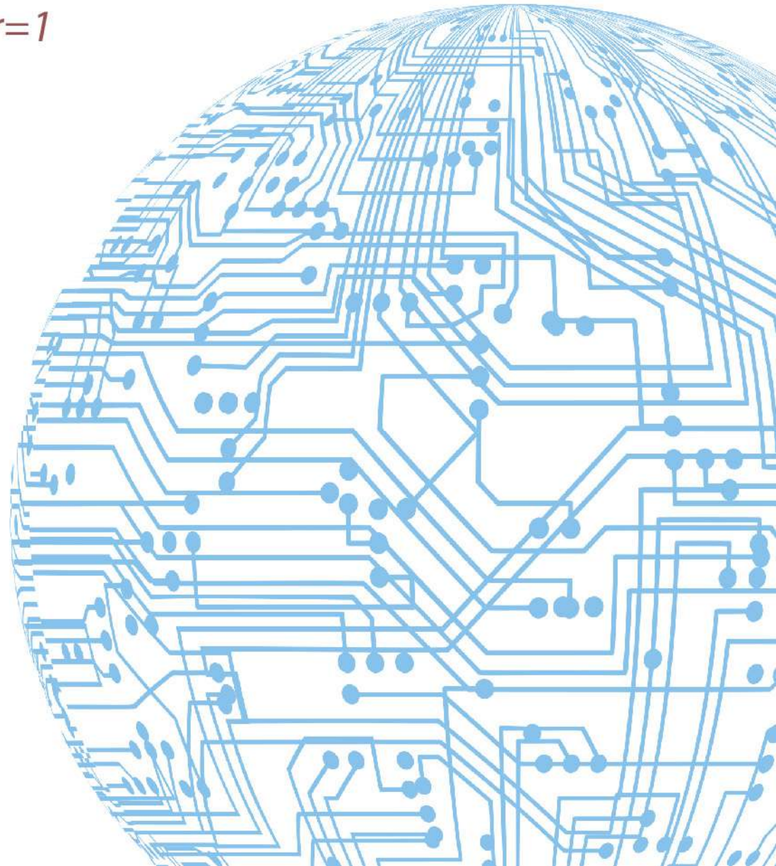
ADN de la Salud: todos los jueves por la 94.5 FM o en radio.uaa.mx 10:30 a.m.

Consulta nuestra revista: **https://www.uaa.mx/portal/comunicacion/publicaciones/#**

Contáctanos: ***usaludable@edu.uaa.mx***

What sapp 449 910 84 45

Tel: 449 910 74 00 ext. 53513



ÍNDICE

Editorial..... 4

TRIAGE..... 5

911 US..... 6

Enfermedades hipertensivas en el embarazo..... 8

Tipos de abordaje en el tratamiento contra la depresión..... 13

Anisometropía..... 17

Generalidades de la distribución dietética en la nutrición deportiva..... 21

Enfermedad por reflujo gastroesofágico..... 24

El derecho a la salud como un derecho humano..... 28

Directorio..... 32

EDITORIAL

Estimada Comunidad Universitaria:

Es con gran entusiasmo y alegría que les doy la más cordial bienvenida a un nuevo semestre en la Universidad Autónoma de Aguascalientes. En este nuevo ciclo académico, me complace dirigirme especialmente a aquellos jóvenes valientes que ingresan a nuestra prestigiosa institución por primera vez.

En primer lugar, quiero felicitar a cada uno de ustedes por haber logrado este importante hito en sus vidas. Esta revista electrónica ha sido diseñada para brindarles una plataforma de conocimiento, donde podrán explorar y adentrarse en el fascinante mundo de las ciencias de la salud. Nuestro objetivo es proporcionarles información actualizada, investigaciones innovadoras y consejos prácticos que les permitan desarrollarse como profesionales en este apasionante campo.

Sé que el inicio de esta nueva etapa puede resultar emocionante y, al mismo tiempo, desafiante. Es por eso que nuestro equipo está comprometido en brindarles una experiencia educativa integral, que promueva la excelencia académica y la formación integral de cada uno de ustedes. Estamos aquí para acompañarlos en su crecimiento académico, personal y profesional.

Queremos ser sus aliados a lo largo de su trayecto universitario. En cada edición, encontrarán contenidos relevantes, que abarcan desde avances científicos y descubrimientos médicos hasta recomendaciones de estilo de vida saludable. También les invitamos a compartir sus propias experiencias y perspectivas, para que podamos enriquecernos mutuamente y crear una comunidad universitaria sólida y colaborativa.

En este número de agosto, daremos especial atención a su adaptación a la vida universitaria y a la importancia de cuidar su bienestar físico y emocional. Les brindaremos consejos valiosos sobre cómo mantener un equilibrio saludable entre sus estudios, actividades extracurriculares y vida social.

Queridos estudiantes de nuevo ingreso, los invito a aprovechar al máximo esta experiencia universitaria. Permítanse explorar, preguntar, desafiar y crecer. Sus logros aquí no solo influirán en su futuro, sino que también tendrán un impacto en la salud y el bienestar de nuestras comunidades y sociedad en general. Estamos seguros de que se convertirán en agentes de cambio positivo.

¡Fuerza, Gallos!

¡Yo Soy Universidad Saludable!

#YoSoyUS

#MeQuieroMeInformoMeCuido

Dra. Paulina Andrade Lozano

Jefa de la Unidad Médico Didáctica

paulina.andrade@edu.uaa.mx

TRIAGE

En caso de que el incidente se presente cerca o dentro de la Unidad Médico Didáctica (Edif. 101) o de la Unidad de Atención Integral a la Salud (Edif. 213) y la persona pueda caminar, podrá acompañarse a la persona directamente a Servicios Médicos de la misma Unidad sin necesidad de llamar al SUAP o solicitar la asistencia del Médico pasante en turno.

El **TRIAGE** ayuda a clasificar a los pacientes de acuerdo a sus necesidades de asistencia para priorizar su atención de acuerdo a su nivel de **GRAVEDAD**:

ATENCIÓN INMEDIATA	DE 20 A 40 MINUTOS	HASTA 2 HORAS
Primera Prioridad	**Segunda Prioridad**	**Tercera Prioridad**
Signos vitales inestables (frecuencia cardiaca y respiratoria)	Ataque de Asma leve	Resfriados y tos
	Alergia leves	Diarrea sin vómito
Caídas graves con inconciencia	Heridas Leves	Estreñimiento
Dificultad para respirar graves	Sangrado nasal leve	Salpullido
Dolor en el pecho extendido (presión)		Granos (abscesos)
	Golpes leves	Dolor de oído
Alergias severas	Vómitos constantes	Infección o irritación en los ojos
Fracturas o luxaciones graves	Crisis psicológica	Mareos
Envenenamiento o intoxicación	Fuertes cólicos menstruales	Cólicos menstruales leves
Mordeduras de animales venenosos		Dolor de espalda leve
	Dolor de espalda severo	Dolor articular de varios días
Ahogamiento o asfixia	Dolor abdominal fuerte	Dolor abdominal o molestias urinarias
Sangrado severo		Heridas en boca y labios
Inconciencia	Mareos con palidez y sudoración	Varicela
Ideación o intento suicida		Fiebre no mayor a 37.5° C
LLAMAR AL SUAP O 911	**ACOMPAÑAR AL SERVICIO MÉDICO**	**ENVIAR AL SERVICIO MÉDICO**

Para activar la alarma de emergencias:
Contactar con Dpto. de Vigilancia Ext. 33699 o al Tel. 449-910-9711 Contacto Directo a la Ext. 53526

¿QUÉ ES EL 911 Y CUÁL ES SU FUNCIÓN?

El ***SISTEMA NACIONAL DE ATENCIÓN A EMERGENCIAS Y SEGURIDAD 9-1-1*** es la institución donde se concentran, en un solo número, los sucesos que requieren atención o tratamiento inmediato.

Si tu vida se encuentra en riesgo o requieres asistencia de algún cuerpo médico, de seguridad o de protección civil, puedes llamar al **911**. Puedes llamar desde cualquier equipo de telefonía fija y móvil, así como teléfonos públicos y sin saldo.

¿QUÉ PASA SI LLAMAS AL 911 EN MÉXICO?

Cuando una persona marca al 911 y reporta una emergencia, el sistema detecta de inmediato el punto de origen de la llamada, el cual es corroborado por el operador y, una vez que recibe las indicaciones del usuario, envía el reporte a la autoridad correspondiente, la cual se encuentra en el mismo edificio.

La Universidad Autónoma de Aguascalientes cuenta con el Servicio Universitario de Atención Prehospitalaria (*SUAP*) mismo que es el encargado de atender accidentes o contingencias de salud que se presenten en las instalaciones del campus, mediante este servicio se busca agilizar la atención de los usuarios y comunidad universitaria que se enfrenten a alguna situación que exponga su salud. No obstante, recordó que es importante que las personas identifiquen qué tipo de situaciones se canalizan al SUAP y que otras pueden ser atendidas directamente en consulta a través de la Unidad Médico Didáctica (*UMD*).

En caso de requerir asistencia ante alguna situación,
los interesados pueden contactar a vigilancia para que vía radio den ubicación de la urgencia,
acudir **al edificio 66** donde está la base del programa o bien,
llamar al número de la universidad **449 910 74 00 extensión 53526** o
449 910 97 11 teléfono directo de emergencias**.**

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS EN EL EMBARAZO

"Ningún estado es tan similar a la locura, por un lado, y a lo divino, por el otro, como el estar embarazada. La madre se duplica, luego se divide por la mitad y nunca más estará completa."
- Erica Jong.

M.P.S.S. Rodrigo Nava Rodríguez

Carrera: Médico Cirujano
ro.nava.rdz@gmail.com

Los estados hipertensivos del embarazo constituyen una de las 3 primeras causas de muerte materna en México, los cuales pueden presentarse en cualquier mujer embarazada, siendo más frecuente en aquellas mujeres que tienen factores de riesgo. Y viviendo en un país como México, el cual se encuentra entre los primeros lugares a nivel mundial en obesidad, hipertensión y embarazo adolescente, hace que los estados hipertensivos en la mujer embarazada sean de alta frecuencia en nuestro país, de tal manera que su importancia radica en llevar un buen control prenatal para evitar complicaciones como la eclampsia. [1]

Históricamente el término preeclampsia recibe su nombre del griego “relámpago” o “brotar violentamente”, refiriéndose en ese entonces a un cuadro extremadamente grave que puede presentarse durante el embarazo, el trabajo de parto y con menor frecuencia en el posparto, aunque esta no fue diferenciada de la epilepsia hasta 1739 por Sauveges. Demanet, en 1797, encontró anasarca en 6 pacientes eclámpticas, mientras que años más tarde Lever y Simpson, en 1843, encontraron proteinuria en pacientes eclámpticas que tenía de característico que desaparecía posterior al parto.

Se define como trastorno hipertensivo del embarazo a toda aquella elevación de la tensión arterial por encima de 140/90 mmHg en la mujer embarazada.
Este puede detectarse antes de las 20 semanas de gestación, con lo que se concluiría que tal estado hipertensivo no está asociado al embarazo, o puede detectarse posterior a las 20 semanas de gestación y encontrarse asociado al embarazo.

Teniendo esto en cuenta, se pueden clasificar los estados hipertensivos en las siguientes categorías.[1]

ANTES DE LAS 20 SEMANAS DE GESTACIÓN:

Hipertensión crónica:
Elevación de la tensión arterial por encima de 140/90 mmHg.
Se requieren 2 mediciones de al menos 4 horas de diferencia.

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada:
Hipertensiónarterial crónica con alguna de las siguientes complicaciones:
Aparición o empeoramiento de proteinuria.
Elevación súbita de la tensión arterial en pacientes previamente controlados.

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada con criterios de severidad.

POSTERIOR A LAS 20 SEMANAS DE GESTACIÓN:

Hipertensión gestacional:
Elevación de la TA por encima de 140/90mmHg.
Se requieren 2 mediciones de al menos 4 horas de diferencia.

Preeclampsia:
Tensión arterial por encima de 140/90 mmHg asociado con alguno de los siguientes criterios:
Proteinuria mayor a 300 mg/día en recolección de orina de 24 horas o tira reactiva con 1+ .
Relación proteína / creatinina mayor a 0.3.

Preeclampsia con criterios de severidad.

Eclampsia:
Estado hipertensivo asociado al embarazo con convulsiones generalizadas.

Síndrome de HELLP:
Considerado como variante de la preeclampsia.

Es importante identificar los factores de riesgo que presenta la paciente embarazada, siendo los más comunes:

- Paciente con lupus o síndrome antifosfolípidos.
- Antecedente de enfermedad renal e hipertensión crónica.
- Diabetes pregestacional.
- Obesidad (Índice de masa corporal mayor a 30).
- Edad materna mayor a 40 años.
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular.

¿CUÁL ES EL ORIGEN DE ESTA ENFERMEDAD?

Se debe a un defecto en la formación de la placenta, más específicamente durante la remodelación de las arteriolas espirales. Esta falla en la remodelación e implantación perjudica el flujo sanguíneo placentario, lo que lleva a un ambiente hipóxico y a la liberación de una respuesta inflamatoria. [2]

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Neurológico: Cefalea: *este es el síntoma más común y se manifiesta en el 85% de las pacientes.*
Alteraciones visuales como: fotopsias, escotomas y ceguera cortical.
Convulsiones, ya considerados como una emergencia obstétrica.

Digestivo: Epigastralgia, considerado ya como dato de severidad.
Náuseas y vomito.

Vacular: Desarrollo de edema con predominio en miembros pélvicos.

Pulmonares: Disnea por aparición de edema agudo de pulmón

Hay que recordar que esta enfermedad no solo compromete la vida de la madre, sino que, además, tiene repercusión en el feto y puede comprometer también su vida.

Entre muchos otros puede causar restricción de crecimiento intrauterino, debido a una mala perfusión placentaria, así como amenaza de parto pretérmino, mayor riesgo de sepsis, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragias intraventriculares, enterocolitis necrosante, etc. [1]

Debido a estas complicaciones, es importante realizar un buen tamizaje en nuestra población y debe buscarse en cada consulta de control prenatal. Existen varias estrategias para la disminución de la incidencia de la eclampsia, entre las cuales encontramos:

- Acudir a todas tus consultas de control prenatal.
- Administración de suplementos de calcio en áreas donde el consumo de calcio sea bajo.
- Administración de ácido acetilsalicílico a dosis bajas (75 mg aspirina) en mujeres con factores de riesgo.
- A las mujeres con hipertensión crónica previamente diagnosticada se les debe llevar un control adecuado de cifras tensionales antes y durante el embarazo.
- Administración de sulfato de magnesio como anticonvulsivo en mujeres con preeclampsia grave.
- Se recomienda acelerar el parto en pacientes con preeclampsia severa en embarazos a término.
- A toda mujer que desee un embarazo se le deben advertir los factores de riesgo que esta tenga y tratar de revertir los que más se pueda. Eso incluye disminuir IMC a <30, controlar hipertensión crónica o diabetes, evitar embarazo en mayores de 40 años, entre otros. [2]

Recuerda llevar una vida saludable con dieta sana y ejercicio, así como acudir a todas tus consultas de control prenatal en tiempo y forma para evitar complicaciones como cualquiera de estas enfermedades y muchas otras más.

Ten en cuenta que cuidándote a ti también estás cuidando a tu bebé.

BIBLIOGRAFÍAS:

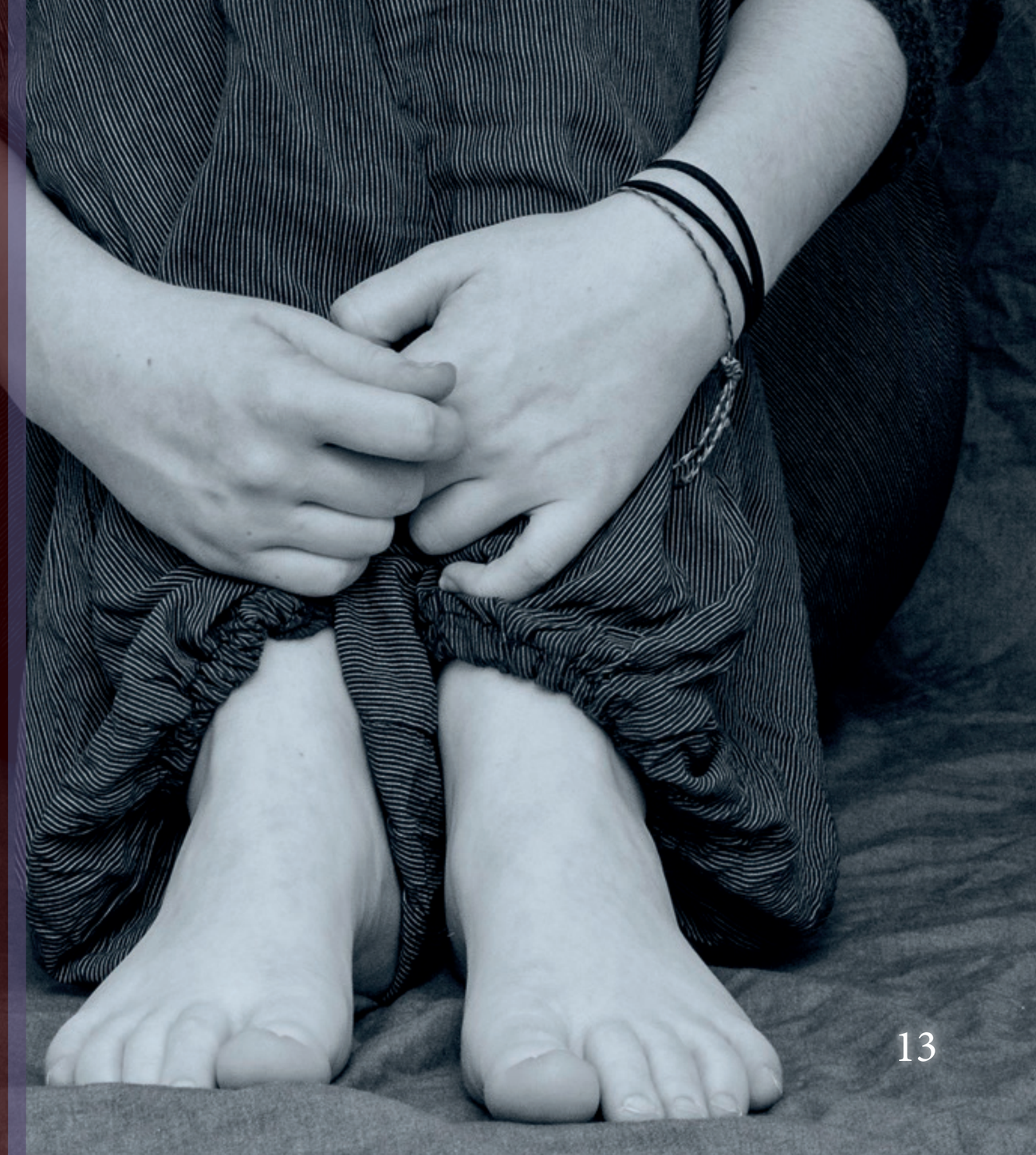
GPC - Sitio Web Del IMSS. Detección, Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades hipertensivas en el embarazo. (2017). Retrieved August 16, 2022, from https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf Rodríguez, R. J., & Pérez, A. C. (2021). Estados hipertensivos en el embarazo. In Manual Cto de Medicina Y cirugía: Ginecología y Obstetricia (pp. 156–161). essay, CTO.

TIPOS DE ABORDAJE EN EL TRATAMIENTO CONTRA LA DEPRESIÓN

"Un alma triste puede matarte más rápido, mucho más rápido, que un germen" - Jhon Steinbeck.

M.P.S.S. Omar Alejandro Mendoza Chávez

Carrera: Médico Cirujano
jandromend@gmail.com



La depresión es una enfermedad con diversas manifestaciones. Algunas de estas incluyen sentimientos de tristeza o culpa, pérdida de alegría o interés por actividades que antes lo ocasionaban, baja autoestima, cambios en el sueño y el apetito, fatiga crónica y dificultad para concentrarse. Sus manifestaciones pueden ser físicas, emocionales y conductuales; y a su vez las clasificamos en leves, moderadas y graves.[1]

Para ser tratada se requiere de un manejo mediante un equipo de atención integral con la facultad de diagnosticar y reconocer en qué estadio del trastorno se encuentra. Para su manejo se cataloga el abordaje en agudo, tratamiento de mantenimiento y medidas de sostén.[1]

TRATAMIENTO AGUDO

Es un tratamiento inicial con una duración de 6 a 12 semanas. Su objetivo es el de mostrar inicialmente una mejoría clínica y al menos un 50 % de resolución de los síntomas; mientras que una disminución en la puntuación inicial entre el 25 % y el 49 % se denomina respuesta parcial, menos del 25 % es una respuesta nula. Por lo tanto, hay factores que interfieren en este punto, como lo son la reacción de episodios anteriores, la reacción de los familiares de primer grado ante la misma enfermedad, la gravedad de la enfermedad, los efectos secundarios de la propia terapéutica y las posibles interacciones entre fármacos, impacto económico, entre otras.[1,2]

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

Tiene una duración de 4 a 9 meses y se centra en la prevención de recaídas ante el avance que se ha obtenido, generalmente a través de la psicoterapia. Este tratamiento es efectivo cuando los síntomas agudos han desaparecido por completo y su alta tasa de recurrencia está indicada por la reducción del uso de medicación antidepresiva. En esta etapa, los pacientes pueden ser transferidos de la atención de tercer nivel a segundo, o de segundo a primer nivel según la atención estándar que tenga en cuenta la gravedad de los síntomas iniciales y su respuesta actual.[1,2]

TRATAMIENTO DE SOSTÉN

Este tratamiento se puede continuar desde un año hasta toda la vida, ya que el objetivo principal es prevenir la recaída de la depresión. Sus indicaciones dependen de las características, evolución y gravedad de cada caso en particular. La dosificación del fármaco utilizado será la misma que la dada en la fase de mantenimiento.[1]

Las opciones de tratamiento son variadas y deben ser elegidas por un especialista, por lo que es importante llevar y/o derivar siempre al paciente a un examen psiquiátrico y/o psicológico para un examen especializado, quien debe ser el responsable de establecer el manejo.[1]
Como manejo pueden surgir cuatro:

◊ ***Tratamiento del trastorno depresivo leve y de la distimia.***

- Se practica mediante un manejo sin medicamentos, con base en la educación psicológica, consejería de apoyo y grupos de autoayuda.

◊ ***Tratamiento del trastorno depresivo moderado.***

- Se hace uso de fármacos antidepresivos y se complementa con las medidas no farmacológicas como en el tratamiento del trastorno depresivo leve y de la distimia.

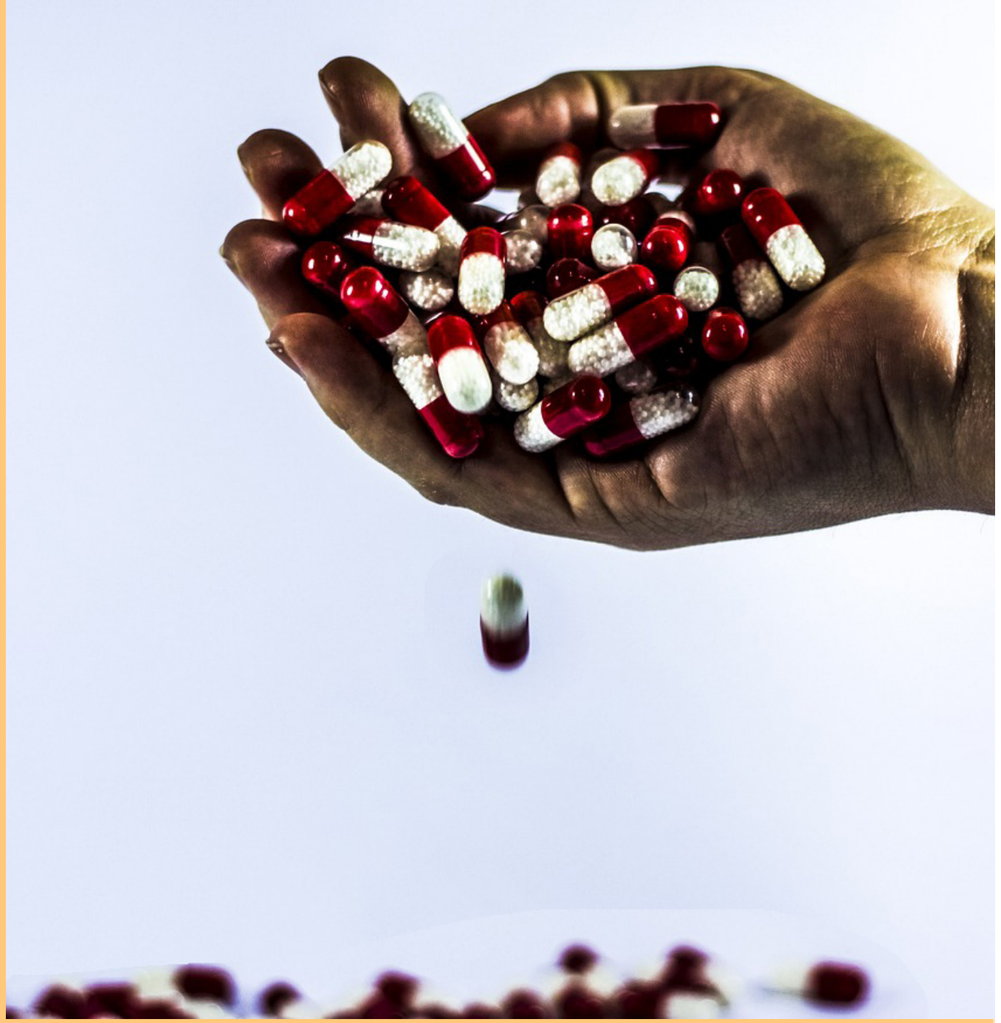
◊ ***Tratamiento del trastorno depresivo grave.***

- Para este manejo se hace uso del tratamiento del nivel anterior, y a este se le agrega la psicoterapia; según varios estudios la opción más indicada es la del tipo cognitivo-conductual.

◊ *Tratamiento de la depresión refractaria.*

- En este nivel el tipo de atención que se requiere es del equipo interdisciplinario en conjunto mediante el cual se deben trabajar los aspectos psicólogos, familiares, educativos, laborales y comunitarios de manera asertiva y por expertos.[1]

En lo mencionado con anterioridad se debe considerar la optimización de los medicamentos antidepresivos, pues cada caso es particular, como lo es la respuesta a la graduación de la dosis de los fármacos, por lo que siempre se debe recordar la respuesta al tratamiento y los efectos secundarios posiblemente causados por cada elemento en el abordaje. Se deben utilizar dosis farmacológicamente adecuadas durante al menos 8 semanas, y si no hay respuesta satisfactoria al tratamiento, se recomiendan nuevas estrategias.[1]



Fuentes de consulta:

Servicio Murciano de Salud. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos [Internet]. Murcia, España: Consejería de Sanidad; s.f. pp. 88. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto [Internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2 de diciembre de 2015. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf

ANISOMETROPÍA

"La vida es fascinante, solo hay que mirarla a través de las gafas correctas"
- Alexandre Dumas.

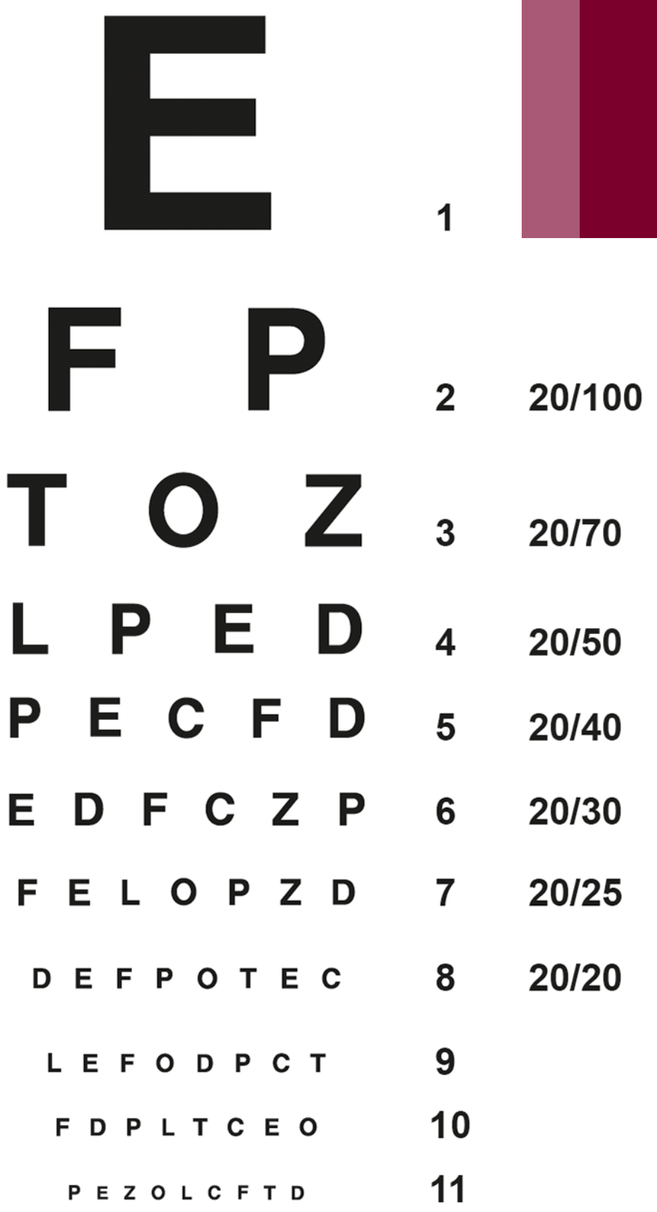
P.O. Rubén Ricardo Ruíz Rivera

Carrera: Optometría
ricardoruiz101093@gmail.com

Cuando hablamos de anisometropía nos referimos a un problema visual en el que cada uno de los ojos presenta un error refractivo diferente, es decir, existe una diferencia de graduación en cada ojo. Esta condición puede afectar gravemente a la visión binocular en aquellos casos en los que exista una diferencia considerable de dioptrías entre ambos ojos.

Debemos tener en cuenta que cuando existe una diferencia de dioptrías considerable entre ojos, la imagen que el cerebro interpreta de uno y otro ojo será también diferente.

Si la calidad de una imagen enviada al cerebro es borrosa, el cerebro puede eliminar la visión de peor calidad, de modo que se originaría lo que se conoce como ambliopía u ojo vago.



Esta discriminación por parte del cerebro se debe a que, para tener un mejor funcionamiento, utilizará la imagen más nítida que reciba del ojo con menor graduación, y reduce la funcionalidad de percepción del ojo que envía la peor imagen o de mayor graduación; a su vez la ambliopía: disminución de la agudeza visual, casi siempre unilateral (Velasco, 2018) puede generar una desviación o estrabismo.

La anisometropía puede ser congénita y aparecer desde muy pequeños o puede manifestarse en edades más adultas a causa de un traumatismo o cirugía de desprendimiento de retina.

Una consulta de diagnóstico temprano permitirá al optometrista u oftalmólogo actuar de manera adecuada en el tratamiento y los resultados pueden ser mejores. Lleva a tus hijos a revisiones anuales para la valoración de salud y funcionamiento visual.

La mayoría de las anisometropías se tratan mediante gafas o lentes de contacto con la graduación correcta en conjunto con la terapía visual para trabajar la visión binocular del paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

Tejedor, J. (2006). Ambliopía por anisometropía: ver para creer. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología, 81*(8), 427-428. Recuperado el 28 de septiembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912006000800001&lng=es&tlng=es.

GENERALIDADES DE LA DISTRIBUCIÓN DIETÉTICA EN LA NUTRICIÓN DEPORTIVA

"El ejercicio es el rey. La nutrición es la reina. Ponlos juntos y tendrás un reino." - Jack Lalanne.

Andrea Gpe. Ruiz Esparza Ortega

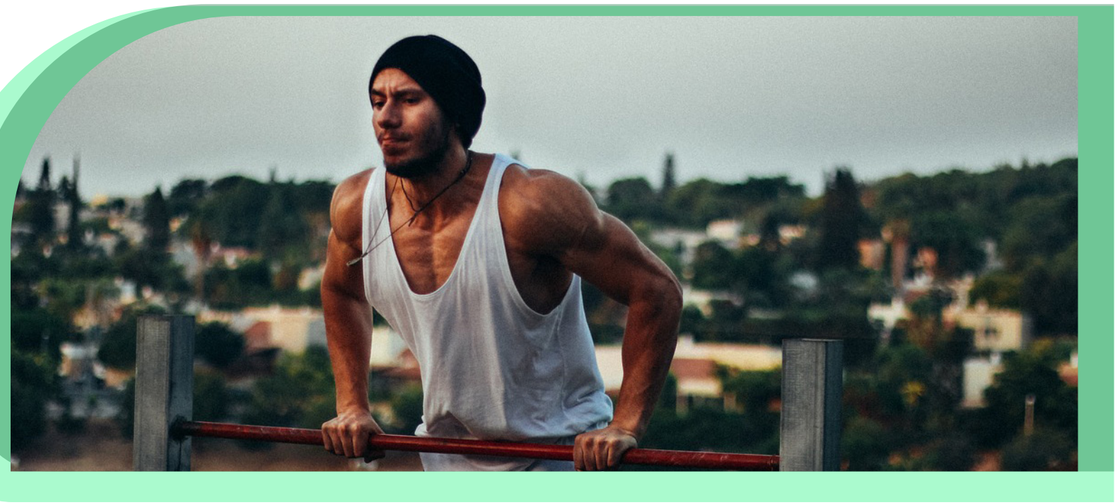
Carrera: Nutrición

andy.ruizeo611@gmail.com

La nutrición deportiva es una rama especializada de la nutrición, la cual se enfoca en las personas que practican diferentes tipos de deportes. La dieta de un deportista parte de tres objetivos clave: aportar la energía necesaria, otorgar nutrientes para mantener los niveles deseados y reparación de los tejidos, principalmente el tejido muscular, así como mantener y regular el metabolismo corporal.
Dentro del deporte existen diferentes actividades, cada uno de ellos tendrá recomendaciones específicas y personales para un mejor rendimiento antes, durante y después de los entrenamientos y competencias.

ENERGÍA:

De las calorías totales ingeridas, los hidratos de carbono deben aportar un 55 – 60 % de las mismas, las proteínas de un 10 – 15 % y las grasas de un 20 – 25 %. En fases donde haya un mayor entrenamiento, se debe recomienda aumentar el porcentaje de hidratos de carbono hasta el 65 – 70 %. Las adecuaciones de los porcentajes de los macronutrientes que se deben ajustar serán planificados y personalizados por el nutriólogo en conjunto con el entrenador del deportista, esto con el objetivo de llevar un correcto plan de intervención.



MACRONUTRIENTES PARA EL EJERCICIO

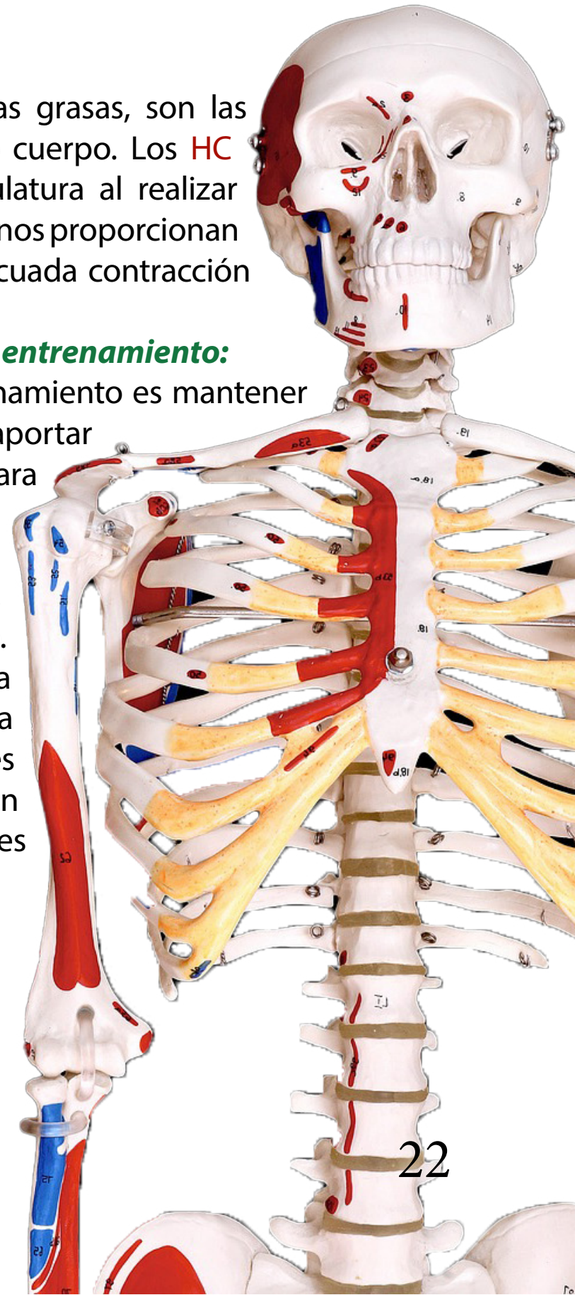
Hidratos de carbono:

Los Hidratos de Carbono (HC), junto con las grasas, son las principales fuentes de energía para nuestro cuerpo. Los HC son el principal combustible para la musculatura al realizar ejercicios de mediana y alta intensidad, ya que nos proporcionan la energía necesaria para mantener una adecuada contracción muscular durante el ejercicio.

- ***Hidratos de Carbono durante etapa de entrenamiento:***

El objetivo de los HC en el periodo de entrenamiento es mantener los depósitos corporales de ellos mismos y aportar adecuadamente energía al músculo para ejecutar la actividad física, esto mediante el aporte de glucosa al músculo esquelético y por el aporte de glucosa y fructosa al hígado, permitiendo la síntesis de glicógeno hepático. Una diferencia entre la planificación de dieta de una persona que no realiza deporte de alta o media intensidad con otra que sí lo hace, es que la cantidad de HC debe ser estimada en relación al peso corporal. Las recomendaciones son las siguientes:

- *1 hora/día = 6 – 7 gr de HC/kg de peso*
- *2 horas/día = 8 gr de HC/kg de peso*
- *3 horas/día = 9 gr de HC/kg de peso*
- *4 horas/día = 10 gr de HC/kg peso*



- ***Recuperación del glicógeno muscular:***

Dieta con alimentos ricos en HC, con alto índice glicémico, puede reponer en 24 hrs el glicógeno consumido.

Se sugiere un aporte de 1.5 g de HC (kg peso corporal, se deben consumir durante los 15 minutos posteriores a finalizar la competencia).

PROTEÍNAS:

En los deportistas las proteínas llegan a aportar entre un 5 – 10% del total de energía utilizada. La ingesta de proteínas es muy variada, pero se puede resumir de esta manera:

- Entrenamiento de fuerza, etapa de mantenimiento: 1.2 – 1.4 gr/kg de peso corporal.
- Entrenamiento de fuerza, etapa de aumento de masa muscular: 1.8 – 2 g/kg de peso corporal.
- Entrenamiento de resistencia: 1.4 – 1.6 gr/kg de peso corporal.
- Actividades intermitentes de alta intensidad: 1.4 – 1.7 gr/kg de proteínas de peso corporal.
- Recuperación post-ejercicio: 0.2 - 0.4 gr/kg de peso corporal.[1]

LÍPIDOS EN ALIMENTACIÓN DEL DEPORTISTA:

De igual manera que los dos macronutrimentos anteriores, las especificaciones se harán dependiendo del deporte y el momento del ciclo deportivo en donde se encuentre, sin embargo, sí hay recomendaciones generales para las personas que están haciendo deporte. Se debe consumir entre un 20 – 30 % de las calorías del día como grasas, esto permitirá cubrir las necesidades de ácidos grasos esenciales. Se aconseja que la comida previa a la competencia sea baja en grasas, ya que puede ocasionar algún malestar por la situación de estrés que está manejando el deportista.

VITAMINAS Y MINERALES:

Estos dos micronutrientes son importantes reguladores metabólicos por lo que la práctica de actividades deportivas va acompañada de un aumento en los requerimientos de las vitaminas implicadas en el metabolismo energético. Este aumento de requerimientos se hace mediante fuentes de alimentos, de ahí será nuestro principal aporte de nutrientes. No es necesaria ni obligatoria la suplementación de vitaminas y minerales si se lleva a cabo un plan de alimentación idealizado para los objetivos particulares.

AGUA:

El agua es fundamental antes, durante y después de las sesiones de entrenamiento, ya que puede haber pérdidas del 2 % del peso corporal, esto altera la homeostasis del volumen intracelular y extracelular en el organismo, haciendo que haya un descenso de la funcionalidad celular y de volemia efectiva.[2]

BIBLIOGRAFÍA

González-Gross M, Gutiérrez A, Mesa J, Ruiz-Ruiz J, Castillo M. La nutrición en la práctica deportiva: Adaptación de la pirámide nutricional a las características de la dieta del deportista. ALAN. 2001.51(4). Consultado en: *http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222001000400001*

Olivos C, Cuevas A, Álvarez V, Jorquera C. Nutrición para el Entrenamiento y la Competición. Rev. Med.Clin.Condes. 2012; 23(3) 253-261. Consultado en: *https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-nutricion-para-el-entrenamiento-competicion-S0716864012703085*

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

"Que la comida sea tu alimento, y tu alimento tu medicina." - Hipócrates.

M.P.S.S. Estefanía Montserrat Quezada Ávila

Carrera: Médico Cirujano
montseqzd@gmail.com

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una de las patologías más frecuentes dentro de la gastroenterología que llega a afectar la calidad de vida de muchos mexicanos. Es importante reconocer los síntomas y signos para un correcto diagnóstico y así realizar los cambios en el estilo vida necesarios e indicar el tratamiento adecuado para la mejora del cuadro clínico del paciente.

¿QUÉ ES?

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una enfermedad inflamatoria que se define como el paso del contenido gástrico o gastroduodenal hacia el esófago, lo que causa síntomas y complicaciones relacionadas con el esófago. (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2018)

FACTORES DE RIESGO

Se incluye hernia hiatal, **ingesta de ciertos alimentos** (café, grasa, chocolate, menta, bebidas carbonatadas), herencia.

En pacientes **embarazadas** se puede llegar a presentar hasta en un 50 %, sin embargo, se suele resolver al finalizar el embarazo.

La **obesidad** aumenta 2 veces el riesgo de presentar ERGE, la edad incrementa la prevalencia después de los 50 años y entre los **medicamentos** se encuentran los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y la aspirina. (CENETEC, 2018)

CUADRO CLÍNICO

Los síntomas se pueden clasificar en típicos y atípicos.
Entre los típicos encontramos dos:

- **Pirosis:** sensación de ardor en el estómago o pecho, es el síntoma más frecuente, según estadísticas se presenta hasta en un 13.5 % de los pacientes.
- **Regurgitación:** el ácido y/o los alimentos pasan hacia el esófago y se presenta en un 10.2 % de los pacientes.

Entre los **atípicos** se encuentran: tos, laringitis, erosiones dentales, asma, dolor de estómago o pecho, náuseas, vómitos, entre otros. (CENETEC, 2018)

DIAGNÓSTICO

Se hace principalmente clínico. Con la presencia de síntomas típicos dos o más veces por semana en un paciente menor de 50 años, sin datos de alarma, se integra un diagnóstico presuntivo, en este caso se recomienda hacer una prueba terapéutica con inhibidores de la bomba de protones y si hay una mejoría de los síntomas se confirma el diagnóstico. (Huerta-Iga et al., 2016)

COMPLICACIONES

Entre las complicaciones más importantes que se pueden llegar a presentar por ERGE son esofagitis, que es la inflamación de la mucosa del esófago lo que podría ocasionar úlceras; estenosis péptica, se refiere a un estrechamiento del esófago; y esófago de Barret, que es una lesión premaligna por lo que debe de estar en constante vigilancia.

TRATAMIENTO

No farmacológico:

Bajar de peso en caso de obesidad, no fumar, evitar consumo de los alimentos antes mencionados, elevar la cabecera de la cama, dormir en decúbito lateral izquierdo, evitar ingesta de alimentos 2 horas antes de acostarse, así como evitar ropa ajustada en el área del estómago. (UpToDate, s.f.)

Farmacológico:

Entre los grupos de medicamentos que ayudan a mejorar los síntomas se encuentran los inhibidores de la bomba de protones, antiácidos, procinéticos y antagonistas de los receptores de histamina H2.

Quirúrgico:
Funduplicatura laparoscópica. (CENETEC, 2018)

ERGE es una patología muy común dentro de nuestra población, por lo que es importante informarnos acerca de ella ya que reconociendo adecuadamente los síntomas en etapas tempranas se puede realizar un diagnóstico precoz, lo que beneficiará la calidad de vida del paciente, así como evitará las complicaciones mencionadas.

También es importante informar sobre el tratamiento no farmacológico ya que con cambios de hábitos podría mejorar en gran medida la sintomatología del paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2018). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el adulto. CENETEC. https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-S-820-18/ER.pdf Huerta-Iga, F., Bielsa-Fernández, M. V., Remes-Troche, J. M., Valdovinos-Díaz, M. A., & Tamayo-de la Cuesta, J. L. (2016). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Revista de Gastroenterología de México, 81(4), 208–222. https://doi.org/10.1016/J.RGMX.2016.04.003 UpToDate. (s.f.). Obtenido el 16 de agosto de 2022, de https://www-uptodatecom.dibpxy.uaa.mx/contents/medical-management-of-gastroesophageal-reflux-disease-inadults?search=enfermedad por reflujo gastroesofagico&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H2

EL DERECHO A LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO

"La salud es la primera de todas las libertades"
- Henri-Frédéric Amiel.

Daniela Geraldine Reynoso Trejo

Carrera: Derecho
danniegeraldine@gmail.com

En México, el derecho a la salud fue reconocido por primera vez en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el día 3 de febrero de 1983, cuando el Diario Oficial de la Federación (DOF) publicó una reforma al artículo 4° constitucional, quedando este de la siguiente manera:

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución."
(Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos)

Es importante resaltar que, en su primera aparición, el derecho a la salud era consagrado como protección de la salud en lugar de ser señalado como derecho a la salud, esto tiene su razón de ser en que el Estado está obligado a prestar servicios de salud y, sobre todo, a garantizar su acceso a la población. De ahí deriva el que, en México, al hablar del derecho a la salud en realidad se está haciendo referencia al acceso a los servicios de salud, específicamente al acceso de los servicios médicos.

Sin embargo, esta situación ha ido cambiando y evolucionando con el paso del tiempo. Es el 10 de junio de 2011 cuando la Cámara de Diputados de los Estados Unidos Mexicanos realizó una de las reformas más importantes a la Constitución Política en materia de derechos humanos, esto con la finalidad de mejorar el estatus jurídico de los tratados internacionales de los derechos humanos y sus garantías en el territorio nacional. Esta reforma consistió en lo siguiente:

"Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.
Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley."
(Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2011).

La reforma realizada a la Constitución significó un gran parteaguas dentro de la legislación mexicana en materia de derechos humanos, pues a partir de ahí, estos están garantizados en México no sólo por la Constitución Política, sino por los tratados internacionales y tribunales internacionales que tienen competencia regional (en México, este tribunal internacional es la Corte Interamericana de Derechos Humanos).

Gracias a la reforma del 2011, el derecho a la salud y su contenido, así como los procedimientos que garantizan su cumplimiento y accesibilidad cambian y pasan a ser los mismos que establecen los tratados internacionales firmados por México y reconocidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

No obstante, no basta con reconocer a las personas como titulares de derechos humanos, es de suma importancia establecer mecanismos que permitan un apto, amplio y correcto diseño para la implementación de políticas públicas, así como para el acceso a las vías procesales para situaciones en donde este derecho es violentado.

Pero ¿cómo es que el Estado garantiza este derecho a la salud? El Estado tiene una obligación hacia los ciudadanos de proporcionarles seguro médico y centros de salud necesarios a aquellas personas que no tengan los medios necesarios para poder acceder a ellos, así como de garantizar la atención adecuada para la salud, brindar una buena calidad de servicios de salud, impedir cualquier tipo de discriminación que tenga como base motivos intencionalmente prohibidos, sobre todo aquellos que tienen que ver con obligaciones fundamentales del derecho a la salud.

La promoción e importancia del derecho humano a la salud es de carácter esencial para la sociedad, pues el derecho a la salud despliega una serie de derechos que son primordiales para el desarrollo del ser humano en un ambiente sano y con bienestar: el derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y esparcimiento de sus hijos, a un medio ambiente sano para su desarrollo, al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico de forma salubre, asequible y suficiente, así como a tener una vivienda digna y decorosa y la práctica del deporte.

El derecho humano a la salud es un derecho que depende de la satisfacción de estos demás derechos que se derivan de él, pues estos, en conjunto son los que determinan las condiciones de salud de las personas. He ahí la razón que explica el por qué el derecho a la salud es un derecho complejo, pues está relacionado directamente con el cumplimiento y satisfacción de otros derechos humanos.

Sin embargo, este derecho no debe ser entendido como un sinónimo a estar sano, lo que el derecho a la salud implica son libertades y derechos, libertades como; por ejemplo, el derecho a decidir sobre nuestra salud, sobre nuestro cuerpo y al número y esparcimiento de nuestros hijos. Mientras que dentro de los derechos está, por ejemplo, el derecho a ser tratados sin ningún tipo de discriminación por parte del personal de salud.
Entonces, el derecho a la salud debe ser considerado no sólo como un derecho fundamental para las personas, sino como un derecho al acceso y disfrute de todo un amplio repertorio de facilidades, de bienes, servicios y circunstancias que son necesarias para poder alcanzar el más alto nivel posible de salud, esto último dependiendo de las circunstancias biológicas y socioeconómicas de la persona y los recursos que tenga el Estado.

Referencias:

Olivia López Arellano, Sergio López Moreno. (2015). Derecho a la Salud en México. 2015, de Corte Interamericana de Derechos Humanos Sitio web: https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39646.pdf

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917, 5 febrero). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf

Breve historia del artículo constitucional que protege a la salud. (2021, 28 enero). AMIIF Innovación para la vida. https://amiif.org/breve-historia-del-derecho-que-protege-la-salud/#:~:text=El%207%20de%20febrero%20de,en%20materia%20de%20salubridad%20general

En EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO PROBLEMAS DE SU FUNDAMENTACIÓN. María Elena Lugo Garfias. http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf

Directorio

RECTORA
Dra. en Admón. Sandra Yesenia Pinzón Castro

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. en Farm. Sergio Ramírez González

JEFA DE LA UNIDAD MÉDICO DIDÁCTICA
Dra. Paulina Andrade Lozano

Editor en jefe

LCO Mónica García Ávila

Mtra. María del Carmen Rodríguez Juárez

Corrector de estilo

Misael Alejandro Delgado González

Cassandra Guadalupe Torres Romo

Autores de artículos

Rodrigo Nava Rodríguez

Omar Alejandro Mendoza Chávez

Andrea Gpe. Ruiz Esparza Ortega

Rúben Ricardo Ruiz Rivera

Estefanía Montserrat Quezada Ávila

Daniela Geraldine Reynoso Trejo

Diseño de revista

Viridiana Jocelyn Jiménez Núñez

Elizabeth López Galván

Universidad Autónoma de Aguascalientes

Centro de Ciencias de la Salud

UMD Unidad Médico Didáctica