



Colegio de Médicos del Estado
de Veracruz A.C.



2025

2026

“LO IMPOSIBLE EMPIEZA AQUÍ.”



Finca Monarca

**"Una taza de café al día mantiene los
sueños en marcha."**



Contamos con envíos locales y nacionales.
¡Haz tu pedido hoy!

Más información: 2299037869 ✨

Punto de venta:
Plaza Américas local 3B
(frente a Banamex y contra esquina del Vips)
Boca del río, Ver.

Contacto:
mail: fincamonarcacafe@gmail.com
Facebook: Finca Monarca
Instagram: finca.monarca

ÍNDICE



**Colegio de Médicos del Estado
de Veracruz A.C.**

06

**Pertenecer: el valor de caminar
juntos en la medicina.**

09

**Campaña de recolección de
donativos en beneficio del albergue
infantil “El buen Samaritano.”**

12

**Programa UROLATAM
Salud urológica en Veracruz**

21

**ACTIVIDADES
Colegios y sociedades médicas**

33

**Salud en México 2026 la prevención
no es discurso, es estrategia.**

39

**Ahorrar/Invertir no es una cuestión
de fuerza de voluntad: es una
cuestión de hábitos**

42

**Meningitis: Bases Biológicas, Retos
Clínicos y Perspectivas**

56

**Fertilidad femenina: lo que toda
mujer debería saber... y todo
médico recordar**





**Colegio de Médicos del Estado
de Veracruz A.C.**

ÍNDICE

65

**¿Quién se ocupa y preocupa
por los niños en México?**

71

**Las asociaciones estudiantiles y su
papel como semilleros de investigación
en la formación médica de los
estudiantes de pregrado**

77

**Salud sexual: clave para una vida
plena y responsable.**

82

**Calidad educativa en la formación de
médicos especialistas en México.:
Retos y perspectivas**

98

El psiquiatra, la psiquiatría y el paciente

101

FAICIC





Oxigenando tus pasos...

Pertenecer: el valor de caminar juntos en la medicina



Colegio de Médicos del Estado de Veracruz A.C.

La medicina es una vocación profundamente humana. Cada consulta, cada guardia, cada urgencia y cada paciente nos recuerda que nuestra profesión no se limita a diagnósticos y tratamientos: se trata de acompañar vidas, de aliviar dolor, de sostener esperanzas. Ser médico es un compromiso diario, muchas veces silencioso, que se vive con entrega, disciplina y con un profundo respeto por la dignidad humana.

Pero también es cierto que el camino médico, por momentos, puede ser exigente y solitario. Enfrentamos retos clínicos complejos, cambios constantes en la ciencia, nuevas tecnologías, demandas sociales crecientes y la enorme responsabilidad de mantenernos siempre actualizados, siempre listos, siempre firmes. Frente a todo ello, hay una verdad que no cambia: la medicina se fortalece cuando se construye en comunidad.

Un Colegio Médico no es solo una institución... es pertenencia

Pertenecer a un Colegio Médico es más que formar parte de un listado o portar un nombramiento. Es encontrar un espacio donde la experiencia se comparte, donde el conocimiento se multiplica, donde los colegas se convierten en aliados, donde la ética se reafirma y donde la vocación se renueva.

Un Colegio es, en esencia, un punto de encuentro. Un lugar donde el médico no solo se actualiza, sino que también se reconoce: en los valores que nos unen, en la visión profesional que nos guía y en la convicción de que la excelencia no se logra en aislamiento, sino en equipo.

816 corazones médicos latiendo por una misma misión



Colegio de Médicos del Estado de Veracruz A.C.

Hoy, el Colegio de Médicos del Estado de Veracruz vive un momento que merece ser celebrado. Con profundo orgullo podemos decir que hemos venido recibiendo una aceptación creciente por parte del gremio, un respaldo que nos inspira y nos compromete.

No es una cifra cualquiera. Cada uno de esos nombres representa vocación, trayectoria, esfuerzo y servicio. Son 816 historias de vida dedicadas a cuidar, a aprender y a seguir creciendo. Son 816 colegas que han decidido sumar en vez de competir, construir en vez de separar, compartir en vez de caminar solos.

Esta cifra no habla únicamente de crecimiento institucional: habla de confianza. Habla del deseo del médico veracruzano de pertenecer a un espacio serio, digno y con propósito. Habla de una comunidad que cree en la formación continua, en el respaldo gremial y en la fuerza de la unidad.

Porque cuando nos unimos, ganamos todos... especialmente el paciente

En el Colegio no solo nos reunimos: nos fortalecemos. Aquí, cada conferencia, cada taller, cada sesión académica, cada vínculo con instituciones y cada proyecto formativo tiene un objetivo superior: mejorar la atención que brindamos.

La educación médica continua no es un lujo. Es una responsabilidad. Es el puente que conecta la ciencia con la práctica diaria. Es lo que nos permite ofrecer diagnósticos más oportunos, tratamientos más actualizados y una atención cada vez más segura, humana y eficiente.

Y si hay alguien que se beneficia de manera directa con un Colegio activo y unido, es el paciente. Porque un médico actualizado, acompañado, respaldado y comprometido es un médico que brinda mejor medicina.



Colegio de Médicos del Estado de Veracruz A.C.

Un futuro que se construye sumando

En este 2026 queremos seguir creciendo. Queremos que más colegas se integren, no por aumentar números, sino por ampliar nuestra capacidad de acción, de impacto y de servicio.

Necesitamos sumar a los jóvenes que comienzan su carrera, a los especialistas con trayectoria, a quienes desean espacios de actualización real y a quienes saben que en medicina la unión no solo es fuerza: es futuro.

El Colegio es de todos, y para todos. Cada nuevo miembro es una voz que enriquece, una experiencia que fortalece, una idea que suma, un paso que avanza.

Pertenecer a un Colegio Médico es una decisión que honra nuestra profesión. Es un acto de compromiso con la ética, con la educación continua y con la sociedad. Es decir, con hechos: "no camino solo, camino con mis colegas".

Hoy, con 816 miembros, renovamos nuestra gratitud y nuestra responsabilidad. Sigamos construyendo un Colegio fuerte, unido y digno. Sigamos trabajando en equipo. Sigamos elevando el nivel de nuestra medicina.

Porque al final, el verdadero propósito no está en el número... está en lo que somos capaces de lograr juntos: mejor educación médica continua, mejor salud para Veracruz y mejor vida para nuestros pacientes.



AYUDAR TAMBIÉN ES PARTE DE
NUESTRA VOCACIÓN

CAMPAÑA DE RECOLECCIÓN DE DONATIVOS 2026 EN BENEFICIO DEL ALBERGUE INFANTIL “EL BUEN SAMARITANO”



En el Colegio de Médicos del Estado de Veracruz tenemos la certeza de que la medicina no solo se ejerce en consultorios, quirófanos o salas de urgencias. La medicina también se expresa en la solidaridad, en la empatía y en la decisión de apoyar a quienes más lo necesitan. Por eso, con profundo sentido humano, durante este mes de diciembre realizamos una colecta con un propósito muy especial: respaldar al Albergue Infantil “El Buen Samaritano”

Esta iniciativa se consolidó como la Campaña de Recolección de Donativos 2026, una actividad que reafirma nuestro compromiso institucional con la labor social, el servicio comunitario y la construcción de una sociedad más solidaria. Porque como médicos, sabemos que cuidar también significa acompañar, proteger y brindar esperanza.



Una colecta con causa: por el bienestar de la niñez El Albergue Infantil “El Buen Samaritano” realiza una labor fundamental: brindar protección y cuidados a niñas y niños que requieren apoyo, atención y un entorno digno. Conscientes de esta necesidad, el Colegio convocó a sus miembros y a la comunidad médica a participar con donativos para fortalecer este esfuerzo.

La respuesta fue verdaderamente inspiradora: se vivió un gran espíritu de colaboración, y gracias a la generosidad de colegas, amigos y aliados, se logró reunir una cantidad significativa de apoyos que representan bienestar directo para los niños del albergue.

Este cierre en una fecha tan simbólica fue especialmente significativo: un recordatorio de que la solidaridad también puede convertirse en un regalo de vida, dignidad y esperanza.

¿Qué se recibió?

Durante la campaña se recibieron múltiples artículos indispensables para el día a día del albergue, entre ellos:

🍲 Se recibieron:

- Alimentos no perecederos
- Artículos de higiene para el hogar
- Artículos de primera necesidad para bebés
- Ropa nueva y ropa usada en buen estado

Gracias a la generosidad de todos los participantes, en esta ocasión se logró reunir una gran cantidad de donativos, principalmente de artículos de higiene para el hogar, insumos de primera necesidad y ropa, reflejando el compromiso real y la sensibilidad social de nuestra comunidad médica.

Una comunidad médica que sabe servir más allá del consultorio. Este tipo de campañas nos recuerdan algo esencial: el Colegio no solo es un espacio académico y gremial; también es una plataforma para servir. La medicina, en su sentido más profundo, siempre ha estado ligada a la compasión y a la vocación de ayudar.



El Colegio de Médicos del Estado de Veracruz expresa su más sincero agradecimiento a todas y todos quienes hicieron posible esta campaña, desde quienes donaron con generosidad hasta quienes apoyaron en la difusión, logística, organización y entrega.

Reconocemos con respeto y gratitud el espíritu solidario de nuestra comunidad, que una vez más demostró que la vocación médica trasciende el consultorio y se convierte en acción social.

Cada donativo representa no solo un apoyo material, sino también un mensaje de acompañamiento y esperanza para las niñas y los niños del Albergue Infantil “El Buen Samaritano”.

**Porque ayudar también es parte de
nuestra vocación, y cuando la comunidad
médica se une, el bien se multiplica.**





PROGRAMA UROLATAM **# SALUDUROLOGICAVERACRUZ**

PROGRAMA DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA
¿DÓNDE ESTAMOS Y HACIA DÓNDE VAMOS ?

El Cáncer de Próstata en México, es un grave problema de salud, en el 2020, se registró una incidencia de 42.2 casos por cada 100,000 hombres, reportándose alrededor de 27,742 nuevos casos, constituyendo la primera causa de mortalidad en la población masculina mexicana. Desafortunadamente en México, cerca del 70% de los pacientes masculinos que son diagnosticados con Cáncer de Próstata, presentan estadios avanzados de la enfermedad en donde las alternativas terapéuticas son escasas.

En América Latina, los programas de Cribado Población en Cáncer de Próstata, son poco eficaces, no reproducibles, no estandarizados, no vinculantes y no medibles, lo cual impide una adecuada obtención de resultados en términos de detección, prevención así como estadísticas poblacionales, dificultando la posibilidad de elevar políticas de salud coherentes, para la implementación de nuevas herramientas que optimicen la educación, la formación, la asistencia multidisciplinaria y la investigación de esta patología y de otras patologías Uro Oncológicas en nuestros países.

Existen diversos factores estructurales en la creación de los programas existentes, hacen que la logística, operatividad y resultados del mismo sean limitados, donde probablemente la carencia de vinculación entre las Instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicos como privados, Instituciones Educativas Universitarias, Gobierno, Iniciativa Privada la Sociedad Civil, este último fundamental.

Sin lugar a duda otro factor indiscutible es la transformación de los Sistemas de Salud en nuestra América Latina. Cifras emitidas por el Boletín Oficial de salud en México, se estima que aproximadamente en el 2023, 21.9% del Consumo de Quimioterápicos en México fueron negados. Aún más, en el 2025, la salud en México enfrenta un desafío crítico con recortes presupuestales significativos, afectando en forma decisiva la atención integral de los pacientes Uro Oncológicos. (3)

Desde esta óptica, surge en el 2022 el programa UROLATAM el cual por medio de una logística de macroproyecto educativo y asistencial formado a cuádruple hélice ha proporcionado, formación educación y asistencia a 2,900 pacientes en forma multidisciplinaria y gratuita, siendo este 2025 el cuarto año consecutivo de actividad y consolidándose como un programa reproducible, logísticamente viable, medible y que está generando información que permite poner a foco la realidad de nuestros pacientes uro oncológicos en nuestro entorno.

Objetivos del Programa

Los principios fundamentales de UROLATAM se basan en 1) La Formación, 2) La Educación, 3) La Investigación 4) La Asistencia, 5) La Humanización, desde un punto de vista multidisciplinario y poniendo foco en el factor esencial el paciente como parte activa del programa.

Objetivos

PROMOVER. - Herramientas de educación y formación para la adecuada prevención de los padecimientos Uro Oncológicos (Cáncer de Próstata, Cáncer de Testículo, Cáncer de Pene, Cáncer de Riñón y Cáncer de Vejiga) a partir de un enfoque multidisciplinario, direccionado a Pacientes, Familiares, Cuidadores y población en riesgo.

EXPANDIR.- Accesos formativos desde un enfoque multidisciplinario para la atención integral del paciente uro oncológico, que garantice beneficios en términos de salud urológica, optimice su diagnóstico, su pronta canalización al tercer nivel de atención y su seguimiento adecuado.

ASISTIR y CANALIZAR. - A los pacientes que no cuenten con cobertura nacional de salud ni cobertura privada y canalizar aquellos pacientes que cuenten con un sistema de salud nacional.

FORTALECER. - El Sistema Nacional de Salud con la creación de información poblacional uro oncológica y a riesgo de la región, así como la creación de registros de datos fidedignos que nos permitan la optimización de los recursos en salud y creación de registros de datos fidedignos, que permita generar Investigación.

REFORZAR. -Networks con Instituciones Nacionales e Internacionales de salud, gubernamentales, y organismos con participación de la sociedad civil que permitan por medio de la vinculación, reforzar, optimizar y migrar el programa.

MOVILIZAR. - A Pacientes, Familiares, Asociaciones, Sociedades Científicas, involucradas, creando conciencia sobre la problemática uro oncológica como problema de salud.

Diseño del Programa

UROLATAM se articula bajo el diseño "Design Thinking" constituido a una cuádruple hélice, vinculando cuatro pilares fundamentales para su desarrollo: 1) Instituciones Educativas y Universitarias 2) Gobierno 3) Sociedad Civil 4) Iniciativa Privada. UROLATAM es fundada en el 2022 por el Instituto de Urología Latinoamericano (UROLATAM) en vinculación la Facultad de Medicina región veracruz, bajo el diseño MEDIUVer - UROLATAM la cual incluye 4 fases de maduración: 1) Acción Social 2) Vinculación 3) Intervención Educativa, constituyendo una plataforma de enseñanza, investigación e interacción con los pacientes para Estudiantes de Medicina, Enfermería, Nutrición, Bioanálisis y Residentes de Urología del Estado de Veracruz. (Fig 1)



Figura 1.- Modelo MEDIUVer- UROLATAM

Fecha del Programa: Se ha establecido como fecha fija la 1er semana del mes de noviembre de cada año, mes de la concientización de la salud urológica "Movember"

Duración del Programa: La duración del programa es de 5 días, los dos primeros días son asignados para la Educación y Formación de Médicos de atención primaria (Duración 5 horas) el 1er día y el 2º. Día Formación a Pacientes Familiares y Cuidadores (Duración 5 horas). Tres días asistenciales para pacientes continuos de 8:00 am a 20:00 hrs.

Sede del Programa: Del 2022- al 2025 ha tenido como sede la Facultad de Medicina, Región Veracruz

Vinculación

Universitaria: y Educativa La logística del programa se realiza mediante la vinculación de las siguientes facultades: Medicina, Bioanálisis, Nutrición y Enfermería, Colegio Mexicano de Urología, ANUER (Asociación Nacional de Urólogos Egresados de la Raza), Sociedad Veracruzana de Urólogos, Confederación Americana de Urología (CAU), Colegio de Médicos del estado de Veracruz, Colegio de Médicos de Medicina familiar

Gubernamental: El DIF Municipal de los diferentes municipios participantes: Ignacio de La Llave, Alvarado y Veracruz.

Empresas Privadas. - Hospital de María, Cruz Roja Veracruz, Hospital Solferino de la Cruz Roja, Centro Médico Integral Zenit Laboratorios de Análisis Clínicos, así como diversas empresas en el sector alimentario y transporte nos proporcionan el apoyo en especie

Sociedad Civil. - Club Rotario de Veracruz

Recursos Humanos. - Un total de 229 personas hacen posible las Jornadas UROLATAM anualmente, dentro de los cuales se cuentan con Académicos de las diferentes Universidades Vinculadas, Alumnos de Medicina, Personal Administrativo y Personal de salud, de los cuales 21 son urólogos.

Circuitos de Atención. - Los módulos establecidos para la atención multidisciplinaria del paciente son: Laboratorio (PSA, VIH, Sífilis), Nutrición, Psicooncología, Rehabilitación, Consulta Urológica (Incluye Ecografía Prostática).

Formación y Educación. - Se establecen cursos interactivos de 5 horas diarias durante 1 día con un programa multidisciplinario direccionado a pacientes, familiares y cuidadores, así como un programa formativo de 1 día para Médicos de Atención Primaria.

Tabla 1.- Capital Humano Empleado para la Realización del Programa UROLATAM

Facultad	Académicos	Alumnos	Personal	Personal de Salud	
Nutrición	2	26	-	1	29
Bioanálisis	6	14	-	2	22
Medicina	10	70	17	-	97
Enfermería	4	22	-	1	27
CESS	4	3	4	-	11
Clínica Zenid	-	-	6	-	6
Instituto DAHER	-	11	-	5	16
Jurisdicción Sanitaria	-	-	-	-	0
IMSS	-	-	1	20	21
TOTAL	26	146	28	29	229

Resultados

Un total de 1700 pacientes han sido atendidos en forma gratuita en el periodo comprendido de Nov 2022- Nov 2024, procedentes de 100 municipios de los 212 , abarcando 7/10 regiones que conforman el Estado de Veracruz.



Fig 2.- Descriptiva de la Población Asistida en el Período 2022-2023

En el año 2024 , se atendieron un total de 712 pacientes, de los cuales el 34% no cuentan con asistencia sanitaria, el 13% de ellos presentaron elevación del PSA, llevándose a cabo por primera ocasión en América Latina, en el marco de "Movember" el 1er Programa de detección de cáncer de próstata, direccionado a la población transgénero a nivel América Latina, asistiendo un total de 50 pacientes, representando el inicio de un programa de salud inclusiva urológica para las poblaciones vulnerables .En Noviembre del 2025 , el programa UROLATAM cruzo fronteras fuera del estado de Veracruz y México atendiendo un total de 1,200 pacientes, teniendo como sede: Veracruz (Facultad de Medicina), Puebla (Universidad Anáhuac), UROLATAM Movil (en las comunidades de Islas, Buenavista e Ignacio de la Llave Veracruz), asi como en el Hospital Isaías Duarte Cancino en la ciudad de Cali, Colombia, incluyendo en Veracruz y Cali la atención a la Población Trans- LGTBQ+. A finales de Noviembre se llevo acabo la atención a Personas Privadas de la Libertad (PPL) en el Cerezo de Pacho Viejo, en Xalapa Veracruz, atendiendo un total de 170 personas en forma multidisciplinaria.Un total de 12% de la población atendida en el 2025 han requerido ser derivadas por vinculación del programa y a sus centro de atención como derechohabientes para ulteriores estudios y el 5% de ellos están siendo asistidos con apoyo estudios por la Cruz Roja-Hospital Selferino de Veracruz y UROLATAM para establecer un diagnóstico.

Conclusiones

El Programa UROLATAM representa al día de hoy una herramienta útil en términos de educación, formación y asistencia de 1er contacto al paciente urológico. Dentro de las líneas futuras de trabajo y expansión del programa se contempla la incorporación de una Jornada Quirúrgica seguida del programa formativo, asistencial, que nos permita concluir y cerrar en forma eficaz la atención integral, para aquellos pacientes que no cuentan con un sistema nacional de salud, no obstante, todos los pacientes identificados afiliados a alguna institución nacional de salud son canalizados con prontitud a sus centros de referencia. Implementación de tecnología con IA desde un punto humanístico que permita optimizar el programa, así mismo el 2026 UROLATAM estará presente en Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) y la Ciudad de Valdivia (Chile). Gracias a todo el gran equipo humano que hace posible esta gran labor en pro de la salud urológica.



Instituto de Urología Latinoamericano (UROLATAM)

Dra. Ana María Autrán Gómez

Alacio Pérez #928 Consultorio 511 Col. Zaragoza

Tel: 229 356 85 26

229 870 35 68

Email: anamaria87@hotmail.com





ACTIVIDADES

COLEGIOS Y SOCIEDADES MEDICAS



La vida colegiada como motor de actualización, organización y fortalecimiento médico

La medicina contemporánea exige no solo preparación científica permanente, sino también cohesión profesional, organización institucional y una comunicación efectiva entre quienes integran el sistema de salud. En este contexto, las actividades desarrolladas por los colegios y sociedades médicas durante los meses de noviembre y diciembre de 2025 reflejan el valor de la vida colegiada como una plataforma esencial para fortalecer la práctica médica, promover la educación continua y consolidar el sentido de responsabilidad ética y social del gremio.

Las reuniones ordinarias, las sesiones académicas, los cursos y simposios no son únicamente espacios de convivencia profesional: constituyen escenarios estratégicos para el intercambio de experiencias clínicas, la revisión crítica de la evidencia científica y la actualización en diagnósticos, tratamientos y tecnologías emergentes. Asimismo, permiten mantener vigentes los estándares de calidad asistencial, impulsar el trabajo interdisciplinario y generar redes de apoyo entre especialistas de diferentes áreas y regiones del estado.

De igual manera, la organización formal de los colegios incluyendo la protocolización, el registro institucional, la afiliación y la integración de nuevas generaciones de especialistas, representa un componente indispensable para garantizar continuidad, legitimidad y fortalecimiento gremial. En tiempos donde la atención médica se enfrenta a desafíos clínicos, legales y sociales cada vez más complejos, la solidez institucional y la formación continua se convierten en herramientas determinantes para ejercer una medicina más segura, humana y responsable.

Por ello, esta Gaceta presenta a continuación un resumen de las actividades realizadas por diversos colegios y sociedades médicas en el estado, reconociendo su esfuerzo y aportación al crecimiento académico, organizativo y profesional de la comunidad médica veracruzana

Colegio de Alergia e Inmunología Clínica del Estado de Veracruz

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2025, el Colegio de Alergia e Inmunología del Estado de Veracruz consolidó un cierre de año caracterizado por el orden institucional, el trabajo colegiado y la continuidad académica, refrendando su compromiso con el fortalecimiento de la especialidad y con la educación médica continua dirigida tanto a especialistas como a médicos de primer contacto.

En el mes de noviembre se llevó a cabo la última reunión del año, un espacio que permitió realizar un reporte integral de actividades de la mesa directiva, destacando avances de alto impacto para el crecimiento del Colegio.

Uno de los hechos más relevantes fue la protocolización del Colegio ante Notario Público, logro que representa un paso decisivo hacia la formalización y fortalecimiento jurídico-administrativo de la institución, asegurando mayor solidez organizativa, continuidad y certeza institucional.

De igual manera, se reconoció el trabajo realizado a lo largo del año en materia académica, principalmente a través de:

- Sesiones académicas mensuales, con actualización científica y revisión de temas clave en alergia e inmunología clínica.
- Cursos dirigidos a médicos de primer contacto y ramas afines, fortaleciendo el diagnóstico oportuno, el abordaje inicial y la referencia adecuada de pacientes con enfermedades alérgicas e inmunológicas.
- Actividades estatales destacadas como el curso y simposio en Xalapa, capital del estado, que favorecieron la integración regional y el intercambio de experiencias clínicas.

Actualización del padrón profesional y trabajo colaborativo

Como resultado del esfuerzo sostenido y del enfoque en trabajo en equipo, se logró avanzar en la afiliación de médicos especialistas recientemente egresados, lo que permitió mantener actualizado el Colegio ante el Registro Estatal de Profesiones, alcanzando un total de 33 alergólogos distribuidos en diversas ciudades del estado de Veracruz.

Este crecimiento no solo refleja una comunidad médica en expansión, sino también una organización que apuesta por la incorporación de nuevas generaciones, la actualización permanente y el fortalecimiento de redes profesionales dentro del estado.



Convivencia, incentivos y proyección hacia 2026

Como parte del cierre de actividades, se realizó una rifa entre los miembros, incluyendo dispositivos médicos y apoyos económicos orientados a impulsar la participación en un congreso próximo en 2026, incentivando así la educación continua y la proyección académica nacional.

Asimismo, se celebró una cena de fin de año, favoreciendo la convivencia institucional, el sentido de pertenencia y la unión entre colegas, elementos esenciales para el desarrollo de una comunidad médica sólida.

Diciembre 2025: reunión directiva y planeación estratégica 2026

En diciembre se efectuó una reunión de la mesa directiva, enfocada en la programación de labores y proyección operativa para el año 2026, con la finalidad de establecer prioridades, reforzar metas académicas y estructurar el calendario de actividades del próximo ciclo.

Capítulo Veracruz de la Sociedad Mexicana de Geriatría

El Colegio de Geriatría realizó el 27 de noviembre su última reunión académica del año 2025, en el restaurante-Enoteca VAN EYCK, en un ambiente de integración colegiada y actualización médica.

Durante esta sesión de cierre se desarrolló el tema: “Enfermedad de pequeño vaso y deterioro cognitivo vascular”, una ponencia de gran relevancia para la práctica geriátrica, ya que el deterioro cognitivo de origen vascular representa una causa frecuente de discapacidad en el adulto mayor, con impacto directo en funcionalidad, independencia y calidad de vida.

La sesión permitió reforzar conceptos clave sobre prevención, diagnóstico oportuno y abordaje integral, destacando la importancia del trabajo multidisciplinario para disminuir el riesgo de progresión hacia demencia.

Con esta reunión, el Colegio culmina un ciclo anual de actividades académicas reafirmando su compromiso con la educación médica continua, enfocada en el envejecimiento saludable y la atención geriátrica de calidad.



Colegio de cirujanos en ortopedia y traumatología del Estado de Veracruz.

El Colegio de Ortopedia mantuvo durante los meses de noviembre y diciembre de 2025 una agenda académica activa, con sesiones orientadas tanto a la actualización clínica quirúrgica como al fortalecimiento del marco ético-legal que rige el ejercicio profesional, reafirmando el compromiso del gremio con la formación continua y con una práctica segura y responsable.

Durante el mes de noviembre se llevó a cabo una sesión académica con el tema “Luxación traumática de cadera no tratada”, en la cual se revisaron aspectos fundamentales sobre diagnóstico, implicaciones funcionales, complicaciones asociadas y opciones terapéuticas, destacando la importancia del manejo oportuno en este tipo de lesiones para prevenir secuelas graves que comprometen la calidad de vida del paciente.

La sesión permitió discutir criterios clínicos, abordajes quirúrgicos y consideraciones de rehabilitación, integrando experiencia práctica con análisis actualizado de la patología.

En el mes de diciembre, el Colegio realizó una segunda sesión académica con un enfoque estratégico en seguridad clínica y normatividad, abordando el tema: “Implicaciones legales de la integración del expediente clínico con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-004 y responsabilidad legal del médico residente”.

Este espacio académico destacó la importancia del expediente clínico como documento medicolegal, subrayando la responsabilidad profesional en su elaboración, resguardo y contenido, así como los riesgos derivados de omisiones, registros incompletos o inconsistencias.

De igual forma, se enfatizó el papel del médico residente dentro de los equipos hospitalarios, recordando que la condición de formación no exime del cumplimiento normativo y ético, particularmente en lo referente a registros clínicos, consentimiento informado, vigilancia de procedimientos y apego a protocolos institucionales.




Colegio de cirujanos generales del Estado de Veracruz.

El Colegio de Cirugía General reafirmó durante el cierre del año 2025 su compromiso con la educación médica continua y la mejora de los resultados clínicos, mediante una sesión académica de alto nivel que integró dos ejes de gran relevancia actual: el abordaje integral del cáncer de mama desde la perspectiva quirúrgica y el uso de innovaciones terapéuticas como la terapia VAC en el manejo avanzado de heridas.

Uno de los temas centrales fue la ponencia titulada: "Cirugía general y cáncer de mama: una alianza para el diagnóstico oportuno" presentada por el Dr. Saúl Abraham Mendoza, reconocido por su destacada trayectoria y galardonado con el Premio Nacional de Investigación en Cirugía Oncológica.


Durante la sesión se subrayó la importancia de fortalecer la detección temprana como estrategia clave para disminuir mortalidad y mejorar el pronóstico, destacando el papel del cirujano general como un eslabón fundamental en la ruta clínica: desde la sospecha diagnóstica y referencia oportuna, hasta el acompañamiento quirúrgico en contextos multidisciplinarios.


Se reforzó además la necesidad de integrar criterios de diagnóstico temprano, abordaje adecuado de lesiones sospechosas y coordinación efectiva con unidades de imagen, patología, oncología y cirugía oncológica.




COLEGIO DE CIRUJANOS GENERALES
DEL ESTADO DE VERACRUZ

Sesión mensual


 **Cirugía general y cáncer de mama:**
una alianza para el diagnóstico oportuno.




Dr. Saúl Abraham Mendoza
Cirugía oncológica de mama,
displasias y láser estético
ginecológico.
Jefe del Servicio Premio
Nacional de Investigación en
cirugía oncológica avalado por
SMeO.



28 NOVIEMBRE



AULA MAGNA
FAC. MEDICINA UV



19.30 HRS.

El segundo tema abordado fue la actualización sobre “Tecnologías de la terapia VAC” (cierre asistido por presión negativa), una herramienta terapéutica ampliamente utilizada en cirugía general y áreas afines para el manejo de heridas complejas.

Se revisaron aspectos prácticos y clínicos relacionados con:

- Indicaciones en heridas agudas y crónicas
- Manejo de infecciones y control de exudado
- Optimización del lecho de la herida y estimulación de tejido de granulación
- Beneficios en tiempos de cicatrización y preparación para cierre definitivo

La sesión permitió valorar el impacto real de la terapia VAC en escenarios hospitalarios, así como su papel como parte de estrategias modernas de cirugía segura y resolución de complicaciones.



Colegio de Anestesiólogos del Estado de Veracruz

El Colegio de Anestesiólogos del Estado de Veracruz realizó durante los meses de noviembre y diciembre de 2025 actividades orientadas al fortalecimiento académico, la seguridad del paciente y la integración profesional, manteniendo una agenda que equilibra la actualización científica continua con el sentido de pertenencia y cohesión que caracteriza a la vida colegiada.

En el mes de noviembre se llevó a cabo una sesión académica con el tema: "Ácido tranexámico: ¿dónde, cuándo y por qué?"

Durante esta ponencia se abordaron aspectos clínicos de gran relevancia en la práctica anestesiológica y perioperatoria, destacando el papel del ácido tranexámico como herramienta terapéutica en el control de hemorragia y en estrategias modernas de manejo de sangre del paciente.

La sesión permitió revisar indicaciones en distintos escenarios quirúrgicos, criterios de uso racional, beneficios, consideraciones de seguridad y posibles riesgos, con enfoque en la toma de decisiones basada en evidencia y en la optimización de resultados clínicos.





Como parte del cierre de año, en diciembre se celebró la cena navideña del Colegio, un espacio de convivencia que fortaleció la integración entre colegas, reconociendo el esfuerzo profesional realizado durante el año y fomentando el compañerismo dentro del gremio anestesiológico.

Este encuentro representa también una oportunidad para consolidar vínculos profesionales, reforzar la unidad institucional y proyectar con entusiasmo los objetivos del Colegio para el año 2026.

La Sociedad de Neumología y Cirugía de Tórax del Estado de Veracruz

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2025 llevó a cabo actividades orientadas a la actualización continua de sus integrantes, así como al fortalecimiento de la unidad y cohesión profesional, reafirmando su compromiso con una práctica quirúrgica moderna y basada en evidencia.

En el mes de noviembre se realizó la sesión mensual en un ambiente de participación y análisis académico, teniendo como sede El Llagar (Costa de Oro). El tema abordado fue: "Guías en el manejo de neumonitis por hipersensibilidad".

Durante la sesión se revisaron puntos clave sobre criterios diagnósticos, abordaje integral, factores de riesgo, implicaciones clínicas y estrategias actuales de tratamiento, resaltando la relevancia de reconocer oportunamente esta patología dada su complejidad y su impacto en la evolución del paciente. Asimismo, se reforzó la importancia del trabajo coordinado entre especialidades para lograr mejores resultados terapéuticos.

Estas reuniones académicas representan un pilar fundamental para el intercambio de experiencias clínicas y la actualización permanente en beneficio de la atención médica.

En diciembre se celebró la cena navideña de la Sociedad, actividad que permitió reunir a sus integrantes en un marco de cordialidad y unidad gremial, finalizando el año con entusiasmo y visión de continuidad académica para 2026.



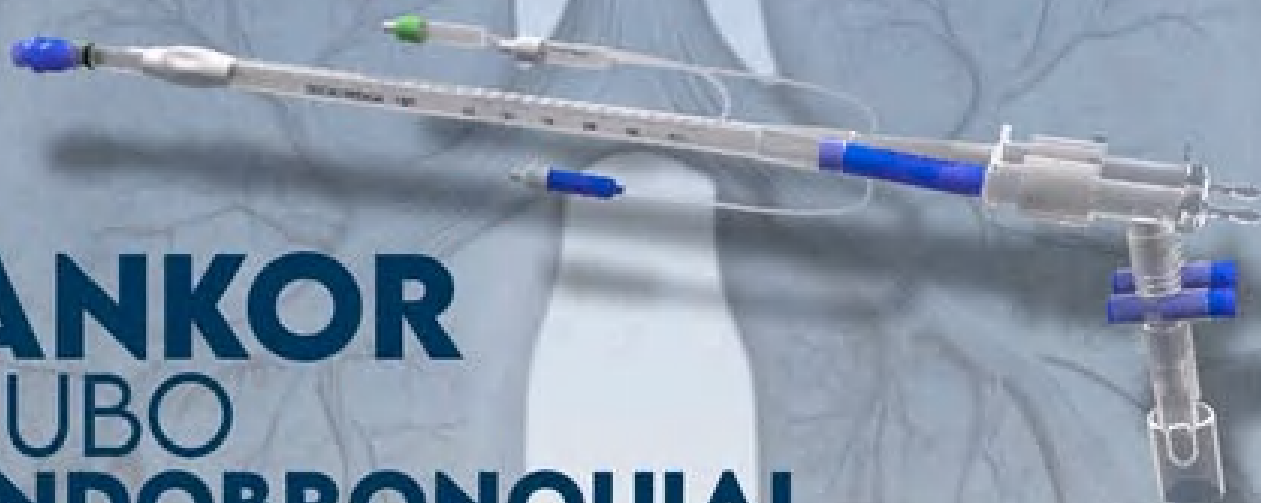


DRENTECH™

Soluciones
en drenaje
para
procesos
oncológico
en cavidad
torácica.



www.frmedical.com.mx



ANKOR TUBO ENDOBONQUIAL

Tubo endobronquial de doble luz ideado para el aislamiento pulmonar sin confirmación de broncoscopia.



SALUD EN MÉXICO 2026: LA PREVENCIÓN NO ES DISCURSO, ES ESTRATEGIA

México inicia 2026 con un desafío sanitario que ya no admite postergaciones: la creciente carga de enfermedades crónicas asociadas a estilos de vida. Frente a este panorama, la prevención no debe tratarse como un ideal aspiracional, sino como una estrategia nacional, clínica y comunitaria. En este nuevo año, el llamado es claro: construir hábitos sostenibles que eviten la enfermedad antes de que ocurra.

2026: una oportunidad para reorganizar la cultura de la salud

En México, el sistema de salud ha demostrado capacidad de respuesta en escenarios complejos, pero ninguna estructura hospitalaria —por moderna que sea— puede sostener indefinidamente una demanda creciente de complicaciones metabólicas, cardiovasculares y renales que son prevenibles en gran medida.

El año 2026 abre una ventana de oportunidad: se observa una transición social hacia hábitos más conscientes orientados al bienestar. Las tendencias de salud pública destacan una mayor atención a la actividad física cotidiana, el descanso adecuado y la alimentación menos industrializada como ejes del bienestar. Sin embargo, la diferencia entre tendencia y transformación real radica en una palabra: constancia. La prevención no sucede por intención; sucede por decisiones repetidas.



Cronicidad normalizada: lo frecuente no debe considerarse normal

Uno de los mayores riesgos sanitarios en México es la normalización de lo patológico:

- “Es normal dormir mal”.
- “Es normal vivir con cansancio”.
- “Es normal que suba la presión con la edad”.
- “Es normal que el azúcar se dispare después de los 40”.

No es normal, es frecuente y esa diferencia puede salvar vidas.

La evidencia nacional muestra que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos sigue representando una carga dominante, con implicaciones metabólicas y cardiovasculares ampliamente documentadas en estudios derivados de Ensanut y publicaciones en Salud Pública de México.

Nutrición 2026: menos ultraprocesados, más comida real

No hay prevención sin alimentación adecuada. En 2026, el reto no está en “dietas” restrictivas, sino en retomar un principio clínico esencial: la comida debe ser una intervención terapéutica.

La literatura científica ha identificado asociaciones consistentes entre el consumo elevado de alimentos ultraprocesados y riesgos adversos para la salud, incluidos desenlaces cardiometabólicos y mortalidad, según análisis en revistas como The BMJ.

Además, existe evidencia experimental controlada que demuestra que una dieta ultraprocesada promueve mayor ingesta calórica y aumento de peso en comparación con una dieta basada en alimentos no procesados (ensayo publicado en Cell Metabolism).

En pocas palabras: no solo importa cuánto se come, sino qué tan industrializada es la comida.

La prevención, por tanto, debe invitar a una alimentación:

- basada en verduras y leguminosas,
- con proteínas magras,
- con grasas saludables,
- reduciendo bebidas endulzadas y productos empaquetados.

Actividad física: el medicamento más subutilizado

La actividad física regular representa una de las intervenciones con mejor evidencia para prevenir y controlar hipertensión, obesidad, diabetes tipo 2, depresión y deterioro funcional.

La OMS recomienda que los adultos acumulen por lo menos 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, además de ejercicios de fortalecimiento muscular al menos dos días a la semana.

El mensaje 2026 debe ser claro:
Moverse diario es medicina preventiva.

Dormir bien: medicina silenciosa contra la inflamación y el riesgo cardiovascular

En México, el sueño insuficiente se ha convertido en un problema silencioso que impulsa sedentarismo, decisiones alimentarias nocivas, descontrol de glucosa y síntomas ansiosos/depresivos.

Meta-análisis y revisiones han señalado asociación entre corta duración del sueño y mayor riesgo cardiovascular.

Dormir mejor es prevenir:

- hipertensión,
- obesidad,
- resistencia a la insulina,
- alteraciones emocionales y cognitivas.

La prevención es ética médica y responsabilidad social

Hoy, más que nunca, el país necesita que los profesionales de la salud impulsemos una cultura preventiva con lenguaje directo, humano y práctico. No solo para nuestros pacientes, sino para nuestras familias, nuestras comunidades y nuestros entornos laborales.

Desde el Colegio de Médicos del Estado de Veracruz, refrendamos el compromiso con una medicina:

- moderna, sustentada en evidencia,
- profundamente humana,
- orientada a la anticipación,
- y centrada en construir salud, no solo atender enfermedad.

Porque la prevención no es un discurso institucional: es la estrategia más poderosa para salvar vidas y proteger el futuro sanitario de México.

10 recetas adicionales para una alimentación saludable 2026

1) Huevos a la mexicana con nopales

Ingredientes: 2 huevos, jitomate, cebolla, chile, nopal cocido.

Preparación: saltear verduras, añadir nopales y huevo.

Tip: acompañar con tortilla de maíz y fruta entera.

2) Sopa de frijol con verduras

Ingredientes: frijol cocido, zanahoria, calabacita, ajo, comino.

Preparación: licuar frijoles con caldo, hervir y agregar verduras.

Beneficio: fibra alta, saciedad, bajo costo.

3) Tostadas horneadas de tinga de pollo

Ingredientes: tostadas horneadas, pollo deshebrado, jitomate, chipotle moderado, lechuga, aguacate.

Tip: sustituir crema por yogur natural.

4) Ensalada de atún "limpia"

Ingredientes: atún en agua, pepino, jitomate, cebolla morada, limón, aceite de oliva.

Tip: evitar mayonesa; usar aguacate como textura.

5) Caldo de pollo con verduras (versión preventiva)

Ingredientes: pollo sin piel, chayote, zanahoria, calabaza, apio.

Tip: limitar arroz/pasta; reforzar con verdura.

6) Tacos de champiñones con epazote

Ingredientes: champiñones, cebolla, epazote, tortillas de maíz.

Preparación: saltear todo y servir con salsa casera.

Beneficio: opción vegetal, baja en grasa y alta en micronutrientes.

7) Bowl de yogurt natural con fruta y semillas

Ingredientes: yogurt natural sin azúcar, papaya o frutos rojos, chía/linaza, nueces.

Tip: excelente para cena ligera.

8) Pescado en salsa verde con arroz integral

Ingredientes: filete, tomatillo, cilantro, ajo; arroz integral.

Tip: añadir ensalada o verduras al vapor para volumen y fibra.

9) Ensalada de garbanzo con limón y hierbabuena

Ingredientes: garbanzo cocido, jitomate, pepino, cebolla morada, hierbabuena, limón, aceite de oliva.

Beneficio: proteína vegetal, estable glucosa.

10) Aguacate relleno de ensalada de pollo

Ingredientes: aguacate, pollo deshebrado, apio, zanahoria rallada, limón, yogurt natural.

Tip: ideal para comida rápida sin ultraprocesados.

Decálogo 2026 para construir salud CMEV

✓ 5 hábitos preventivos (lo que Sí construye salud)

1. Comer comida real todos los días
2. Priorice verduras, frutas, leguminosas (frijol, lenteja, garbanzo), tortilla/maíz nixtamalizado, proteínas magras y grasas saludables.
3. Moverse al menos 30 minutos diarios
4. Caminar cuenta. Subir escaleras cuenta. La constancia vale más que la intensidad.
5. Dormir 7-8 horas con higiene del sueño
6. Horarios regulares, cena ligera y menos pantalla por la noche.
7. Hidratarse de forma inteligente
8. Agua natural como base. Evitar jugos industrializados, refrescos y bebidas energéticas.
9. Chequeo preventivo anual (sin esperar síntomas)
10. Medir presión arterial, glucosa, lípidos, peso/perímetro abdominal y salud mental.

⚠ 5 errores que enferman (lo que debemos evitar)

1. Normalizar el sobrepeso, la hipertensión o el “azúcar alta”
2. Lo frecuente no es normal: requiere atención temprana.
3. Vivir sedentario entre trabajo y pantallas
4. El cuerpo se deteriora con inactividad: el sedentarismo es un factor de riesgo por sí mismo.
5. Sustituir comida por ultraprocesados
6. Snacks, “comida rápida”, embutidos, pan dulce, postres y bebidas azucaradas: inflamación y riesgo metabólico.
7. Dormir poco como estilo de vida
8. Dormir mal aumenta estrés, apetito, resistencia a la insulina y riesgo cardiovascular.
9. Buscar atención médica solo cuando hay crisis
10. Llegar tarde cuesta más, complica más y reduce años de vida saludable.



CONTAMOS CON **HERRAMIENTAS FINANCIERAS**

PARA CADA UNA DE TUS NECESIDADES

 **Aletia**
ASESORIA EN FINANZAS Y SEGUROS

 **GNP**



hola@aletia.com.mx



aletia.com.mx

229 339 70 01



C. Tiburón 317, Costa de Oro, 94299
Boca del Río, Ver.

Porque no necesitas ahorrar mucho para empezar a construir riqueza

AHORRAR/INVERTIR NO ES UNA CUESTIÓN DE FUERZA DE VOLUNTAD: ES UNA CUESTIÓN DE HÁBITOS

Alicia Cordova



Durante años se nos ha repetido el mismo consejo financiero: “Ahorra más”. El problema es que este mensaje suele ir acompañado de culpa, rigidez y metas irreales. Para muchos profesionales de la salud – especialmente los primeros años de práctica—ahorrar “lo suficiente” parece imposible entre guardias, colegiaturas, renta, equipo médico y una vida que por fin empieza a sentirse propia.

Aquí va una idea incómoda pero liberadora: **el monto inicial que ahorras importa mucho menos que el hábito de ahorrar.**

Y esto no es una frase motivacional, esto es economía conductual.

El error clásico: confundir ahorro con sacrificio

El ahorro suele plantearse como un acto heroico: grandes cantidades, cambios drásticos, renunciias inmediatas. Pero el cerebro humano – y esto lo saben quienes trabajan con biología—**odia el dolor inmediato y sobre reacciona a la incomodidad constante.**

Cuando el ahorro se percibe como castigo, el resultado es predecible:

Momento 1: Empiezas con mucho entusiasmo.

Momento 2: Lo dejas al primer imprevisto.

Momento Final: reforzamos la narrativa interna de “yo no soy bueno para ahorrar”.

Esto no es un problema de disciplina, sino de diseño. La respuesta la encontramos en el libro de hábitos atómicos, y su lógica es sencilla: Los grandes resultados no vienen de grandes decisiones únicas, sino de acciones pequeñas repetidas de forma consistente.

Si lo anterior lo aplicamos al ahorro, implica un cambio radical en el enfoque. En lugar de preguntarte: ¿cuánto debería ahorrar? Empieza por preguntarte el monto que puedes ahorrar, aún en el peor mes del año. Ahorrar \$500 pesos al mes no te harán rico mañana, pero te convertirá en una persona que ahorra y eso en su momento te llevará a ser una persona que invierte.

Conclusión: menos heroísmo, más consistencia.

· **No necesitas ahorrar muchísimo** (así como un paciente sedentario no puede empezar corriendo 10KM).

· **No necesitas hacerlo perfecto** (como cuando empiezas cualquier disciplina, nadar, pilates, solo debes empezar a hacerlo).

· **No necesitas empezar cuando ganes más** (así como no se hace ejercicio, cuando se tiene más tiempo)

Necesitas empezar pequeño, automático y constante.





ALBERCA Y JACUZZI

ÁREA DE PLAYA

BAR

EXPERIENCIAS

EVENTOS AL EXTERIOR

VEN A RELAJARTE



VEN A DIVERTIRTE



CASAROCA

Deleando y Más

WWW.CASA-ROCA.MX



Una guía clínica integral de la Meningitis

Autor: Dr. Ishar Solís Sánchez

Enfermedades neuromusculares, Neurología Clínica y Medicina Interna.

Centro Neurológico del Hospital Español de Veracruz.

Meningitis: Bases Biológicas, Retos Clínicos y Perspectivas

Presentación y objetivos

Este documento adapta el contenido original para su publicación en una gaceta electrónica, orientada a personal de salud (médicos generales, médicos familiares y especialistas en medicina interna), estudiantes de medicina y personal de enfermería. Se conserva el título original, se amplía la claridad conceptual, se evitan abreviaturas y se incorporan tablas, algoritmos y diagramas de flujo para facilitar la toma de decisiones clínicas

Introducción

La meningitis es una emergencia neurológica que exige diagnóstico y tratamiento inmediatos. Su espectro abarca desde formas bacterianas fulminantes hasta presentaciones subagudas o crónicas de origen infeccioso, neoplásico o autoinmune. La disminución de casos atribuible a la vacunación no elimina los desafíos vigentes: resistencia antimicrobiana, variantes etiológicas emergentes y presentaciones atípicas.

La meta asistencial es reducir la mortalidad y la discapacidad mediante: (1) reconocimiento temprano, (2) confirmación etiológica o sindromática informada por el análisis de líquido cefalorraquídeo y la neuroimagen, y (3) prevención efectiva, incluida la vacunación y la quimioprofilaxis de contactos.

Bases anatómicas y fisiológicas

Las meninges (duramadre, aracnoides y piamadre) envuelven al sistema nervioso central. El espacio subaracnoideo —por donde circula el líquido cefalorraquídeo— es el principal escenario de la inflamación meníngea. La combinación de baja inmunocompetencia local y disrupción de la barrera hematoencefálica permite altas cargas de patógenos o el ingreso de células tumorales, con cascadas inmunológicas, vasculares y metabólicas que explican edema cerebral, hidrocefalia y otras complicaciones.

Fisiopatología por etiología

Meningitis bacteriana aguda. Colonización nasofaríngea, paso al torrente sanguíneo y rápida replicación en líquido cefalorraquídeo; la liberación de componentes de pared celular induce una respuesta inflamatoria intensa (interleucinas, factor de necrosis tumoral, prostaglandinas) que altera la barrera hematoencefálica, provoca vasculitis, edema cerebral y aumento de la presión intracraneal.

Meningitis de etiología viral (también llamada aséptica). Predominan los enterovirus seguidos por herpesvirus. El ingreso ocurre por diseminación hematógena o a través de vías neuronales. La respuesta inmune es principalmente linfocitaria, con menor daño tisular y curso generalmente benigno.

Meningitis de curso crónico. Inflamación persistente mayor a cuatro semanas; incluye tuberculosis, criptococosis y sífilis, entre otras. Puede presentar hidrocefalia comunicante, engrosamiento meníngeo y déficit neurológico progresivo.

Meningitis de origen neoplásico (carcinomatosis leptomeníngea). Diseminación de células tumorales al espacio subaracnoideo por vía hematógena, extensión local o migración perineural. La dispersión con el flujo del líquido cefalorraquídeo produce infiltración multifocal, alteración de la dinámica del líquido, hidrocefalia y neuropatías craneales o radicales.

Clínica y semiología neurológica

La tríada clásica (fiebre, cefalea y rigidez de nuca) no siempre está presente y, cuando lo está, su sensibilidad es limitada. Es esencial integrar signos meníngeos con el contexto clínico y con el análisis del líquido cefalorraquídeo.

Hallazgos frecuentes por etiología:

- **Bacteriana aguda:** inicio súbito; alteración del nivel de conciencia, convulsiones, déficits focales por vasculitis o isquemia; aumento de la presión intracraneal.
- **Viral:** fiebre, cefalea, rigidez leve o ausente, fotofobia; las encefalitis por virus del herpes simple pueden ocasionar crisis y disfunción límbica.
- **Tuberculosis meníngea:** curso subagudo; pares craneales (frecuentes el tercero y el sexto) por exudado basal, infartos lacunares por arteritis, hipertensión intracraneal y deterioro cognitivo progresivo.
- **Criptococosis:** hipertensión intracraneal marcada (cefalea, visión borrosa), fiebre baja y deterioro subagudo; en infección por virus de inmunodeficiencia humana los signos meníngeos pueden ser discretos.
- **Neoplásica:** síntomas multifocales (cefalea, cambios cognitivos), múltiples neuropatías craneales (sexto par más común) y radiculopatías; rigidez de nuca poco frecuente.
- **Autoinmune o vasculítica:** curso subagudo; cefalea, meningismo variable, déficits focales o síndrome límbico; orientar con autoanticuerpos y contexto clínico.

Clasificación clínica y etiológica

-Por curso temporal

- **Aguda** (horas a días; hasta 7–10 días): inicio brusco; fiebre intensa, cefalea, vómitos, rigidez de nuca, alteración del estado mental, convulsiones y focalidad (más en bacteriana). Etiologías frecuentes: bacterianas comunitarias (*Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*; *Haemophilus influenzae* tipo b en no vacunados) y virales (enterovirus, virus del herpes simple tipo 2, virus varicela-zóster).
- **Subaguda** (días a semanas; 1–4 semanas): instauración paulatina con síntomas constitucionales. Etiologías: tuberculosis meníngea, infecciones fúngicas, sífilis, brucelosis, enfermedad de Lyme, debut neoplásico.
- **Crónica** (más de 4 semanas): tuberculosis meníngea, criptococosis, coccidioidomicosis, histoplasmosis, neurosífilis, enfermedad de Lyme, leptomeníngea neoplásica, neurosarcoidosis y vasculitis.

- **Recurrente:** episodios autolimitados con períodos asintomáticos; considerar meningitis recurrente por virus del herpes simple tipo 2, focos parameníngeos y reacción a fármacos.

-Por etiología principal (resumen)

Infecciosas: bacterianas (comunitarias, asociadas a cuidados de la salud, tuberculosis meníngea, espiroquetas, zoonosis), virales, fúngicas y parasitarias.

No infecciosas: neoplásica, autoinmune o inflamatoria, inducida por fármacos o secundaria a foco parameníngeo o a procedimientos neuroquirúrgicos.

Diagnóstico

-Punción lumbar y análisis del líquido cefalorraquídeo

La punción lumbar es el estándar de oro para orientar la etiología. Permite cuantificar células y su diferencial, medir glucosa, proteínas y lactato, y realizar pruebas específicas: tinción de Gram y cultivo, pruebas de reacción en cadena de la polimerasa para patógenos frecuentes, detección de antígenos (por ejemplo, antígeno criptocócico) y citología si se sospecha compromiso leptomeníngeo por cáncer.

-Enfoque específico de tuberculosis meníngea

La tuberculosis meníngea combina hallazgos clínicos y de imagen: realce meníngeo basal, hidrocefalia y pequeños infartos de ganglios basales por arteritis; la tomografía y la resonancia magnética seriadas ayudan al seguimiento. En el líquido cefalorraquídeo la baciloscopia tiene baja sensibilidad; el cultivo es el patrón de referencia, pero lento. Las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (por ejemplo, Xpert y variantes de mayor sensibilidad), la amplificación isotérmica mediada por bucle, la adenosina deaminasa y los ensayos de liberación de interferón gamma en líquido cefalorraquídeo mejoran el rendimiento. La metagenómica de nueva generación puede ser de utilidad en casos con resultados negativos persistentes.

-Paneles moleculares rápidos

Los paneles de reacción en cadena de la polimerasa multiplex en líquido cefalorraquídeo ofrecen alto valor predictivo negativo para los patógenos incluidos y permiten suspender antibióticos cuando la clínica y el laboratorio son concordantes. En sospecha de meningitis de origen neoplásico, la citología requiere con frecuencia repetir la punción lumbar para alcanzar rendimientos cercanos a ochenta por ciento; pueden añadirse marcadores tumorales seleccionados.

Tablas de referencia rápida

Tabla 1. Perfil del líquido cefalorraquídeo por etiología

PARÁMETRO	BACTERIANA AGUDA	VIRAL (ASÉPTICA)	TUBERCULOSIS MENÍNGEA	FÚNGICA (CRÍPTOCOCOSIS)	NEOPLÁSICA	AUTOINMUNE O VASCLÚTICA
Presión de apertura	Elevada	Normal o elevada	Elevada	Elevada (frecuente)	Elevada	Normal o elevada
Recuento celular (células/ μ L)	1,000 a >5,000, predominio de neutrófilos	50 a 1,000, predominio linfocitario (neutrófilos al inicio posibles)	100 a 500, predominio linfocitario	20 a 500, predominio linfocitario (bajo en inmunodeficiencia)	10 a 500, linfocitario o mixto	10 a 300, linfocitario
Glucosa (mg/dL; relación LCR/suero)	Baja (<40; <0.5)	Normal	Baja (<45; <0.5)	Baja	Baja o normal	Normal
Proteínas	Elevadas	Ligeramente elevadas	Muy elevadas	Elevadas	Elevadas	Ligeramente elevadas
Lactato	Elevado	Normal o discretamente elevado	Elevado	Elevado	Normal o elevado	Normal o discretamente elevado
Pruebas indicativas	Tinción de Gram y cultivo; reacción en cadena de la polimerasa bacteriana; antígenos de neumococo o meningococo	Reacción en cadena de la polimerasa para enterovirus, virus del herpes simple, virus varicela-zóster	Pruebas de amplificación de ácidos nucleicos; adenosina deaminasa; ensayo de liberación de interferón gamma	Antígeno criptocócico en líquido cefalorraquídeo y suero; tinta china; cultivo	Citología repetida; marcadores tumorales seleccionados	Bandas oligoclonales, índice de inmunoglobulina G y autoanticuerpos

Tabla 2. Hallazgos típicos en neuroimagen

ETIOLOGÍA	HALLAZGOS PREDOMINANTES
Bacteriana aguda	Realce leptomeníngeo difuso, edema, infartos por vasculitis, ventriculitis, empiemas subdurales
Viral	Resonancia a menudo normal o con realce leptomeníngeo leve; si hay encefalitis por virus del herpes simple, lesiones temporales mesiales
Tuberculosis meníngea	Realce basal en cisternas, hidrocefalia, infartos de ganglios basales, tuberculomas con realce en anillo, engrosamiento meníngeo
Criptococosis	Hidrocefalia, quistes gelatinosos (dilatación de espacios de Virchow-Robin), realce sutil
Neoplásica	Realce leptomeníngeo difuso o nodular, realce de pares craneales y raíces; hidrocefalia comunicante
Autoinmune o vasculítica	Realce leptomeníngeo y, a veces, engrosamiento paquimeníngeo; lesiones parenquimatosas si coexiste encefalitis o vasculitis

Tabla 3. Tratamiento inicial por etiología (resumen)

ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO DE INICIO
Bacteriana	Iniciar de inmediato ceftriaxona o cefotaxima más vancomicina; añadir ampicilina en mayores de 50 años o en inmunodeficiencia. Administrar dexametasona en sospecha de neumococo antes o con la primera dosis antibiótica
Viral	Tratamiento de soporte; aciclovir en sospecha de virus del herpes simple o virus varicela-zóster
Tuberculosis meníngea	Esquema con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Corticoides como coadyuvantes; control estricto de la hipertensión intracraneal y prevención de eventos isquémicos
Criptocosis	Anfotericina B más flucitosina, seguido de mantenimiento con fluconazol. Manejo agresivo de la hipertensión intracraneal
Neoplásica	Quimioterapia intratecal (como metotrexato, citarabina o tiotepa) y radioterapia en lesiones voluminosas. Repetir punción lumbar para evaluar respuesta
Autoinmune o vasculítica	Corticoides sistémicos, inmunoglobulina intravenosa o plasmaféresis, y terapias dirigidas (por ejemplo, rituximab) según el autoanticuerpo y el contexto

Tabla 4. Quimioprofilaxis de contactos (meningococo y Haemophilus influenzae tipo b)

ASPECTO	RECOMENDACIÓN
¿A quién?	Contactos cercanos (convivientes, parejas, compañeros de dormitorio, guarderías, exposición a secreciones orofaríngeas) dentro de las primeras 24 horas desde el diagnóstico del caso índice
Esquemas en adultos	Rifampicina 600 mg por vía oral cada 12 horas durante 2 días (evitar en embarazo); o ciprofloxacino 500 mg por vía oral dosis única; o azitromicina 500 mg por vía oral dosis única
Claves operativas	La vacunación no sustituye la profilaxis inmediata; actuar de forma urgente por el riesgo de casos secundarios en 2 a 5 días

Algoritmos y diagramas de flujo

Diagrama 1. Atención inicial en urgencias

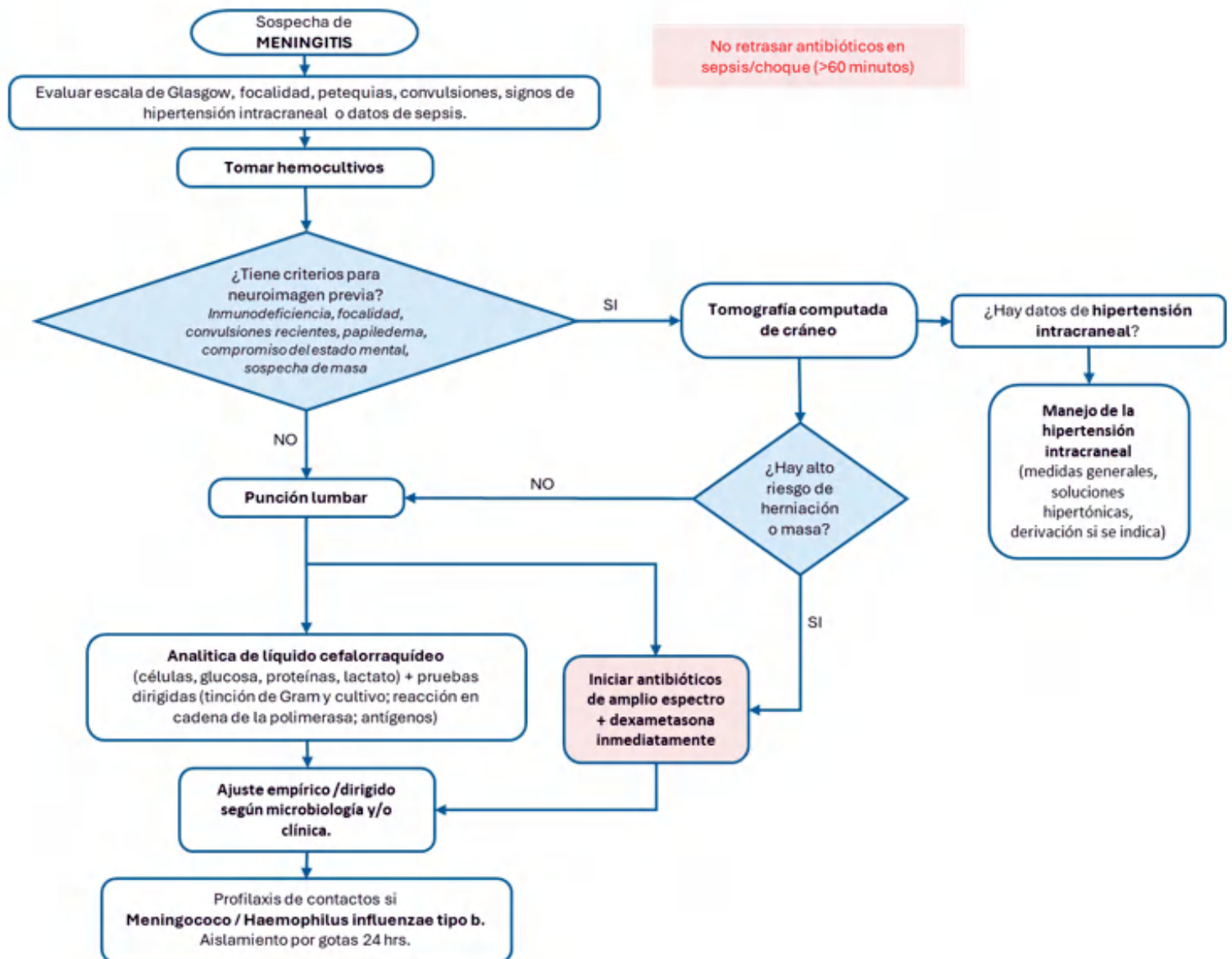


Diagrama 2. Enfoque según curso temporal

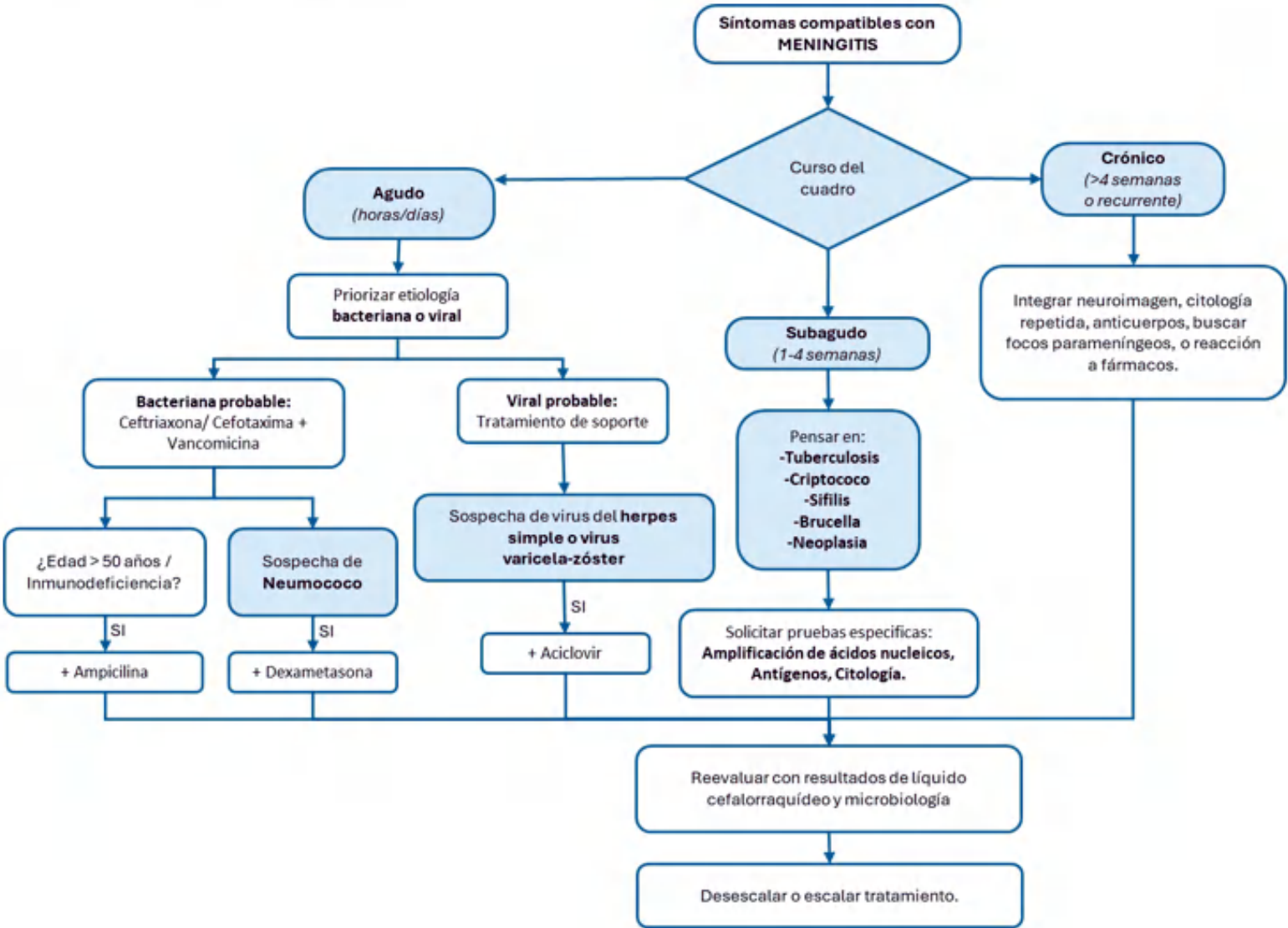


Diagrama 3. Sospecha de tuberculosis meníngea

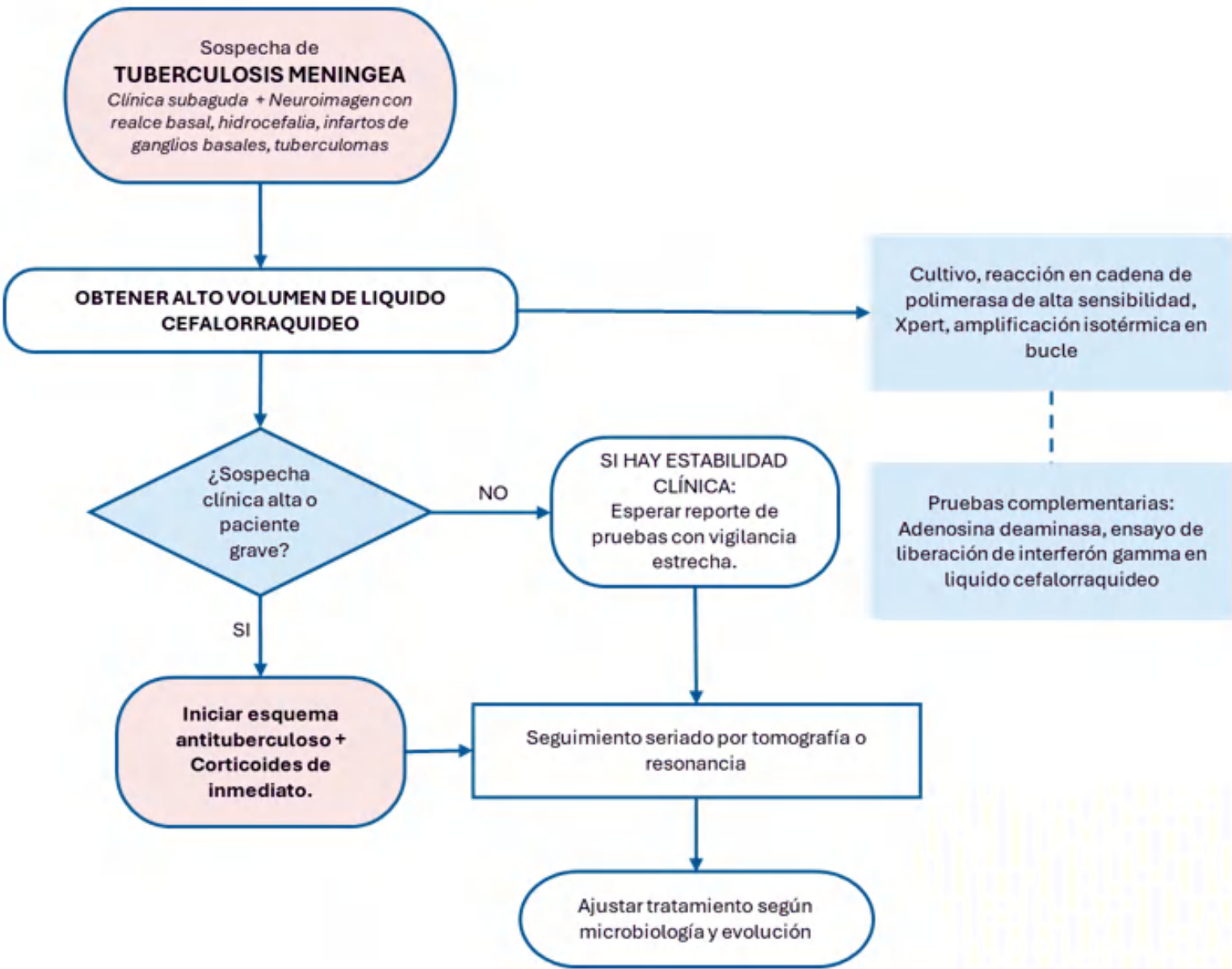


Diagrama 4. Sospecha de meningitis de origen neoplásico

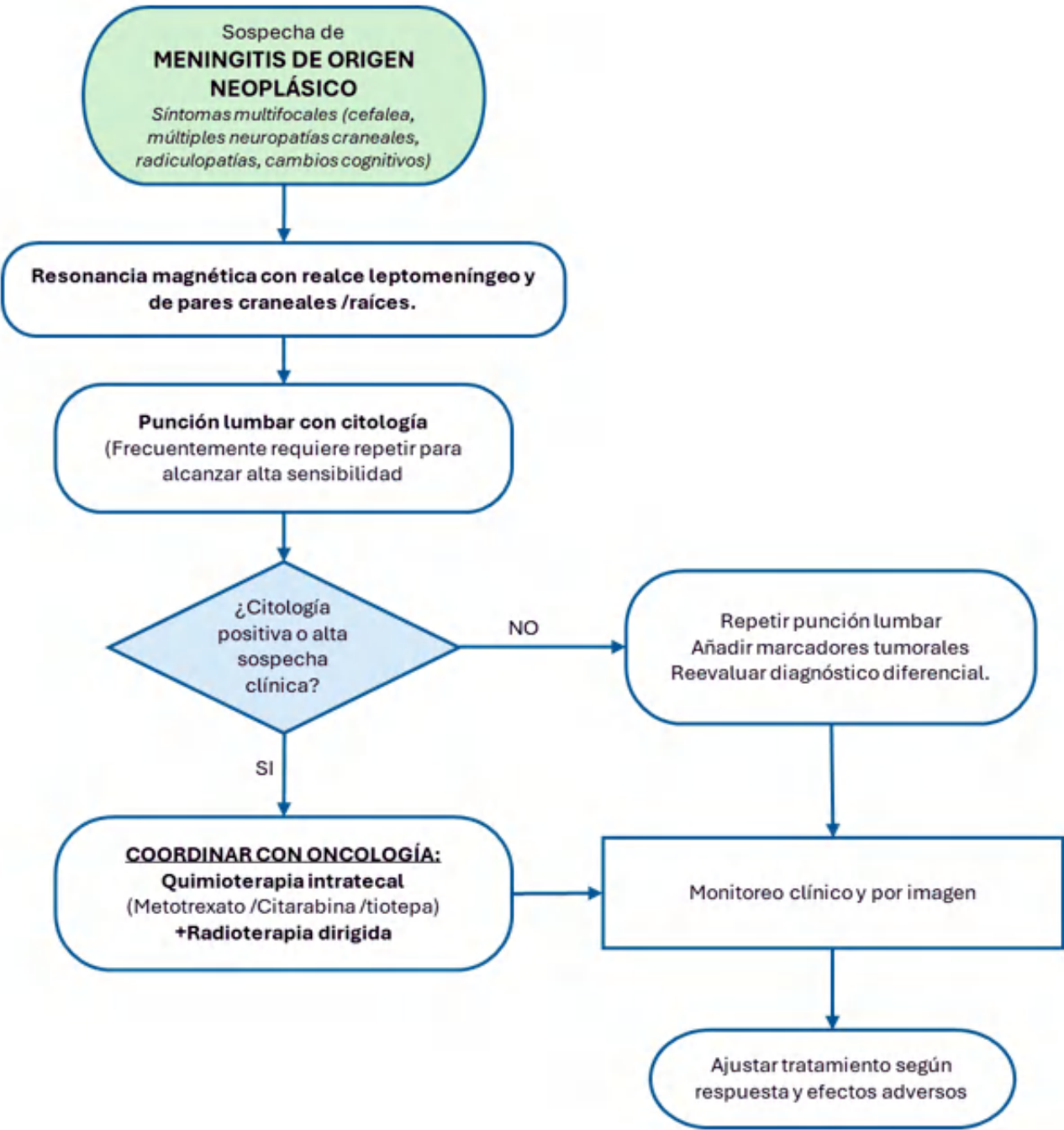
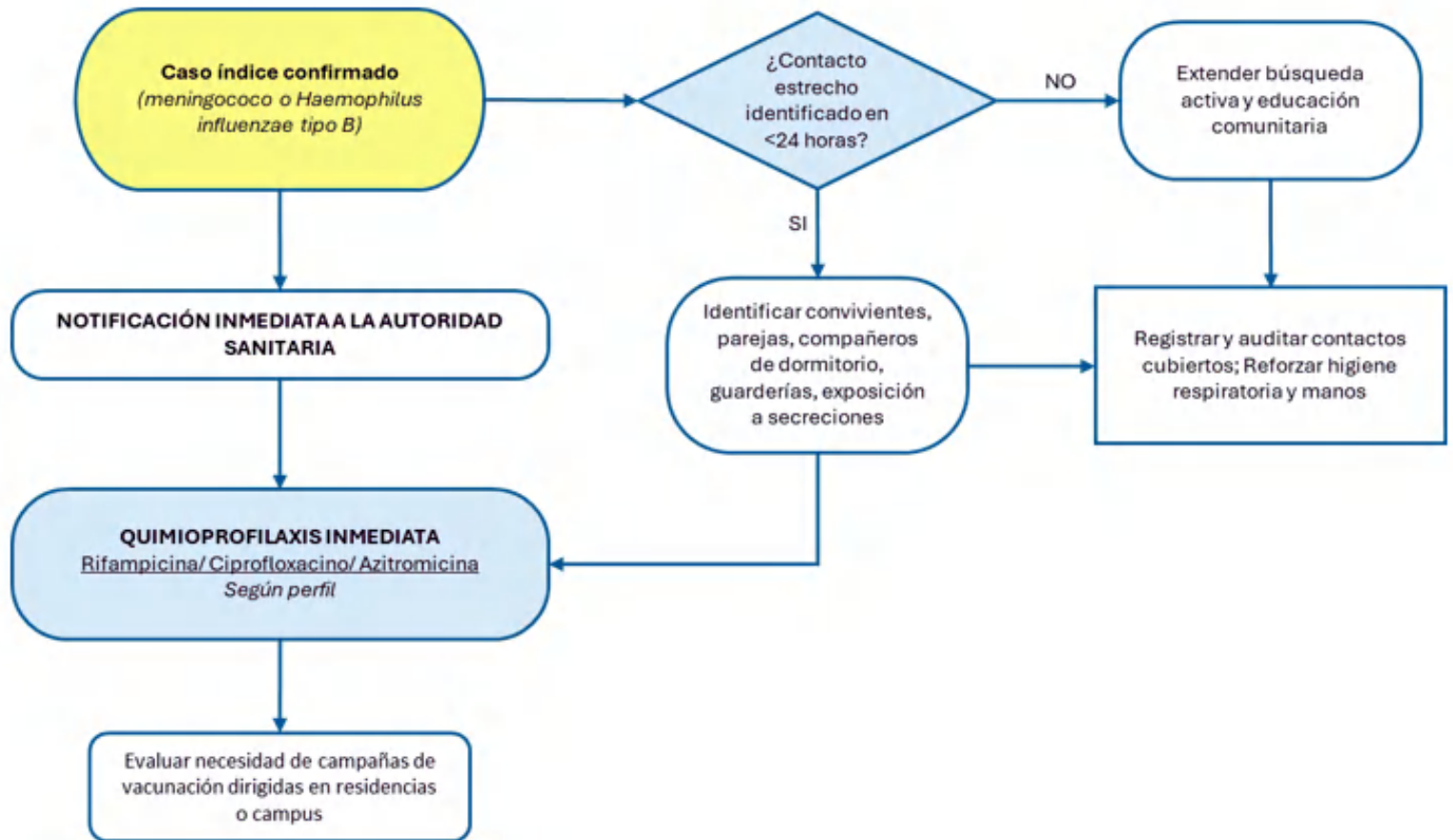


Diagrama 5. Prevención y control de brotes



Prevención y salud pública

Vacunación sistemática. La inmunización frente a *Haemophilus influenzae* tipo b, *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis* ha sido clave para reducir la incidencia de meningitis bacteriana.

Quimioprofilaxis de contactos. Indispensable en meningococo y *Haemophilus influenzae* tipo b para cortar cadenas de transmisión tempranas.

Control de infecciones. Aislamiento por gotas en el entorno hospitalario hasta 24 horas después del inicio de antibióticos; higiene de manos rigurosa (especialmente útil ante enterovirus, con excreción fecal prolongada).

Grupos de riesgo para vacunación reforzada. Personas de 65 años o más, enfermedades crónicas cardiopulmonares o renales, diabetes mellitus, asplenia o esplenectomía, fístulas de líquido cefalorraquídeo, inmunodeficiencias y virus de inmunodeficiencia humana.

- Mensaje operativo: En brotes, la inmunización no reemplaza la quimioprofilaxis inmediata debido al periodo necesario para la generación de anticuerpos.

Retos actuales y perspectivas

Diagnóstico temprano en entornos con recursos limitados: triage clínico y epidemiológico, hemocultivos oportunos, antibiótico precoz, punción lumbar segura, pruebas rápidas punto de atención y paquetes de atención esencial (incluidos dexametasona en sospecha de neumococo y manejo de hipertensión intracraneal).

Resistencia antimicrobiana: coberturas empíricas robustas con desescalada informada por microbiología; considerar concentraciones mínimas inhibitorias y penetración a sistema nervioso central; uso racional de antibióticos para preservar eficacia futura.

Estandarización en meningitis crónica y neoplásica: integrar clínica, líquido cefalorraquídeo ampliado (adenosina deaminasa, antígeno criptocócico, pruebas de amplificación, citología repetida) y criterios de imagen; adoptar marcos de respuesta y desenlaces funcionales.

Biomarcadores y tecnologías emergentes: metagenómica de nueva generación y transcriptómica para etiologías atípicas; inteligencia artificial para patrones de imagen; expansión de pruebas rápidas y cartuchos de amplificación adaptados a bajo recurso.

Vacunas y vigilancia: ampliar coberturas (conjugadas de mayor valencia para neumococo; esquemas MenACWY y MenB en riesgo); vigilancia genómica para detectar clones hipervirulentos o cambios de serotipos.

Terapias y coadyuvantes: en bacteriana, dexametasona con beneficio probado en neumococo; en tuberculosis, corticoides reducen mortalidad, pero persisten secuelas; en criptococosis, optimizar manejo de hipertensión intracraneal; en leptomeníngea neoplásica, avances intratecales y sistémicos con adecuada penetración.

Sistemas y equidad: estandarizar paquetes de cuidado, capacitación continua en punción lumbar segura y lectura del líquido cefalorraquídeo, indicadores de calidad (tiempos a antibiótico y punción, tasas de desescalada, cobertura vacunal, mortalidad y secuelas a 90 días) e investigación pragmática en contextos con recursos limitados.

Conclusiones operativas para la práctica clínica

Primera hora crítica: hemocultivos, antibiótico adecuado, corticoide cuando esté indicado y punción lumbar segura.

Diagnóstico dirigido: combinar líquido cefalorraquídeo, pruebas moleculares rápidas y neuroimagen siguiendo criterios estandarizados.

Prevención efectiva: vacunación y profilaxis de contactos; educación en control de infecciones.

Equidad: garantizar acceso a paquetes esenciales y teleasesoría en entornos con menos recursos.

Esta guía busca facilitar decisiones consistentes, reducir tiempos críticos, mejorar la precisión diagnóstica, optimizar tratamientos y prevenir casos y secuelas en todos los niveles de atención.

Broncoscopios Flexibles



Angulación más amplia:

Brinda una inserción más suave al lóbulo del bronquio gracias a que logra una angulación vertical de 210°, de fácil manipulación por su función de autobloqueo.



Rotación:

El tubo de incisión puede ser girado hasta 90° hacia la izquierda o derecha desde la sección de control del broncoscopio.



Función de doblado pasivo:

Distribuye la presión para que el tubo de inserción se doble y ajuste automáticamente a los contornos de la tráquea, disminuyendo potencialmente la incomodidad del paciente y acelerando la inserción del pulmón.



Estéril y desechable:

Garantiza seguridad a los pacientes y elimina el riesgo de contaminación cruzada.



Resistente y práctico:

Sistema fabricado con materiales de gran calidad.








Grabación y captura de fotografías simultáneas:

Filmación de videos y toma de imágenes de alta resolución desde el mango, gracias al botón de acción incluido.



Muestra y graba la imagen endoscópica.



ZERO	SLIM	NORMAL	LARGE	EXTRA
				
BCV1-02 ID: - OD: 2.22 mm	BCV1-C2 ID: 1.2 mm OD: 3.2 mm	BCV1-M2 ID: 2.2 mm OD: 4.9 mm	BCV1-S2 ID: 2.8 mm OD: 5.8 mm	BCV1-W2 ID: 3.2 mm OD: 6.2 mm
600 mm				
110° ± 5%				
3 ~ 100 mm				
LED				
Ø 7.8 ± 1				
ETO				

Longitud de trabajo	600 mm
Campo de visión	110° ± 5%
Vista de profundidad	3 ~ 100 mm
Método de iluminación	LED
Conector de succión	Ø 7.8 ± 1
Método de esterilización	ETO





FERTILIDAD FEMENINA: LO QUE TODA MUJER DEBERÍA SABER... Y TODO MÉDICO RECORDAR

Por Dra. Sonia Irma Fuster Rojas.

Introducción

La fertilidad femenina rara vez se pierde de manera súbita. Lo hace de forma progresiva, silenciosa y, con frecuencia, mientras la paciente escucha frases como “*todo está bien*”, “*espere un poco más*” o “*relájese*”. En la práctica clínica cotidiana solemos confiar en que recordamos lo esencial sobre fertilidad; sin embargo, no siempre identificamos **cuándo investigar, qué evaluar y cuánto cuesta, en términos biológicos, el paso del tiempo.**

La edad reproductiva, el estado metabólico, el impacto del estrés crónico y la correcta interpretación de las hormonas no son detalles accesorios: son variables que definen el pronóstico reproductivo. Solicitar estudios fuera del momento adecuado, minimizar una FSH elevada, omitir el conteo de folículos antrales o no integrar el contexto metabólico puede traducirse en pérdida de oportunidades reales para nuestras pacientes. Este artículo busca ordenar conceptos clave y recordar criterios clínicos que sí modifican decisiones, desde una mirada integral de la medicina reproductiva.

1. Fertilidad femenina: no todas las pacientes parten del mismo punto

(Por qué clasificar importa desde la primera consulta)

En la consulta médica persiste la asociación entre dificultad reproductiva y edad avanzada. No obstante, **la edad cronológica no siempre refleja la edad reproductiva real**. Existen pacientes jóvenes que, por sus antecedentes ginecológicos o quirúrgicos, ya presentan un riesgo reproductivo aumentado y requieren una evaluación temprana y dirigida.

Mujeres con **teratomas ováricos, miomas, pólipos endometriales, endometriosis, o con antecedentes de cirugía ovárica o tubárica — independientemente del motivo—**, no parten del mismo escenario que una paciente sin estos antecedentes. La manipulación quirúrgica del ovario, la resección de tejido ovárico sano o la inflamación crónica pueden impactar de forma directa en la **reserva ovárica, la calidad ovocitaria** y la función reproductiva futura, aun cuando los ciclos menstruales sean regulares (1).

El error frecuente es asumir que, por tratarse de mujeres jóvenes, existe tiempo suficiente para observar o postergar decisiones. En realidad, **estas pacientes ya tienen un factor de riesgo establecido**, y su fertilidad puede deteriorarse de forma más acelerada que la esperada para su edad. Clasificar desde el inicio no es alarmar: es **contextualizar el riesgo reproductivo real** y evitar retrasos diagnósticos difíciles de revertir.

2. Criterios de Bolonia

(Cuando la reserva ovárica ya está comprometida)

Los **Criterios de Bolonia** fueron desarrollados para identificar a pacientes con **respuesta ovárica pobre** y continúan siendo una referencia obligada en reproducción humana (2). En la práctica clínica, además, funcionan como una alerta temprana de que el margen reproductivo puede ser limitado, incluso en mujeres jóvenes con factores de riesgo (3).

De acuerdo con esta clasificación, se sospecha baja respuesta ovárica cuando se cumplen al menos dos de los siguientes criterios:

- Edad materna avanzada o presencia de factores de riesgo para disminución de la reserva ovárica
- Conteo de folículos antrales bajo
- Hormona antimülleriana disminuida o respuesta pobre previa a estimulación ovárica
- Antecedentes como **cirugía ovárica**, **endometriosis** o procedimientos repetidos sobre el ovario adquieren aquí especial relevancia. Minimizar una FSH discretamente elevada o un AFC menor al esperado, bajo el argumento de juventud, suele retrasar decisiones importantes. Reconocer criterios de Bolonia de forma oportuna no implica precipitar tratamientos, sino **no perder tiempo** valioso en pacientes cuya reserva ya se encuentra comprometida.

3. Estratificación pronóstica con POSEIDON

(No todas las pacientes con baja reserva tienen el mismo pronóstico)

Durante años, muchas pacientes fueron agrupadas bajo el término genérico de “mala respondedora”, una clasificación limitada que no permitía anticipar resultados ni individualizar decisiones. Con el objetivo de superar esta visión retrospectiva, el sistema propuesto por el **POSEIDON Group** introdujo un cambio conceptual relevante: pasar de describir la respuesta ovárica a **estratificar el pronóstico reproductivo de forma prospectiva**.

POSEIDON integra tres variables clave:

- **Edad materna**
 - **Reserva ovárica**, evaluada mediante hormona antimülleriana (AMH) y/o conteo de folículos antrales (AFC)
 - **Respuesta ovárica esperada o previa** a la estimulación
-

Con base en estos elementos, las pacientes se clasifican en cuatro grupos con implicaciones clínicas distintas:

- **Grupo 1:** Mujeres menores de 35 años, con reserva ovárica normal ($\text{AMH} \geq 1.2$ ng/mL y/o $\text{AFC} \geq 5$), pero con respuesta ovárica subóptima o inesperadamente baja en ciclos previos. En este grupo, la calidad ovocitaria suele ser favorable, pero existe una baja eficiencia de respuesta.
- **Grupo 2:** Mujeres de 35 años o más, con reserva ovárica normal, que presentan una respuesta ovárica subóptima o baja. Aquí, el principal factor que impacta el pronóstico es la edad y la calidad ovocitaria.
- **Grupo 3:** Mujeres menores de 35 años con baja reserva ovárica ($\text{AMH} < 1.2$ ng/mL y/o $\text{AFC} < 5$). Aunque la cantidad de ovocitos es limitada, la calidad ovocitaria relativa suele ser mejor que en pacientes de mayor edad.
- **Grupo 4:** Mujeres de 35 años o más con baja reserva ovárica, en quienes se combinan la disminución en cantidad y calidad ovocitaria, representando el grupo con mayor compromiso pronóstico.

El valor clínico de POSEIDON radica en que **no todas las pacientes con AMH baja ni todas las mujeres con respuesta subóptima tienen el mismo pronóstico**. La edad continúa siendo un modulador central de la calidad ovocitaria, incluso cuando la reserva es aparentemente adecuada. Esta estratificación permite anticipar escenarios, ajustar expectativas y decidir de manera más oportuna **cuándo intervenir y cuándo referir**, evitando la falsa tranquilidad de interpretaciones aisladas de laboratorio.

4. El eje olvidado: metabolismo, inflamación y estrés

(Cuando el problema no está solo en el ovario)

La fertilidad femenina refleja un equilibrio sistémico. Alteraciones metabólicas subclínicas —frecuentes y poco diagnosticadas— pueden comprometer la ovulación, la calidad ovocitaria y la receptividad endometrial. **La resistencia a la insulina, los trastornos tiroideos leves, la inflamación crónica de bajo grado y el estrés sostenido** influyen directamente en el eje reproductivo (6,7). La activación crónica del eje hipotálamo–hipófisis–adrenal altera la secreción pulsátil de GnRH y puede perpetuar ciclos anovulatorios o de baja calidad. Minimizar este impacto con recomendaciones generales resulta insuficiente si no se aborda el contexto metabólico y emocional completo. Una paciente metabólicamente alterada **pierde tiempo reproductivo aun cuando su edad sea favorable**.

5. Hormonas: no solo pedir las, sino saber ¿cuándo y cómo interpretarlas?

En fertilidad, **el momento de la medición hormonal es tan importante como la hormona solicitada**. La FSH sigue siendo un pilar en la evaluación de la reserva ovárica, pero su interpretación fuera de la fase folicular temprana puede generar conclusiones erróneas (8).

La FSH continúa siendo un pilar en la evaluación de la reserva ovárica, particularmente cuando se solicita en la fase folicular temprana. Diversos estudios han señalado que **valores de FSH persistentemente ≥ 8.5 –9 UI/L**, medidos en días 2–3 del ciclo, deben considerarse **un dato de alerta**, especialmente cuando se acompañan de edad materna avanzada, conteo de folículos antrales bajo o antecedentes ginecológicos relevantes (8).

Si bien la FSH presenta variabilidad inter e intra-ciclo y no debe interpretarse de forma aislada, una **FSH en este rango ya sugiere una disminución en la reserva ovárica funcional**, aun cuando otros parámetros, como la AMH, se encuentren dentro de rangos aparentemente normales. Ignorar este hallazgo puede retrasar decisiones clínicas importantes y generar una falsa sensación de tranquilidad.

La **hormona antimülleriana (AMH)**, aunque estable durante el ciclo, pierde valor cuando se interpreta de forma aislada. Una AMH normal no garantiza buen pronóstico reproductivo, y una AMH baja no define por sí sola la posibilidad de embarazo. Su interpretación debe integrarse con la edad, **el conteo de folículos antrales (AFC)** y los antecedentes clínicos (9).

Aquí se presenta uno de los errores conceptuales más frecuentes en la práctica clínica: **una AMH normal no equivale a buena calidad ovocitaria**. La edad materna impacta principalmente en la competencia cromosómica del ovocito y, por lo tanto, en la probabilidad real de obtener un embrión sano. Este efecto se acentúa de forma marcada a partir de los 38 años.




Figura. Probabilidad de embrión cromosómicamente Sano o Enfermo según la edad materna

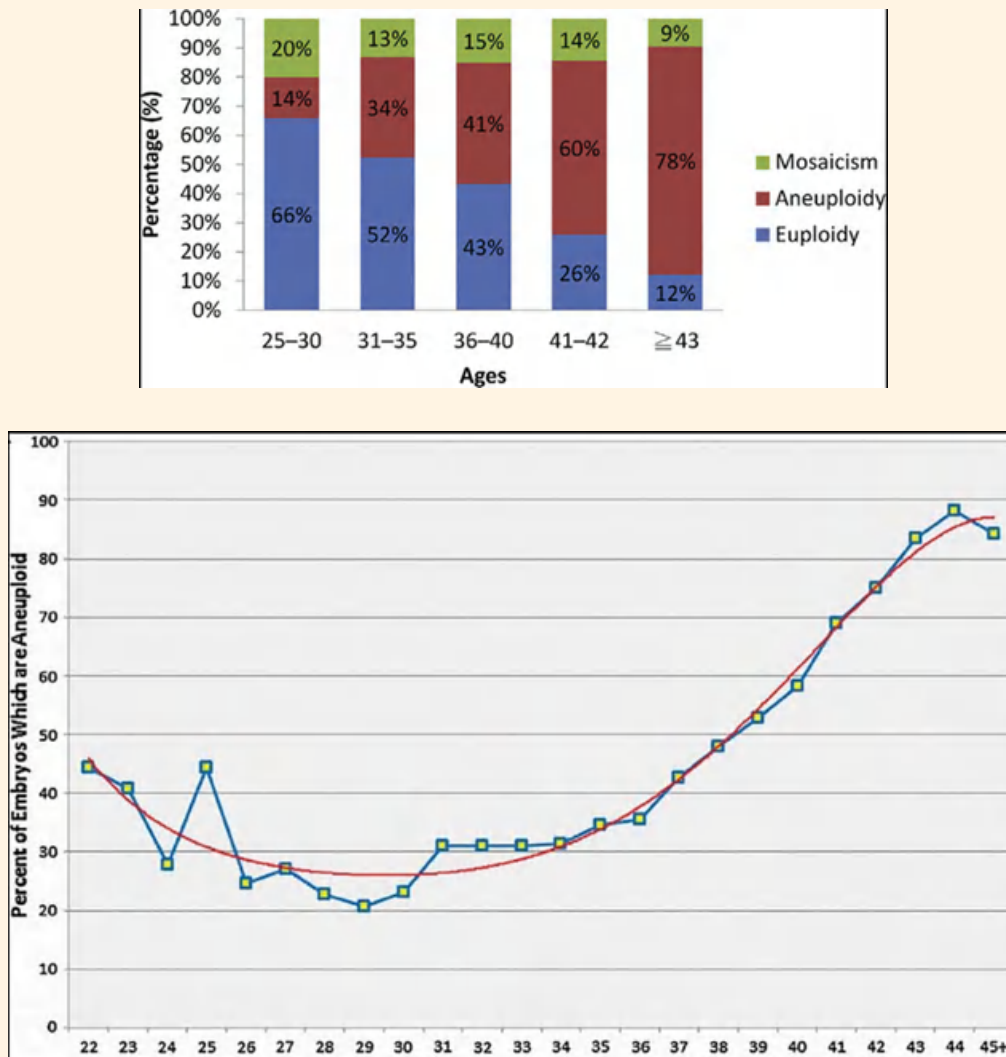


Figura 1. La disminución de embriones euploides se acelera de forma significativa a partir de los 38 años, incluso en mujeres con ciclos menstruales regulares y parámetros hormonales aparentemente normales (10,11).

Nota: La edad impacta principalmente en la calidad ovocitaria, no solo en la cantidad de ovocitos obtenidos. El **conteo de folículos antrales (AFC)** sigue siendo una de las herramientas más valiosas y, paradójicamente, una de las más subutilizadas fuera del ámbito de la reproducción. Su correlación con la reserva funcional real del ovario permite afinar el pronóstico y orientar de manera más precisa el manejo clínico. El error más frecuente no es pedir estudios, sino **interpretarlos fuera de contexto**.

Conclusión

El tiempo reproductivo: lo que no se recupera

La fertilidad femenina no se pierde de un día para otro; se deteriora mientras se posterga la toma de decisiones. Cada ciclo no evaluado a tiempo, cada estudio mal interpretado y cada recomendación de “esperar un poco más” puede representar una oportunidad menos para la paciente.

Recordar el **tiempo reproductivo** no es alarmar ni medicalizar de más, sino **informar con responsabilidad**. Como médicos, no es necesario hacerlo todo, pero sí reconocer cuándo el reloj biológico ya está influyendo en el pronóstico y cuándo una valoración especializada puede cambiar el curso.

Aunque durante años se utilizaron criterios como Bolonia para describir la baja respuesta ovárica, hoy se reconoce que su valor es principalmente histórico. En la práctica actual, la predicción del pronóstico reproductivo se apoya en modelos más dinámicos y prospectivos, como la clasificación POSEIDON, y en herramientas que integran edad, reserva ovárica y respuesta funcional del ovario. Estos enfoques permiten una toma de decisiones más individualizada y refuerzan un principio central: la fertilidad no debe evaluarse de forma retrospectiva, sino anticiparse.

En fertilidad, el recurso más valioso no es el tratamiento: **es el tiempo.**



Sobre la autora.



Sonia Fuster Rojas, MD

Médica cirujana, especialista en Ginecología y Obstetricia, Master en Medicina Reproductiva.

Egresada de la **Universidad Veracruzana**. Realizó la especialidad en Ginecología y Obstetricia en el **Hospital Universitario La Fe**, Valencia, España. Master en Medicina Reproductiva en el **Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI)**, Valencia, España, y entrenamiento avanzado en cirugía laparoscópica – Histeroscópica y manejo de endometriosis en **Casa di Cura Malzoni**, Avellino, Italia.

Cuenta con diplomados en terapia hormonal bioidéntica, ozonoterapia, sueroterapia, medicina regenerativa, medicina estética, regenerativa y funcional.

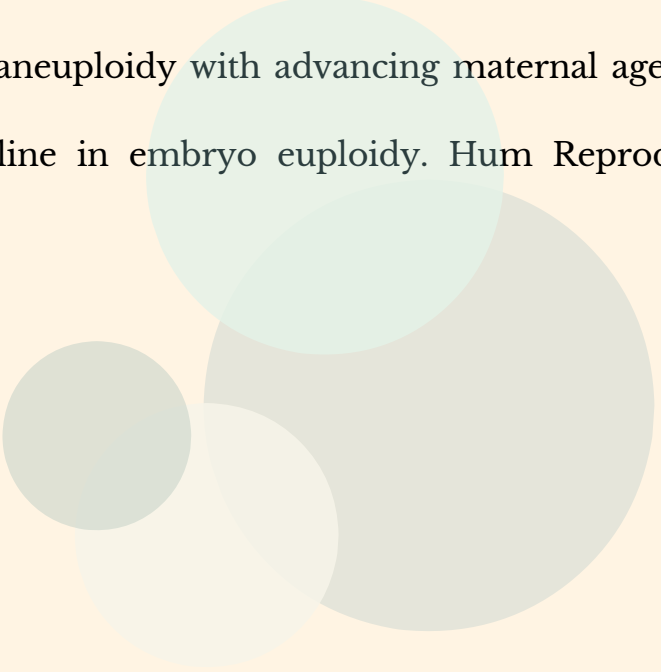
Actualmente participa como ponente en programas de educación médica continua relacionados con mediadores especializados de resolución de la inflamación (SPMs).

Directora Médica de Centro FiVER. Veracruz.

Atención médica en: Clínica Saluz. Piso 2. Consultorio 9.

Cel de citas: 2291-59-98-18 /// 2299-500-798.

Bibliografía

1. Muzii L, et al. Impact of ovarian surgery on ovarian reserve: a systematic review. Hum Reprod Update. 2020.
 2. Ferraretti AP, et al. ESHRE consensus on the definition of poor ovarian response (Bologna criteria). Hum Reprod. 2011.
 3. Ferraretti AP, Gianaroli L. The Bologna criteria: strengths and weaknesses. Reprod Biomed Online. 2021.
 4. Poseidon Group. A new stratification of low responders to ovarian stimulation. Hum Reprod. 2016.
 5. Alviggi C, et al. POSEIDON criteria and low prognosis patients in ART. Fertil Steril. 2020.
 6. Palomba S, et al. Metabolic disorders and female infertility. Endocr Rev. 2021.
 7. Berga SL, Girton L. Stress-induced reproductive dysfunction. Endocrinol Metab Clin North Am. 2020.
 8. Broer SL, et al. Ovarian reserve tests in fertility care: an update. Hum Reprod Update. 2022.
 9. Iliodromiti S, et al. AMH and ovarian reserve: clinical implications revisited. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020.
 10. Franasiak JM, et al. The nature of aneuploidy with advancing maternal age. Fertil Steril. 2021.
 11. Capalbo A, et al. Age-related decline in embryo euploidy. Hum Reprod Update. 2022.
- 

¿QUIÉN SE OCUPA Y PREOCUPA POR LOS NIÑOS EN MÉXICO?

UN ANÁLISIS DE LA DESPROTECCIÓN INFANTIL EN EL SIGLO XXI



Dr. Eduardo Antonio Lara Pérez*

* Presidente de la Fraternidad médica por la salud "Médicos Unidos por México".
Académico titular: Academia Mexicana de Pediatría.

Resumen

En México, los sistemas de protección, desarrollo y bienestar infantil han sufrido un deterioro acelerado durante la última década. La desaparición de estancias infantiles y escuelas de tiempo completo, junto con el impacto de la pandemia por COVID-19 en la escolaridad, la vacunación y la salud mental, creó una crisis estructural que afecta a millones de niñas, niños y adolescentes. Simultáneamente, la violencia, el desplazamiento forzado y el reclutamiento de menores por el crimen organizado evidencian la debilidad del Estado para garantizar el interés superior de la niñez. A ello se suma el debilitamiento institucional del Sistema Nacional DIF y la ausencia de posicionamientos firmes por parte de organizaciones médicas y pediátricas. Este manuscrito examina estas fallas estructurales desde una perspectiva biopsicosocial y plantea una pregunta fundamental para el futuro del país: ¿quién se ocupa realmente de los niños en México?

Abstract

Mexico has experienced rapid deterioration in its child protection and development systems over the last decade. The elimination of early-childhood care centers and full-time schools, combined with the COVID-19 pandemic's effects on schooling, vaccination, and mental health, has created a structural crisis affecting millions of children and adolescents. Simultaneously, violence, forced displacement, and the recruitment of minors by organized crime expose the government's inability to safeguard children's rights. This is compounded by the institutional weakening of the national DIF system and the lack of strong advocacy from medical and pediatric organizations. This manuscript analyzes these structural failures through a biopsychosocial lens and poses a critical question for the country's future: Who is truly responsible for protecting the children of Mexico?

Palabras clave

Infancia; derechos de la niñez; políticas públicas; DIF; violencia; México; pediatría.



Introducción

La niñez mexicana enfrenta una crisis multidimensional que combina alteraciones de la integración de la familia como núcleo social que son en gran medida, la falta de orientación y ejemplo hacia la importancia de la crianza con retrocesos en políticas públicas, debilitamiento institucional y procesos sociales de violencia y desigualdad. La desaparición de programas como las estancias infantiles y las escuelas de tiempo completo redujo significativamente la capacidad del Estado para apoyar a las familias trabajadoras (1). Al mismo tiempo, la pandemia por COVID-19 provocó la mayor interrupción educativa y de vacunación infantil registrada en décadas (2). Este escenario se agrava con el aumento del desplazamiento interno, la migración forzada, la expansión del crimen organizado y la participación creciente de menores en actividades delictivas (3).

El propósito de este manuscrito es analizar cómo estos factores convergen y evidencian una pregunta urgente para la sociedad y el Estado: ¿quién se ocupa de los niños en México?, y ¿qué instituciones quedan para protegerlos?

Desarrollo

1. El desmantelamiento de la infraestructura de cuidado infantil

La eliminación de estancias infantiles en 2019 y el fin de las escuelas de tiempo completo en 2022 representaron un retroceso sustancial en la política pública de cuidado infantil. Estos programas proporcionaban alimentación, vigilancia, estimulación temprana y apoyo a familias en situación laboral precaria. Diversos análisis han demostrado que su desaparición afectó de manera desproporcionada a mujeres trabajadoras, niñas y niños en contextos de pobreza (4).

2. Impacto de la pandemia en educación, vacunación y bienestar infantil

Durante la pandemia por COVID-19, México registró una caída histórica en las coberturas de vacunación infantil, llegando a niveles comparables con los de la década de 1990 (5).

Las clases presenciales estuvieron suspendidas por más de 15 meses, generando rezago educativo, aumento del abandono escolar y deterioro del bienestar emocional de los menores (6). Asimismo, México se convirtió en uno de los países con mayor número de niñas y niños huérfanos por COVID-19, con estimaciones superiores a 244,000 menores afectados (7).

3. Niñez, violencia organizada y reclutamiento criminal

El incremento de violencia ha involucrado cada vez más a menores en actividades delictivas, incluyendo portación de armas, trabajo para células criminales y participación en homicidios (8). REDIM reportó un aumento sostenido en homicidios, desapariciones y agresiones contra niñas, niños y adolescentes, lo que evidencia una vulneración masiva del derecho a la vida y a la seguridad (3). En muchos casos, estos fenómenos se relacionan con el abandono institucional del Estado y la falta de políticas de prevención.

4. El silencio institucional de las organizaciones médicas y pediátricas

A pesar de la gravedad de la situación, asociaciones médicas y pediátricas han mantenido una participación limitada en el debate público. En contraste con otras naciones donde los colegios pediátricos ejercen presión sobre autoridades para garantizar esquemas de vacunación, educación temprana y protección infantil, en México la incidencia institucional ha sido escasa (9). Este silencio reduce la presión social hacia el gobierno, debilita la evidencia científica en el debate público y deja a la niñez sin defensores técnicos visibles.

5. El debilitamiento del Sistema Nacional DIF

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) fue durante décadas el eje de la atención a la infancia vulnerable. Sin embargo, en los últimos años ha sufrido recortes presupuestales, pérdida de capacidades operativas y debilitamiento estructural (10). El DIF es responsable legal de la protección de menores migrantes, desplazados y víctimas de violencia, pero informes recientes indican que su capacidad ha sido ampliamente rebasada (11). El deterioro institucional del DIF representa un retroceso grave en el sistema de cuidados en México.

6. El rol de la familia frente a la ausencia del Estado

Si bien la familia es el núcleo primario de protección del niño, no puede suplir las obligaciones del Estado en materia de salud, educación, alimentación, protección y bienestar. La teoría del desarrollo infantil señala que la protección de la niñez requiere un ecosistema que combine vínculos afectivos sólidos con estructuras institucionales estables (12). Cuando estas fallan, como ocurre en México, los niños quedan expuestos a violencia, explotación, abandono y riesgo permanente.



Conclusiones

El análisis muestra que México atraviesa una crisis profunda en materia de protección infantil. La desarticulación de programas de cuidado, los efectos de la pandemia, el aumento de la violencia y el debilitamiento del DIF han creado un entorno adverso para el desarrollo de niñas y niños. Las organizaciones médicas y pediátricas deben asumir un rol más activo como defensoras de los derechos infantiles, mientras el Estado debe reconstruir políticas públicas que garanticen bienestar, garantías sociales y entornos seguros. Responder a la pregunta “¿quién se ocupa de los niños en México?” implica reconocer que hoy existe un vacío institucional que debe ser atendido con urgencia.

Referencias

1. Coneval. Evaluación de programas sociales. México: Coneval; 2020.
2. UNICEF. Estado de la niñez en México. Ciudad de México: UNICEF; 2022.
3. REDIM. Informe anual sobre la situación de la infancia. Ciudad de México: Red por los Derechos de la Infancia en México; 2023.
4. Díaz M, Sánchez P. Impacto de la eliminación de estancias infantiles. Rev Polít Públicas. 2021;15(2):45-59.
5. OPS. Informe de vacunación en las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2022.
6. INEGI. Encuesta para la medición del impacto COVID-19. Aguascalientes: INEGI; 2021.
7. Hillis S, et al. COVID-19-associated orphanhood. Lancet. 2022;399:98-100.
8. CIDAC. Delito, violencia y participación de menores. México: Centro de Investigación para el Desarrollo A.C.; 2020.
9. González R. El papel de los gremios médicos en la incidencia pública. Salud Soc. 2023;12(1):66-74.
10. ODNA. Balance del Sistema DIF y derechos de la infancia. Observatorio de Derechos de la Niñez y Adolescencia; 2023.
11. CNDH. Recomendaciones sobre niñas, niños y adolescentes migrantes. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2022.
12. Bronfenbrenner U. Making human beings human. Thousand Oaks, CA: Sage; 2005.
13. Amnistía Internacional. Informe anual de derechos humanos. Londres: Amnistía Internacional; 2023.

Correspondencia:

Grijalva 230, 2º piso, Fraccionamiento Reforma C.P. 91919 Veracruz, Ver. (México)
Teléfono: 2299-375674. Email: lape5104@gmail.com





**Good
munchies
Good mood**

Enchilado
is always better

2965932554



@pipicoso.mx

Las asociaciones estudiantiles y su papel como semilleros de investigación en la formación médica de los estudiantes de pregrado

Edrei Lopez Hernandez¹, Fátima Odette Luna Dominguez¹, Isabella Velasco Cervantes¹, Nicole Yadira Montano Romero¹, Vladimir Guerrero Toralva¹, Ana Cristina Reyes Rivera¹, Nahomy Castillo Ramírez¹, Axel Landa Lima¹, Alejandro Gonzales Davila¹, Mayren Guadalupe López Salazar¹, Karol García Baldo¹, María José Libreros Dupuy¹

1. Universidad Veracruzana, Región Xalapa, Unidad de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina



Edrei López Hernández
Presidente de EnviroEpiHealthMx Nodo
Xalapa

Cuando somos estudiantes de pregrado por lo general nos presentan un panorama en donde el médico solo tiene dos caminos, hacer una especialidad médica o entrar al mundo laboral como médico general, pero la verdad es que como médicos generales al egresar de la carrera tenemos un mundo de oportunidades en los que podemos desarrollarnos.

En esta ocasión nuestro interés se centra en fomentar en los estudiantes de pregrado un interés por realizar investigación desde los primeros semestres de medicina. La investigación constituye uno de los pilares para el fortalecimiento de los estudiantes de medicina, incorporar el sentido de la investigación en los estudiantes de pregrado formara médicos con un criterio para una toma de decisiones más críticas desde etapas tempranas de la carrera, así los estudiantes obtienen herramientas que los ayudan a mantener los conocimientos actualizados siempre en evidencia de alta calidad.

En el contexto actual donde la producción académica es muy amplia, se necesita de un gran criterio para saber si la información que consultamos tiene una fuerte evidencia que la respalde, esto fomenta en los estudiantes no solo un pensamiento crítico, sino además la capacidad de buscar información actualizada y relevante sobre las ultimas actualizaciones médicas.

En respuesta a las necesidades actuales, los estudiantes de medicina de la facultad de medicina campus Xalapa de la Universidad Veracruzana hemos impulsado un proyecto liderado por la doctora Karla Rubio Nava, la cual es fundadora del Laboratorio Internacional de EPIGEN y la Red Latinoamericana del Exposoma Humano, este proyecto busca impulsar en los estudiantes la capacidad de realizar investigación y fomentar en ellos un pensamiento crítico mediante la discusión de Journal clubs cada dos semanas, en donde se analizan artículos de gran relevancia, es por ello que nos complace presentar ante todos ustedes EnviroEpiHealthMx Nodo Xalapa como una oportunidad para que los estudiantes de medicina tengan un primer contacto con la investigación, esperamos que en esta asociación encuentren todos ustedes un espacio para colaborar y formar estudiantes con un interés por la investigación.

En EnviroEpiHealthMx Nodo Xalapa se han diseñado actividades orientadas a que los estudiantes conozcan acerca de la investigación, desde la formulación de preguntas que fomentan la curiosidad hasta la producción y presentación de carteles científicos.



Gestión 2025-2026 de EnviroEpiHealthMx
Nodo Xalapa

Para un buen trabajo de investigación es necesario saber cómo leer y escribir ciencia, por ello hemos impartido ponencias como "Revisiones: Systematic reviews, meta-analysis, scoping reviews" donde, con ayuda de expertos, fomentamos la alfabetización científica mediante capacitaciones rigurosas, para dar a los estudiantes que inician en esta área de investigación herramientas para identificar, interpretar y sintetizar la evidencia médica.

Como semilleros de investigación somos partícipes en actividades como el Journal Club de temas con relación a epigenética, donde se resalta la discusión entre pares y expertos de diversas universidades y niveles profesionales sobre artículos novedosos.

Además, integrantes del nodo han tenido la oportunidad de ser parte de la estancia de investigación que ofrece el Laboratorio Internacional Epigen, liderado por la Dra. Karla Rubio, para una inmersión temprana en la ciencia de alto nivel.

Una de nuestras actividades más recientes y de gran éxito es el reclutamiento de estudiantes motivados para ser coautores en sus primeros carteles. Al abrir una convocatoria y formar equipos de investigación logramos elaborar diversos carteles de divulgación científica y de investigación original.

En EnviroEpiHealthMx Nodo Xalapa consideramos que la investigación debe acompañarse de impacto positivo y sensibilidad social, por lo que hemos diseñado actividades de carácter social y de difusión.

Entre estas actividades se encuentra la entrega de comida en hospitales, cuyo objetivo es fortalecer la empatía y el contacto directo con la realidad del paciente y su entorno. Este acercamiento, lo consideramos fundamental, ya que un buen médico-investigador debe tener sentido humano. Además, con ayuda de las redes sociales, promovemos la divulgación científica de forma accesible para la comunidad general.



Asistentes en el 2do congreso internacional EnviroEpiHealthMx

A través de estas actividades, EnviroEpiHealthMx Nodo Xalapa no solo busca formar científicos, sino también líderes en el ámbito de la salud, con una visión crítica, ética y humanista. Somos un semillero que apenas germina, cuyas raíces ya están nutriendo el futuro profesional de nuestros miembros.

EnviroEpiHealthMX Nodo Xalapa nace del interés genuino de estudiantes y médicos de pregrado por incursionar en la investigación científica, un ámbito que, durante la formación médica inicial, suele percibirse como distante o con escasa orientación por parte de pares e incluso de algunos formadores.

Frente a esta realidad, el nodo surge desde la convicción de que la investigación no es un privilegio reservado, sino un camino que puede construirse a partir de la curiosidad, la iniciativa y la disposición para preguntar, buscar y acercarse.



Exposicion de carteles en congreso

El origen de EnviroEpiHealthMx Nodo Xalapa también se encuentra en el sueño. En la certeza de que, cuando existe un plan y una intención clara, las personas indicadas aparecen en el momento oportuno. Así fue como estudiantes motivados encontraron en docentes, investigadores y mentores aliados que creyeron en la idea y decidieron sumar esfuerzos. La historia del nodo está marcada por encuentros significativos y por la participación de personas clave que, en su debido tiempo, aportaron su granito de arena, su gota de agua a este mar colectivo.

Este proyecto se ha construido de manera orgánica, a partir de la colaboración, la confianza y el compromiso compartido con la formación científica temprana. Más que una estructura rígida, EnviroEpiHealthMX Nodo Xalapa es el resultado de voluntades que coinciden en un mismo propósito: demostrar que, aun en contextos con limitadas oportunidades formales, es posible abrir camino hacia la investigación cuando existe iniciativa, acompañamiento y visión.

Dentro de EnviroEpiHealthMX Nodo Xalapa, la difusión científica surge no solo como una estrategia de comunicación, sino como una herramienta clave para despertar el interés, la curiosidad y la participación de los estudiantes de pregrado en la investigación. Entendemos que, para muchos estudiantes, el primer acercamiento a la ciencia no ocurre en un laboratorio o en un artículo especializado, sino a través de la información que circula en espacios digitales y redes sociales. Por ello, uno de nuestros principales objetivos ha sido transformar el conocimiento científico en mensajes claros, accesibles y atractivos, sin perder el rigor académico que lo sustenta.

La motivación detrás de estas acciones de difusión radica en la convicción de que la investigación debe ser visible, comprensible y cercana. Al presentar la información de manera estructurada y visualmente clara, buscamos reducir la percepción de que la investigación es un ámbito inaccesible o reservado para unos pocos, y promover, en cambio, una cultura científica incluyente que invite a los estudiantes a informarse, cuestionar y participar.



Entrega de comida afuera del Centro de Alta Especialidad "Dr. Rafael Lucio"

A través de la difusión constante de convocatorias, actividades académicas, proyectos en desarrollo y logros del nodo, se fomenta la creación de una comunidad estudiantil informada y comprometida.

Estos espacios de comunicación no solo cumplen una función informativa, sino que también actúan como un punto de encuentro entre estudiantes con intereses comunes, facilitando la integración a equipos de trabajo y fortaleciendo el sentido de pertenencia dentro del nodo.

Asimismo, la divulgación científica que promovemos busca trascender el ámbito universitario, acercando temas de investigación médica, ambiental y epidemiológica a la comunidad general.

Consideramos que comunicar ciencia de forma responsable implica adaptar el lenguaje, contextualizar la información y generar contenidos que despierten el interés sin distorsionar la evidencia. De esta manera, la difusión se convierte en un acto formativo que fortalece habilidades de comunicación científica y refuerza el compromiso social del médico en formación.

Dentro de EnviroEpiHealthMX Nodo Xalapa, una de las líneas de trabajo prioritarias ha sido la promoción activa de la participación estudiantil en congresos, convocatorias académicas y espacios de divulgación científica.

Estas actividades representan una oportunidad fundamental para que los estudiantes de pregrado se acerquen de manera temprana al ámbito científico y fortalezcan su formación académica.

La participación del nodo en congresos científicos ha representado una experiencia formativa clave para los estudiantes, ya que les ha permitido enfrentarse por primera vez a la elaboración y presentación de carteles científicos, así como a la discusión académica con pares e investigadores de distintas instituciones. Este acercamiento directo a entornos científicos formales fortalece la confianza académica de los estudiantes y refuerza la importancia del rigor metodológico, la comunicación científica clara y la ética en investigación.



Imagotipo de EnviroEpiHealthMx Nodo FMX UV

ASHERRA

Marketing & Contenidos



Impulsa tus

Redes

Servicios:

- Fotografía y video Profesional.
- Creación de contenido.
- Asesorías de marketing y administración.

¡Ponte en contacto!



2293569864



a.s.g@live.com.mx



SALUD SEXUAL: CLAVE PARA UNA VIDA PLENA Y RESPONSABLE

Dra. Alejandra de Jesús Valencia Hernández
Ginecóloga y obstetra
Especialista en climaterio, menopausia y colposcopia



La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. Esto implica el respeto a los derechos sexuales de todas las personas, la posibilidad de tomar decisiones informadas y responsables sobre la actividad sexual, y el acceso a servicios de salud adecuados.

El Día Mundial de la Salud Sexual se celebra cada 4 de septiembre. Esta fecha fue establecida en 2010 por la Asociación Mundial para la Salud Sexual (AMSS) para concienciar a la población sobre la importancia de la sexualidad como un aspecto fundamental del bienestar humano y un componente clave de la salud. La salud sexual debe adaptarse a las características de distintos grupos poblacionales, considerando su contexto social, económico y cultural:

- **Adolescentes y jóvenes:** requieren servicios confidenciales, accesibles y amigables, así como programas de educación adecuados a su etapa de desarrollo.
 - **Personas con discapacidad:** enfrentan barreras estructurales y culturales que limitan su acceso a información y servicios de calidad.
 - **Personas LGBTQ+:** necesitan servicios inclusivos, libres de estigmas, con personal capacitado en diversidad sexual y de género.
 - **Mujeres en edad reproductiva y posmenopáusica:** deben tener acceso continuo a servicios ginecológicos, salud hormonal, asesoría en anticoncepción y salud sexual en el climaterio.
-

Existen 5 pilares fundamentales dentro de la Salud sexual adecuada basados en:

1. **Educación sexual integral:** Es esencial contar con información precisa y basada en evidencia desde una edad temprana. Esto permite tomar decisiones responsables, prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados.

2. **Prevención y cuidado de las ITS:** El uso del preservativo, la realización de pruebas periódicas y la comunicación abierta con la pareja son medidas clave para prevenir enfermedades como el VIH, la sífilis, el herpes genital, entre otras.

3. **Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva:** Centros de salud, clínicas y profesionales deben ofrecer atención sin prejuicios, confidencial y centrada en el bienestar del paciente.

4. **Consentimiento y relaciones saludables:** Toda relación sexual debe basarse en el consentimiento mutuo, el respeto y la igualdad. La salud sexual también implica identificar y rechazar cualquier forma de violencia o abuso.

5. **Salud mental y sexualidad:** La sexualidad también está ligada a aspectos emocionales. Trastornos como la ansiedad, depresión o traumas pueden afectar la vida sexual y requieren atención adecuada.

Al hablar abiertamente de salud sexual contribuye a eliminar mitos, tabúes y estigmas. Favoreciendo una cultura de respeto, cuidado mutuo y autonomía personal. Además, permite reducir riesgos y mejorar la calidad de vida individual y colectiva.

La salud sexual no es solo tener relaciones sexuales sin enfermedades. Es sentirte bien con tu cuerpo, tomar decisiones responsables, respetar a los demás y tener relaciones seguras, placenteras y con consentimiento. Implica conocerte, informarte y cuidarte.

Mitos comunes (¡que no debes creer!)

“Si lo hago por primera vez, no puedo quedar embarazada.” Sí puedes. Desde la primera relación sexual sin protección hay riesgo.

“Solo los hombres deben llevar condón.” Ambos tienen la responsabilidad. Las mujeres también pueden llevar y proponer el uso del condón.

“Si mi pareja se ve sana, no tiene ITS.” Muchas ITS no tienen síntomas visibles. Solo una prueba puede darte certeza.

Recomendaciones para cuidar la salud sexual

- Usar protección en toda relación sexual.
- Acudir al médico para revisiones periódicas y pruebas de ITS.
- Comunicar abiertamente con la pareja sobre límites, deseos y preocupaciones.
- No tener miedo de buscar ayuda profesional si se experimentan problemas o dudas.
- Promover el respeto, la equidad y la empatía en todas las relaciones.


¿Dónde puedes informarte y pedir ayuda?

- Centros de salud
 - Clínicas de salud sexual y reproductiva
 - Orientadores escolares
 - Especialistas en Ginecología y Urología
 - Plataformas confiables como:
 - AMSSAC (Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C.)
 - Sexólogos Sin Fronteras
 - Sexual Rights Initiative
 - CENSIDA (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA)
-



Conclusión

La salud sexual es un derecho humano esencial. Invertir en educación, prevención y atención adecuada mejora no solo la vida sexual de las personas, sino también su salud general y su bienestar emocional. Hablar del tema sin prejuicios es el primer paso para vivir una sexualidad plena, segura y libre.

Dra. Alejandra de Jesús Valencia Hernández
Ginecóloga y obstetra
Especialista en climaterio, menopausia y colposcopia
Consultorio 425 piso 4 Hospital Star médica, Veracruz
 52 1 229 169 7279

PIPICOSO

en tu evento



2965932554



@pipicoso.mx

CALIDAD EDUCATIVA EN LA FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MÉXICO: RETOS Y PERSPECTIVAS

Orlando Rubén Pérez-Nieto^{1,2}MD (<https://orcid.org/0000-0001-8817-7000>), Jorge López-Fermin^{3, 4} MD, Maximiliano Soto-Estrada^{5, 6} MD MSc (<https://orcid.org/0000-0002-1672-3743>), Jesús Salvador Sánchez-Díaz^{7, 8} MD MSc (<https://orcid.org/0000-0003-1744-9077>), Job Heriberto Rodríguez-Guillen^{9, 2} MD (<https://orcid.org/0000-0003-0653-2959>), Manuel Alberto Guerrero-Gutiérrez^{10, 11} MD (<https://orcid.org/0000-0002-0645-1836>), Marian Elizabeth Phinder-Puente¹²⁻¹⁴ MD (<https://orcid.org/0000-0001-6881-8755>), Ivette Mata-Maqueda^{1,2} MD (<https://orcid.org/0000-0002-5187-8628>), MSc, Ernesto Deloya-Tomas MD^{1, 2} (<https://orcid.org/0000-0002-9623-5263>), Jesús Ojino Sosa-García¹⁶ MD (<https://orcid.org/0000-0002-9782-8327>).

1. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital General San Juan del Río, Querétaro, México.
2. Profesor de Posgrado de Medicina Crítica, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.
3. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Alta Especialidad ISSSTE Veracruz, Veracruz, Mexico.
4. Profesor de Posgrado de Medicina Crítica, Universidad Veracruzana, Veracruz, México.
5. Departamento de Emergencias HGZ-11 IMSS Delicias, Chihuahua, México.
6. Jefatura de Enseñanza e Investigación Clínica, Hospital B 0521 ISSSTE, Delicias, Chihuahua, Mexico.
7. Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad Médica de Alta Especialidad IMSS No. 14 “Adolfo Ruiz Cortines”, Veracruz, Veracruz, México.
8. Profesor de Posgrado de Medicina Crítica, Universidad Veracruzana, Veracruz, México.
9. Jefatura del Departamento de Medicina Crítica, Hospital H+ Queretaro, Queretaro, Mexico.
10. Departamento de Anestesiología, Baja Hospital and Medical Center, Baja California, México.
11. Profesor del Curso de Anestesiología Bariátrica, Universidad Autónoma de Baja California, Baja California, Mexico.
12. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital General de Xalapa “Luis F. Nachón”, Veracruz, Mexico.
13. Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana Campus Xalapa, Xalapa, Veracruz, Mexico.
14. Escuela de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Campus Tulancingo, Tulancingo, Hidalgo, Mexico.
15. Coordinación de Residencias Médicas, Universidad Autónoma de Querétaro. Servicios de Salud del Estado de Querétaro, Querétaro, México.
16. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Medica Sur, Ciudad de México, México.

Autor de correspondencia: Marian Elizabeth Phinder-Puente MD, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital General de Xalapa “Luis F. Nachón”, Veracruz, Mexico. Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana Campus Xalapa, Xalapa, Veracruz, Mexico. Escuela de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Campus Tulancingo, Tulancingo, Hidalgo, Mexico. E-mail: draphinder@hotmail.com

Resumen

Una educación de calidad no solo se mide por los resultados académicos, sino también por su impacto en la vida de los médicos residentes y su contribución al desarrollo de la sociedad. La residencia médica es un período formativo crucial para el desarrollo académico y profesional de los futuros especialistas médicos. Sin embargo, diversos desafíos en las sedes hospitalarias de México limitan el aprovechamiento académico de los médicos residentes. Estos obstáculos surgen tanto de conductas inadecuadas como de factores contextuales adversos, afectando no solo la formación y el bienestar de los residentes, sino también la calidad de la atención brindada a los pacientes.

Para enfrentar estos retos, resulta indispensable consolidar tres pilares fundamentales: la educación médica basada en evidencia (EMBE), la medicina basada en evidencia (MBE) y la evaluación continua de los programas académicos de residencia médica. Integrar estos elementos garantiza una formación respaldada por el conocimiento científico más reciente, fomenta el razonamiento clínico fundamentado en la evidencia y promueve la mejora constante de los programas formativos.

La formación médica de posgrado conlleva factores de riesgo adicionales para la salud mental, como transiciones frecuentes de rol, reubicaciones que implican la pérdida de redes de apoyo, y aislamiento de origen multifactorial.

Al fortalecer estos pilares, es posible optimizar el desarrollo de nuevos especialistas médicos, asegurar una atención médica de alta calidad y proteger tanto el bienestar de los pacientes como el de los profesionales de la salud.

Palabras clave: Calidad educativa, Residencia médica, Médico residente, medicina basada en evidencia, Competencias, Salud mental.

Abstract

Quality education is not only measured by academic outcomes but also by its impact on the lives of medical residents and its contribution to societal development. The medical residency period is a crucial stage in the academic and professional growth of future medical specialists. However, various challenges in hospital settings across Mexico hinder the academic progress of medical residents. These obstacles stem from both inappropriate behaviors and adverse contextual factors, affecting not only the residents' training and well-being but also the quality of care provided to patients.

To address these challenges, it is essential to strengthen three fundamental pillars: evidence-based medical education (EBME), evidence-based medicine (EBM), and the continuous assessment of medical residency programs. Integrating these elements ensures training supported by the latest scientific knowledge, fosters clinical reasoning grounded in evidence, and promotes the ongoing improvement of educational programs.

Postgraduate medical training carries additional risk factors for mental health, such as frequent role transitions, relocations *that lead to the loss of support networks, and multifactorial isolation.*

By reinforcing these pillars, it is possible to optimize the development of new medical specialists, ensure high-quality healthcare, and safeguard the well-being of both patients and healthcare professionals.

Keywords: Quality education, Medical residency, Medical resident, Evidence-based medicine, Competencies, Mental health.

“Dar el ejemplo no es la principal manera de influir sobre los demás; es la única manera.”

-Albert Einstein

INTRODUCCIÓN

La Medicina tiene como objetivo principal contribuir a la curación de las enfermedades y a la mejora de la calidad de vida de las personas; siendo una de las carreras universitarias más solicitadas y, en consecuencia, una de las más competitivas. La vocación de servicio, es uno de los principales factores que impulsa a los estudiantes a elegir medicina (Phinder-Puente, 2014). Sin embargo, la vocación de servicio no es suficiente para afrontar las exigencias de la profesión.

Para que los estudiantes enfrenten de manera efectiva las exigencias del programa formativo, es fundamental garantizar una educación de calidad que garantice que la educación cumpla con su propósito de formar profesionales con conocimientos, habilidades y valores para su desarrollo personal y social, sin dejar de lado el apoyo emocional y de manejo del estrés, tomando en consideración los factores económicos, sociales e institucionales que impactan su desempeño y bienestar. Esto implica la implementación de políticas que favorezcan el equilibrio entre las

demandas académicas y las condiciones necesarias para su desarrollo integral. Esta necesidad se vuelve aún más evidente en la residencia médica, donde los médicos en formación deben afrontar un alto nivel de dedicación y largas horas de trabajo, lo que incrementa el riesgo de fatiga y estrés. Más allá de la vocación, es imperativo que la formación de los médicos residentes, se desarrolle en un entorno que no solo facilite el desarrollo de sus competencias técnicas o específicas, sino que también favorezca el desarrollo o fortalecimiento de su competencias transversales o esenciales. Estas competencias, junto con condiciones óptimas en el entorno de aprendizaje, son fundamentales para garantizar un desempeño clínico eficaz sin comprometer la salud física y mental de los profesionales en formación.

La residencia médica es un programa de formación de posgrado destinado a médicos generales interesados en desarrollar conocimientos, habilidades, destrezas y valores para el ejercicio de una especialidad médica específica.

En el siglo XIX, Viena se destacó como un importante centro de formación en cirugía gracias al programa establecido por el cirujano austríaco Teodoro Billroth en el Allgemeine Krankenhaus, el cual, consistía en un programa de entrenamiento hospitalario de posgrado con aval universitario. Para ello, Billroth seleccionó a los alumnos y exigió preparación en anatomía patológica, bioquímica, rotación en medicina interna, consulta externa con seguimiento minucioso de los casos y excelentes historias clínicas. William Halstead, cirujano

estadounidense entrenado en Viena, replicó este programa en Estados Unidos en el hospital John Hopkins en Baltimore.

En México, el primer programa de residencia médica se inauguró en 1942 en el Hospital General de México, por el médico Gustavo Baz Prada, quien se inspiró en el sistema educativo médico europeo – americano, incluyó rotaciones clínicas en diferentes servicios hospitalarios y estancias continuas de más de 24 horas para los médicos residentes, mientras que los docentes trabajaban de 2 a 8 horas diarias. Otros dos programas de residencias médicas fueron establecidos ese mismo año en el Hospital Infantil de México y en el Hospital Militar bajo la influencia y asesoría del Dr. Gustavo Baz (Ocaranza, 1999).

En México, los posgrados de especialidades médicas es administrado por el Sistema Nacional de Residencias Médicas a cargo de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). Dicha Comisión busca mantener los estándares de excelencia en la formación de médicos especialistas, asegurando una atención médica de calidad y avanzando en el desarrollo de recursos humanos altamente capacitados en el área de la salud (Rutkow, 1978).

La educación médica ha experimentado modificaciones en los últimos años, reflejadas en los ajustes progresivos a la Norma Oficial Mexicana (NOM); sin embargo, es una realidad

que los médicos residentes continúan enfrentando extensas jornadas laborales, que pueden superar las 18 horas diarias e incluso extenderse hasta 36 horas durante los días de guardia. Por otra parte, los periodos de descanso y liberación están sujetos a la carga de trabajo y finalización de las actividades laborales de sus compañeros, lo que implica una falta de previsibilidad en sus horarios. Además de las horas de clases teóricas, cuando el hospital las proporciona, los residentes a menudo no disponen de tiempo de descanso previo o posterior a estas sesiones.

El ambiente educativo y profesional durante el periodo de posgrado tiene un impacto significativo en la formación del médico residente. Aunque los programas académicos para las especialidades médicas incluyen las competencias técnicas que abarcan conocimientos teóricos y habilidades clínicas, rara vez se integran las competencias transversales necesarias para brindar una atención de calidad, fortalecer la relación médico-paciente y promover un trato humanizado. Estas competencias son fundamentales para lograr que los médicos residentes adquieran el saber, el saber hacer y el ser de su especialidad y, al mismo tiempo, contribuyan a mejorar la calidad y seguridad de la atención del paciente (Blancas, 2018).

A pesar de que alrededor del 50% de las instituciones formadoras de médicos residentes siguen el Programa Único de Especialidades Médicas avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), existe una heterogeneidad en la implementación de los programas entre las diferentes sedes hospitalarias.

Esta variabilidad se debe a factores extrínsecos e intrínsecos, como las estrategias de aprendizaje, el nivel de especialización del personal docente, la demografía, la gestión y el acceso a recursos de equipamiento, infraestructura, humano y económico para la atención médica y de los procesos educativos. Todo esto contribuye a una disparidad importante en la formación de los médicos especialistas (De, 2015).

El modelo de educación médica predominante en México y parte de Latinoamérica se basa en una interacción diaria entre los médicos en formación y sus docentes. Si bien existen programas académicos y operativos diseñados para cada especialidad, la implementación de estos suele verse limitada por la elevada carga asistencial, lo que puede afectar el desarrollo óptimo del proceso educativo. Además, es común que los docentes en estas sedes hospitalarias no cuenten con formación docente ni estén en constante actualización. A menudo, estos docentes tienen la responsabilidad de asegurar que los programas académicos se sigan de manera correcta y completa, pero esto no siempre es verificado. Uno de los principales problemas para cumplir con estas responsabilidades es la cancelación de las clases y actividades académicas debido a las demandas de la atención asistencial en los hospitales. A veces, incluso falta personal titular para supervisar la formación de los estudiantes, lo que dificulta aún

más el cumplimiento de los objetivos educativos establecidos.

Frases que ejemplifican el proceso educativo diario de los médicos en formación son:

1. *"Siempre se ha hecho así"*: Esta respuesta frecuente de los médicos adscritos o jefes de servicio refleja la resistencia al cambio y adoptar la medicina basada en evidencia (MBE). A pesar de que se han reportado mejores resultados al utilizar recomendaciones actuales, algunos médicos aún prefieren mantener prácticas empíricas o basadas en opiniones de expertos. La falta de conocimientos en investigación clínica y la carencia de Educación Médica Continua (EMC) son barreras que impiden que muchos médicos transfieran estas prácticas a los residentes durante su formación.
2. *"Es (sólo) nuestro paciente"*: Esta frase promueve la actitud individualista en la atención médica y desalienta el enfoque interdisciplinario e interprofesional. La falta de competencias transversales, como la resolución de conflictos, trabajo en equipo y la comunicación efectiva entre servicios, impide un abordaje integral de los pacientes. La colaboración entre especialidades es esencial para brindar una atención completa y óptima a pacientes graves o complejos, lo que ha demostrado reducir la morbilidad y mortalidad (Reeves, 2013).

3. "*En mi turno se hará lo que yo diga*": Esta actitud por parte de algunos médicos en turno, al ignorar las recomendaciones basadas en evidencia y realizar modificaciones cuestionables en el manejo de los pacientes, puede llevar a errores médicos y perjudicar la calidad de la atención y la formación de los médicos residentes (Camiré, 2009).
4. "*En mis tiempos era diferente*": Esta frase, a menudo expresada por residentes en los últimos años de formación o médicos adscritos, refleja la resistencia al cambio y a adoptar prácticas más seguras y basadas en evidencia. Se refiere a prácticas riesgosas para los pacientes, como roles de guardia con privación del sueño y falta de tiempos de descanso, así como prácticas humillantes y de sobrecarga de trabajo. Estas conductas son perjudiciales para la salud física y mental de los residentes y deben ser eliminadas en favor de un ambiente educativo seguro y de respeto, que promueva la salud y bienestar de los médicos en formación (Kinnear, 2022).

Es cierto que no existe un programa para la formación de médicos especialistas perfecto, es por ello que la supervisión y evaluación de la implementación de los programas por parte de las Instituciones educativas es esencial para evitar

desarrollos subóptimos y asegurar una educación de calidad en la formación de futuros médicos especialistas en México (Van der Leeuw, 2012). Para mejorar los programas de especialidad médica, se pueden adoptar modelos de aprendizaje que se enfoquen en los procesos cognitivos del aprendizaje. Estos procesos incluyen funciones cognitivas como la motivación, emoción, memoria, atención, percepción y metacognición, que trabajan juntas para brindar una forma significativa de ver el mundo que nos rodea. En el contexto de hospitales de formación de médicos residentes, este modelo se basaría en enlazar el conocimiento con su significado práctico en la atención clínica, es decir, la transferencia del conocimiento. En lugar de enfocarse únicamente en la memorización de conceptos, se busca maximizar las funciones y habilidades de cada residente para desarrollar su razonamiento clínico durante su formación como especialista.

El razonamiento clínico es un proceso fundamental en el que se identifican datos clínicos del paciente para organizarlos mentalmente y priorizarlos en el desarrollo de una sospecha diagnóstica y un plan de abordaje. Este razonamiento depende tanto del conocimiento teórico como de las habilidades clínicas de exploración y análisis de la semiología del paciente. Es importante destacar que la transferencia de contenido mediante la memorización no es suficiente para desarrollar la competencia en razonamiento clínico, y este aspecto debe ser abordado de manera específica en los programas de formación (Richards, 2020).

El rol del docente en la formación de médicos especialistas es fundamental para ayudar a los alumnos a desarrollar habilidades de razonamiento analítico y hábitos de aprendizaje autodirigido de manera sostenible (Vázquez-Reyes, 2019). Esto permitirá que los futuros médicos especialistas puedan mantenerse actualizados a lo largo de su carrera mediante la EMC. Una estrategia efectiva es orientar el abordaje de los pacientes con preguntas que cuestionen las decisiones clínicas seleccionadas. Además, enseñar a los alumnos a justificar sus decisiones y solicitudes de estudios de laboratorio y gabinete para el manejo de un paciente. Es importante destacar que estas justificaciones pueden estar basadas en conocimiento real o suposiciones, y ambas opciones son válidas. Incluso si una respuesta es incorrecta, este enfoque promueve que el estudiante cuestione cada decisión y pueda identificar los errores médicos, utilizando estas oportunidades como momentos de enseñanza y aprendizaje.

Una estrategia que puede ser utilizada en el proceso de formación médica es el modelo "tutor por un minuto" o Modelo Neher (Neher, 1992), esencial en entornos con poco tiempo de enseñanza, como durante el pase de visita de pacientes hospitalizados o en áreas críticas como salas de urgencias y unidades de cuidados intensivos (Hayes, 2017). Este modelo se basa en la identificación de las necesidades de aprendizaje

de cada estudiante y proporciona retroalimentación del conocimiento médico de acuerdo con esas necesidades.

El proceso del "tutor por un minuto" se compone de cinco pasos:

1. Establecer un compromiso: Después de que el alumno tenga su primer contacto con el paciente y lo conozca a fondo a través de una historia clínica completa, se establece un compromiso al preguntarle qué cree que está sucediendo con el paciente y si hay algo más que quisiera hacer por él. En esta etapa, no es esencial que el estudiante dé respuestas correctas, sino que se enfoca en observar el análisis que realiza.

Ejemplos: "¿Qué crees que este pasando en estos momentos con este paciente, de acuerdo a su fisiopatología?" "¿Existe algo más que quisieras hacer con este paciente en estos momentos respecto al abordaje o tratamiento?"

2. Buscar evidencia y posibles explicaciones alternativas: En este punto, el docente continúa haciendo preguntas basadas en las respuestas del paso anterior, guiando al estudiante a un ejercicio de razonamiento. Es importante hacer preguntas de manera adecuada y no hostigante, para evitar bloquear el proceso de razonamiento y reflexión del estudiante.

Ejemplos: "¿Qué fue lo que te llevo a realizar ese abordaje diagnóstico?" "¿Cuál fue tu pensamiento al elegir ese fármaco o tratamiento para el paciente?"

3. Enseñar principios generales: Las respuestas proporcionadas por el estudiante se utilizan como base para brindar retroalimentación sobre el paciente y el razonamiento clínico empleado. Se presentan principios generales relacionados con el caso clínico para enriquecer el conocimiento del estudiante.

Ejemplo: “Si el sitio de infección es el X, sería adecuado indicar Y antibiótico debido a que la evidencia demuestra que los principales agentes etiológicos de este tipo de infecciones son Z bacterias, mismos que puedes identificar por los siguientes datos clínicos...”

4. Otorgar retroalimentación positiva sobre lo que el estudiante hizo correctamente: En este paso, el docente enfoca los aspectos positivos del razonamiento del estudiante y explica por qué estuvieron bien. Se resaltan los puntos fuertes del estudiante para reforzar su aprendizaje.

Ejemplo: “Fue una buena decisión que eligieras el medicamento X, considerando la edad del paciente. El uso del medicamento Y en este grupo etario podría causar efectos secundarios graves y empeorar el cuadro clínico”.

5. Corregir los errores mediante sugerencias para mejorar: Durante la retroalimentación, el docente identifica los errores del

estudiante y explica las razones detrás de ellos. Se alienta al estudiante a reflexionar sobre sus propios errores y se ofrecen sugerencias para mejorar. Es importante hacerlo de manera positiva y constructiva. En algunos escenarios de retroalimentación, se puede emplear la técnica del “sándwich”, donde se proporciona un punto positivo, seguido de un punto a mejorar y, finalmente, otro punto positivo. Esto evita que el estudiante se sienta abrumado por la cantidad de comentarios negativos y permite resaltar sus fortalezas.

Ejemplo: “Mediante tu abordaje, otorgaste el diagnóstico X para este paciente, siguiendo las recomendaciones de las guías vigentes. Sin embargo, el cuadro clínico presenta características que sugieren que en realidad se trata del diagnóstico Y. Por lo tanto, el tratamiento definitivo será diferente, aunque el diagnóstico que otorgaste es uno de los principales diagnósticos diferenciales”.

Otra estrategia que puede implementarse en los hospitales sedes de residencia médica es el modelo SNAPPS (Sintetiza, Reduce, Analiza, Sondea, Planea y Selecciona). Este modelo complementa el del tutor por un minuto y busca lograr un equilibrio entre la retroalimentación del experto y la independencia del aprendizaje autorregulado (Cohen, 2017).

El proceso del modelo SNAPPS consta de 6 pasos:

1. Sintetizar brevemente la historia clínica y los hallazgos en la exploración física del paciente.
2. Reducir los posibles diagnósticos diferenciales a los dos o tres más probables.
3. Analizar los diagnósticos diferenciales mediante la comparación de las posibilidades y cuestionar al docente sobre las dudas que se tengan.
4. Sondar al docente con preguntas para obtener una mayor comprensión del caso.
5. Planear el manejo de los problemas médicos del paciente.
6. Seleccionar un caso relacionado con el problema para utilizarlo en el aprendizaje autodirigido.

El modelo SNAPPS requiere más tiempo de aplicación que el tutor por un minuto, pero se ha demostrado que es el modelo de enseñanza clínica con mayor evidencia de validez, tanto en entornos ambulatorios como intrahospitalarios. Cuando los docentes lo implementan, los médicos en formación logran adaptarse al razonamiento clínico, facilitar sus diagnósticos diferenciales y justificar sus decisiones y diagnósticos.

Aunque existen múltiples modelos de educación clínica, no hay un estándar de oro para el desarrollo del pensamiento crítico. Sin embargo, se ha comprobado que los aprendizajes basados en la reflexión y el razonamiento presentan un

aprendizaje a largo plazo en comparación con los que utilizan el proceso de memorización.

El razonamiento clínico desarrollado a través de habilidades cognitivas superiores, como el análisis, la síntesis y la autorreflexión (Richards, 2020), es esencial para una formación médica sólida. Al pasar por distintos niveles de la escala taxonómica de Bloom, desde el simple recuerdo hasta la aplicación y la comprensión profunda, el estudiante puede demostrar un mayor conocimiento y habilidad para aplicar el conocimiento en el entorno clínico y explicar los temas a sus compañeros.

Por último, se puede implementar el enfoque QIPS (Quality Improvement and Patient Safety), que es una estrategia que se enfoca en la formación de médicos residentes en las áreas de mejora de la calidad y seguridad del paciente (Mata, 2015). Este enfoque proporciona a los residentes herramientas y habilidades para identificar problemas en la atención médica, implementar intervenciones basadas en evidencia y evaluar los resultados para lograr mejoras significativas en la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Para evaluar la efectividad del programa de formación en QIPS, se puede utilizar el modelo de evaluación de Kirkpatrick, que consta de cuatro niveles:

1. Reacción: Evalúa la satisfacción y la percepción de los participantes sobre el programa de formación. En este nivel, se busca obtener la retroalimentación de los residentes sobre su

experiencia y si encontraron útil y relevante el contenido del programa.

2. Aprendizaje: Mide el grado en que los participantes adquieren nuevos conocimientos y habilidades durante el programa de formación. Aquí se evalúa el nivel de conocimientos que los residentes han adquirido en cuanto a calidad y seguridad del paciente.
3. Comportamiento: Evalúa si los participantes aplican lo aprendido en su práctica clínica y en situaciones reales. En este nivel, se busca determinar si los residentes han implementado en la práctica clínica las estrategias de mejora de la calidad y seguridad aprendidas durante el programa.
4. Resultados: Mide el impacto del programa de formación en los resultados de calidad y seguridad del paciente. Aquí se evalúa si las intervenciones implementadas por los residentes han tenido un impacto positivo en la calidad y seguridad de la atención médica.

Además de las estrategias dirigidas a los docentes, es fundamental considerar otros factores que impactan en el aprendizaje y la formación de los estudiantes, como la privación del sueño y la salud mental.

De acuerdo con la Ley Federal del Trabajo, los médicos residentes son considerados trabajadores,

ya que mantienen una relación laboral con la institución donde realizan su formación; sin embargo, conforme a la Norma Oficial Mexicana, están inscritos en programas de posgrado avalados por una institución educativa, lo que los obliga a cumplir tanto con un programa académico como con un programa operativo.

En la práctica cotidiana, dentro de sus sedes de adscripción, los residentes son percibidos predominantemente como trabajadores por sus contemporáneos, mientras que su rol como estudiantes es reconocido de manera marginal. Esta ambigüedad en su estatus puede generar un impacto significativo en su bienestar, ya que la carga asistencial, sumada a las exigencias académicas, puede contribuir a la privación del sueño y al deterioro de su salud mental.

Estudios han evidenciado que la falta de un adecuado descanso y el estrés crónico afectan negativamente la capacidad de toma de decisiones clínicas, el rendimiento académico y la calidad del cuidado del paciente (Camiré, 2022). Por ello, es fundamental que las Instituciones implementen estrategias que promuevan un equilibrio entre las demandas asistenciales y académicas garantizando condiciones óptimas para el desarrollo profesional y personal de los médicos residentes.

El *burnout* durante la formación médica tiene consecuencias graves para la salud del residente. Los factores comunes de riesgo para el *burnout* en médicos residentes incluyen ser de edad más joven, tener un estado civil que implique mayores responsabilidades familiares, una baja satisfacción con el trabajo, y el conflicto entre el trabajo y la vida personal. Además, la

posición en la especialidad, la inseguridad laboral, las demandas interpersonales, la falta de recursos y las jornadas laborales extenuantes.

Un metaanálisis reciente demostró que hasta el 75% de los residentes experimenta burnout, y hasta un 43% presenta depresión o síntomas depresivos durante su formación médica (Mata, 2015).

La escuela de Medicina de Harvard demostró en 2023 que el exceso de horas laborales en los médicos residentes se asocia con un aumento significativo de errores médicos autoinformados, eventos adversos prevenibles, eventos adversos prevenibles fatales y otros riesgos ocupacionales. Trabajar más de 48 horas semanales incrementa el riesgo de fallas de atención, accidentes laborales, lesiones percutáneas y errores médicos prevenibles ($p < 0.001$).

Aquellos que trabajan entre 60 y 70 horas a la semana presentan mayor riesgo de cometer errores médicos en un 136% (OR 2.36, IC 95% 2.01–2.78); un 193% de riesgo de eventos adversos prevenibles (OR 2.93, IC 95% 2.04–4.23) y un 175% de eventos adversos prevenibles fatales (OR 2.75, IC 95% 1.23–6.12).

Incluso cuando el promedio semanal no supera las 80 horas, trabajar al menos un turno de duración extendida al mes se asocia con un aumento del 84% en el riesgo de errores médicos (OR 1.84, IC 95% 1.66–2.03); 51% más de riesgo de eventos adversos prevenibles (OR 1.51, IC 95% 1.20–1.90) y un 85% más de riesgo de eventos adversos

fatales (OR 1.85, IC 95% 1.05–3.26). Además, estos turnos prolongados incrementan el riesgo de accidentes vehiculares cercanos (OR 1.47, IC 95% 1.32–1.63) y de exposiciones ocupacionales (OR 1.17, IC 95% 1.02–1.33) (Barger, 2023)

Estos hallazgos subrayan la necesidad de revisar las políticas y lineamientos para la operación de las residencias médicas y priorizar el bienestar del médico residente.

A pesar de esto en México, la actualización de la *NOM-001-SSA-2023 Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica*, establece que las guardias de los médicos residentes deben calendarizarse de acuerdo con el programa operativo de la especialidad, asegurando que se cumpla con el programa académico, incluyendo la frecuencia, horario y duración de las guardias. Según la *NOM-001-SSA-2023*, las guardias deben ocurrir un máximo de dos veces por semana, con intervalos de al menos tres días entre ellas. Además, si se requiere alguna modalidad diferente en el esquema de guardias, el promedio anual de horas de trabajo no debe superar las 80 horas semanales, incluidas las jornadas de guardia. Sin embargo, a pesar de la evidencia vertida, la carga horaria máxima permitida aún se encuentra por encima de lo que se ha estudiado en otros países, donde las normativas tienden a ser más restrictivas con respecto a las horas de trabajo y guardias de los residentes, buscando mitigar los riesgos asociados con el agotamiento y mejorar la calidad de la formación y la atención.

Por citar un ejemplo, en los Estados Unidos han implementado diversas reformas en su normativa con el objetivo de abordar el bienestar de los médicos residentes por medio de su Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado (ACGME, por sus siglas en inglés), el cual, durante el 2017 modificó su normativa, donde exige que todos los programas de residencia acreditados incluyan estrategias específicas para promover el bienestar de los residentes; sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, el burnout, la depresión y el suicidio continúan siendo problemas persistentes en la formación médica. Estas condiciones no solo afectan el bienestar individual del residente, sino que también se asocian con un aumento en la incidencia de errores médicos, comprometiendo la seguridad del paciente y disminuyendo la calidad de la atención médica (Camiré, 2022) (Van der Leeuw, 2012).

Los errores médicos no solo afectan la seguridad del paciente, sino que también impactan emocionalmente a los residentes que participan en su atención. Se ha identificado que, tras un error médico, muchos residentes experimentan sentimientos de culpa, remordimiento, frustración e inseguridad en sus habilidades (Camiré, 2022) (Barger, 2023), (Camiré, 2022), (Van der Leeuw, 2012).

Este fenómeno, conocido como la "segunda víctima", fue descrito por Wu en 2001 y hace referencia a la carga emocional y profesional que

enfrentan los médicos involucrados en eventos adversos, lo que puede generar un fuerte impacto en su confianza y desempeño (Wu A, 2000).

Con frecuencia, los residentes se sienten responsables por el desenlace del paciente, lo que los lleva a cuestionar su preparación y conocimientos, afectando su bienestar y su desarrollo profesional.

Un estudio identificó que la mayoría de los residentes estuvieron directamente involucrados en errores médicos, lo que impactó negativamente su bienestar emocional. Se asoció a un alto uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la evitación, cambios en el comportamiento, uso de sustancias y la negación.

Los residentes temen a las represalias, sanciones y juicios tras cometer un error médico, lo que refleja la cultura de perfeccionismo prevalente en la medicina. Este temor a las consecuencias les impide compartir y discutir el error con sus supervisores o con los pacientes y sus familias (Fatima, 2021).

Según Christensen et al., el perfeccionismo y la competitividad, que son aspectos arraigados en la formación médica, son factores que generan angustia en los clínicos cuando enfrentan errores médicos (Christensen, 1992).

Además, muchos residentes han informado, no tener la oportunidad de participar en sesiones de debriefing tras un evento adverso y desconocen si este tipo de espacios estaban disponibles en su programa de residencia o en la institución.

La percepción de una falta de apoyo por parte de los docentes durante la gestión de estos errores contribuye a un ambiente poco propicio para el aprendizaje y el bienestar (Fatima, 2021). Estos hallazgos subrayan la relación entre los errores médicos autopercebidos y una disminución en la calidad de vida, así como un incremento en el agotamiento, la depresión y la pérdida de empatía, factores que impactan tanto en el desarrollo profesional del residente como en la seguridad del paciente.

Lo descrito resalta la necesidad urgente de establecer entornos de aprendizaje que sean seguros y abiertos, donde los residentes puedan compartir sus experiencias sin temor a represalias. Esta práctica no solo favorece el bienestar emocional y profesional de los residentes, sino que también contribuye a la seguridad del paciente. Fomentar una cultura de seguridad y mejora continua es crucial para garantizar que los errores médicos sean gestionados de manera transparente, lo que, a su vez, mejora la calidad de la atención. La creación de espacios donde se priorice tanto la formación de los residentes como la seguridad del paciente es fundamental para asegurar prácticas médicas de alta calidad y promover un entorno de trabajo saludable y eficiente.

En conclusión, el proceso de formación de médicos residentes en México enfrenta diversos retos que afectan tanto la calidad de la educación como la atención al paciente. Es esencial promover

un EMBE y la MBE, así como la educación basada en competencias. El rol del docente es fundamental para desarrollar habilidades de razonamiento analítico y aprendizaje autodirigido en los médicos en formación, lo que les permitirá enfrentar los desafíos cambiantes de la práctica médica.

Los modelos de enseñanza clínica que se basan en procesos cognitivos y en la mejora de la calidad y seguridad del paciente son estrategias clave para fortalecer la formación de los médicos residentes. La supervisión y evaluación constante de los programas educativos facilita la identificación de áreas de mejora y la demostración del impacto de la formación tanto en la práctica clínica como en los resultados de los pacientes. Es importante señalar que la presión y las altas demandas de la residencia médica pueden llevar a los residentes a experimentar agotamiento y burnout, factores que afectan no solo su bienestar personal, sino también la seguridad de los pacientes. A medida que los programas de formación se enfoquen en mejorar la calidad educativa y clínica, también deben ser conscientes de la necesidad de promover ambientes laborales saludables y sostenibles que favorezcan tanto el desarrollo profesional de los residentes como la atención de calidad para los pacientes. Los retos en el proceso formativo de médicos especialistas y soluciones propuestas. Para asegurar la formación de médicos especialistas altamente capacitados y comprometidos con la atención de calidad y la seguridad del paciente, es fundamental seguir evolucionando en la aplicación de modelos educativos basados en la evidencia y la mejora continua de los

programas de residencia médica en México, estos retos se dividen en:

1.- Heterogeneidad de los programas académicos y su implementación:

- Desarrollo de un consenso nacional con estándares básicos entre las universidades con programas de especialización médica.
- Evaluación del rendimiento al programa universitario.
- Implementar una formación homogénea y coherente entre programas para garantizar una educación médica de calidad.
- Desarrollo de programas educativos bajo un mismo marco conceptual y metodológico basado en competencias (habilidades cognitivas, procedimentales y actitudinales).

2.- Preparación de los docentes hospitalarios:

- Capacitación continua en temas de docencia y andragogía a médicos titulares y adjuntos de programas de especialización
- Establecer requisitos a los médicos especialistas que formen parte del departamento de educación médica sobre formación en educación médica.
- Desarrollar un sistema de formación en habilidades pedagógicas para los docentes y fomentar la docencia de calidad dentro del hospital.

3.- Aplicación de medicina basada en evidencias y Competencias:

- Creación de planes locales y/o institucionales para fomentar la Medicina Basada en Evidencias
- Desarrollo de herramientas evaluativas de medicina basada en competencias para los médicos residentes
- Fomentar el uso de la MBE como pilar central en el proceso educativo para mejorar la toma de decisiones clínicas.

4.- Desarrollo de educación médica basada en evidencias (EMBE):

- Definir las estrategias de aprendizaje y plan curricular del hospital de enseñanza a los médicos residentes
- Establecer una evaluación continua del programa desde la perspectiva de docentes y médicos residentes

5.- Incorporar enfoques de aprendizaje activo y reflexivo que refuercen el conocimiento práctico en los residentes.

Seguridad del paciente:

- Establecer turnos intrahospitalarios continuos de una duración máxima de 16 horas, promoviendo un equilibrio entre trabajo y descanso.
- Limitar las horas laborales a un máximo de 48 horas por semana, priorizando la salud y bienestar de los residentes sin comprometer la calidad de la atención al paciente.

- Definir tiempos de descanso para los médicos residentes de post guardia
 - Crear un seguimiento de los errores médicos y evaluar sus asociaciones con la higiene de sueño de los médicos residentes.
 - Garantizar que las políticas de trabajo estén alineadas con la seguridad del paciente, reduciendo los riesgos asociados a la fatiga de los residentes.
- 6.- Maltrato, violencia física, psicológica, acoso sexual y académico hacia médicos residentes:
- Instauración de políticas locales, estatales y nacionales de cero tolerancia para casos de acoso y violencia en el ámbito educativo intra y extrahospitalario
 - Creación de consejos de residentes en los hospitales para el seguimiento de casos
 - Capacitación continua al personal hospitalario
 - Promover un entorno de trabajo respetuoso que permita a los residentes expresar preocupaciones sin temor a represalias, garantizando su bienestar emocional y profesional

Conflictos de interés: Todos los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento: Para la realización de este artículo no se contó con financiamiento de ningún tipo.

Agradecimientos: Ninguno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Phinder-Puente, M. E., Sánchez-Cardel, A., Romero-Castellanos, F., & Sánchez-Valdivieso, E. A. (2014). Percepción sobre factores estresantes en estudiantes de Medicina de primer semestre, sus padres y sus maestros. *Investigación En Educación Médica*, 3(11), 139-146. [https://doi.org/10.1016/s2007-5057\(14\)72740-1](https://doi.org/10.1016/s2007-5057(14)72740-1)
2. Ocaranza, D. F., Castañeda, G. G., Melo, G., Fernández, D., Castillejos, M., Ramírez, E., & Otero, G. E. R. V. (1999). Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias. *Gac Méd Méx*, 135(1), 73.
3. Rutkow I. M. (1978). William Stewart Halsted and the Germanic influence on education and training programs in surgery. *Surgery, gynecology & obstetrics*, 147(4), 602-606.
4. Blancas, J. L. A., & Bárcena, J. L. (2018). Formación de médicos especialistas en México. *Educación médica*, 19, 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.007>
5. De, D., Germán, P., Dolci, F., Santacruz, J., Carlos, V., & Montalvo, L. (n.d.). LA FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MÉXICO. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L30_A_NM_Medicos_especialistas.pdf
6. Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of systematic reviews*, (3).

7. Camiré, E., Moyen, E., & Stelfox, H. T. (2009). Medication errors in critical care: risk factors, prevention and disclosure. *CMAJ*, 180(9), 936-943.
8. Kinnear, B., DeCoursey, B., Caya, T., Baez, J., & Warm, E. J. (2022). Things We Do for No Reason™: Toxic quizzing in medical education. *Journal of Hospital Medicine*, 17(6), 481.
9. Van der Leeuw, R. M., Lombarts, K. M., Arah, O. A., & Heineman, M. J. (2012). A systematic review of the effects of residency training on patient outcomes. *BMC medicine*, 10, 1-11.
10. Richards, J. B., Hayes, M. M., & Schwartzstein, R. M. (2020). Teaching clinical reasoning and critical thinking: from cognitive theory to practical application. *Chest*, 158(4), 1617-1628.
11. Vázquez-Reyes, José M, Rodríguez-Guillén, Job H, Cortés-Algara, Alfredo, González-Ramírez, Pedro A, & Millán-Hernández, Manuel. (2019). Diez consejos para los futuros profesores de especialidad médica. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 22(5), 245-246. Epub 03 de febrero de 2020. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.225.1019>
12. Neher, J. O., Gordon, K. C., Meyer, B., & Stevens, N. (1992). A five-step "microskills" model of clinical teaching. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 5(4), 419-424.
13. Hayes, M. M., Chatterjee, S., & Schwartzstein, R. M. (2017). Critical thinking in critical care: five strategies to improve teaching and learning in the intensive care unit. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(4), 569-575.

EL PSIQUIATRA, LA PSIQUIATRÍA Y EL PACIENTE

Dr. Carlos Moguel Ancheyta
Psiquiatra

Recientemente un querido amigo médico, muy buen médico, por cierto, me recomendó que escribiera un poco sobre la importancia de atenderse con un psiquiatra, y creo que tiene razón, no hay suficiente comprensión general en las personas que no se dedican a la medicina como profesión y puede encontrarse esta información insuficiente incluso en los que nos dedicamos al cuidado de la salud, y me refiero a la trascendencia de acudir a consulta con un psiquiatra.

Empecemos por una realidad concreta, ir al psiquiatra es cuidar de la salud de una de las grandes funciones corporales, la función de la mente en general y sus muchas pequeñas funciones que la componen.



.Estamos muy acostumbrados al concepto de que para que haya un cuerpo sano tiene que haber una mente sana y no es una idea equivocada, pero conviene entender que es igual e igual de importante a decir cuerpo sano y digestión sana, respiración sana, circulación sana, corazón sano, hígado sano, filtración renal sana, etc.; y esta aclaración es para decir que no hay mente y cuerpo como dos entidades separadas, la mente es una de las funciones del cuerpo, y quizá la más maravillosa por su complejidad y belleza, ya que nos hace ser quienes somos.

Aunque la mente como función es una sola, se compone de múltiples pequeñas acciones que lleva a cabo principalmente el cerebro, pero todos los sentidos pueden considerarse parte de esa mente y tal vez su objetivo principal, de la mente, sea percibir información y convertirla de manera consciente e inconsciente en una interpretación sólida de la realidad.

Pero una función de un grupo siempre ocurre en simultáneo con otra u otras de los otros dos grupos de funciones.

1) afectivas, que abarcan las emociones, sentimientos y sensaciones, como el enojo, el amor, la ansiedad o la tranquilidad y su contraparte, la intranquilidad;

2) del comportamiento, que contempla todo lo que hacemos y lo que dejamos de hacer, y la forma en que esto se expresa, la misma expresión es parte de lo que hacemos;

3) el procesamiento de los procesos intelectuales, como el pensamiento, la imaginación, la fantasía, la intuición, el cálculo matemático, la lógica, la memoria, la atención, la forma en que juzgamos las situaciones, sólo por dar unos pocos ejemplos.

Pero una función de un grupo siempre ocurre en simultáneo con otra u otras de los otros dos grupos de funciones.



Te pondré un ejemplo: acaricias a una persona que quieres, es un comportamiento, el cariño que sientes es un sentimiento y eso te hace pensar en lo que quieres para esa persona y para ti, todo ocurre en un instante y de manera simultánea, nada fue primero que lo demás aunque es muy común que alguno de los tres aspectos lo hagamos consciente, es decir, nos demos cuenta, antes que los otros dos o quizá es tan fuerte la emoción, la conducta o el pensamiento que nos volvemos inconscientes de lo demás que está ocurriendo.

Es en este ámbito que el psiquiatra interviene, cuando lo afectivo, la conducta o lo cognitivo (así se llama técnicamente a los procesos intelectuales) se desajusta en cualquier magnitud y sentido, no necesita ser muy intenso pero puede serlo, y siempre será mejor antes que después, es decir, mientras más pronto o menos tarde (que es otra forma de verlo) se atienda, mejores resultados se van a obtener. Es como con cualquier parte o función del organismo, si hay síntomas que impliquen riesgo o malestar, deben ser tratados, más que pensar en enfermedades es pensar en la recuperación del estado de salud.

La mayoría de los adultos tenemos síntomas y te pongo como ejemplo solamente las muy comunes reacciones a estrés que nos desgastan y nos hacen sentir cada vez más fatigados y que se van a complicar con alteraciones de los hábitos que tendrán como consecuencia la obesidad, el sobrepeso, la irritabilidad o el insomnio, sólo por mencionar algunos.

Así que ante la pregunta ¿cuándo? La respuesta es lo antes posible, en cuanto a la pregunta ¿por qué? Para recuperar la salud y evitar que empeore la situación y la pregunta más común, con el psiquiatra o con el psicólogo, contrario a la creencia generalizada, primero con el psiquiatra.

La vida vale la pena y una vida lo más sana posible es la base de arranque para todo en la vida.

Saludos, queridos amigos
Dr. Carlos Moguel Ancheyta
Psiquiatra

Tel de contacto: 9871272210
moguelmd@gmail.com
sígueme en redes sociales como
<https://facebook.com/Dr.Moguel>
Instagram: dr.moguel
Tik tok: @don.carlitos59



Centro de Investigación Clínica



Centro de Investigación Clínica



Centro de Investigación Clínica



Centro de Investigación Clínica

SI TE DIAGNOSTICARON

Insuficiencia renal crónica

Tenemos una **opción**
de tratamiento para tí

REQUISITOS:

- » Mayores de 18 años.
- » Enfermedad renal crónica **ya diagnosticado.**
- » **Sin importar** si eres diabetico.
- » **Sin importar** si eres hipertenso.
- » **Pacientes no candidatos** que ya hayan iniciado o estén por iniciar algún tratamiento de diálisis.



Dr. Sandro F. Ávila Pardo
Cédula profesional: 4743204
Nefrólogo

¿VIVES CON EPILEPSIA FOCAL
o conoces a alguien que **viva con ella?**



Únete a nuestro **ensayo clínico:**

Criterios:

- ② 18-75 años
- ② Diagnosticado con **epilepsia focal**
- ② Haber tenido 4 o más crisis en el último mes.

Podría ser candidato a ser parte de un ensayo clínico que podría brindarle una opción terapéutica sin costo.

Para más detalles: Dra. Melani Perez Nieto.

📞 229 337 0735 ✉ Melani.perez@faicic.com.mx

¿Tienes un bebé o conoces a alguien que tenga un
bebé de 12 a 15 meses?

Podemos aplicarle el

Cuadro de vacunación completo gratuito

- Anti-hepatitis A
- Antineumococo
- Varicela
- Sarampión
- Rubeola
- Parotiditis

Requisitos:

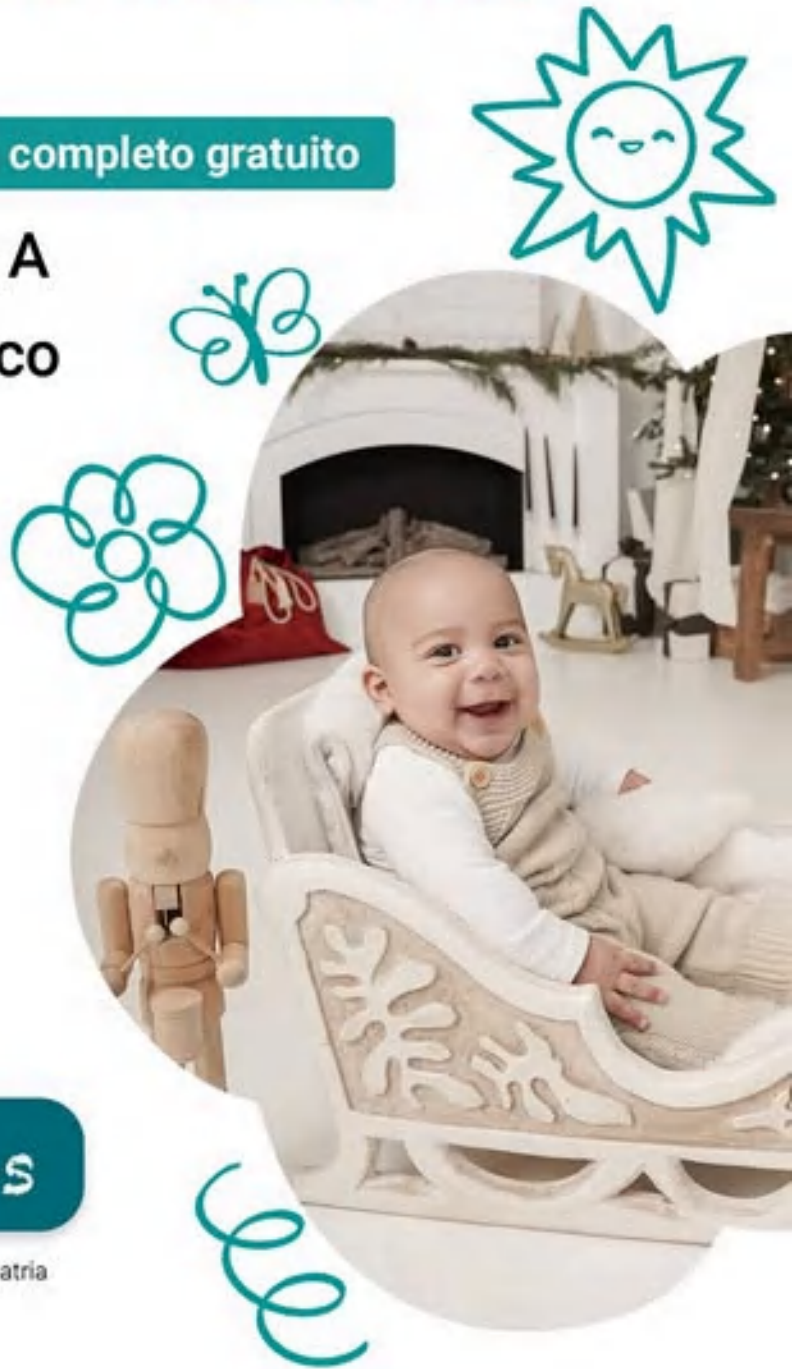
**Asistir ambos padres
para autorización***

Contáctanos

* En caso de ausencia de alguno, presentar patria
protestad o acta de defunción.



✉ valeria.alarcon@faicic.com.mx ☎ 229 161 6359 📞 229 337 1156 / 229 337 0735
📍 Av. 16 de Septiembre 1165, Ricardo Flores Magón, 91900 Veracruz, Ver.



En FAICIC contamos con estudios clínicos para pacientes con:

Enfermedades Cardiovasculares:

- Fibrilación Auricular
- Enfermedad Renal Crónica y Alta Proteinuria

Enfermedades Autoinmunes:

- Nefritis Lúpica
- Esclerosis Múltiple

Enfermedades Respiratorias Virales:

- Virus Sincitial Respiratorio

Enfermedades Oncológicas:

- Cáncer de Pulmón
- Cáncer de Mama
- Cáncer de Piel
- Tumores Sólidos

**Tu participación puede
marcar la diferencia**

La participación en dichos estudios está sujeta a criterios de elegibilidad y no garantiza la aceptación en alguno de estos.



Renta de Inflables



¡GRATIS! tu personaje favorito 🎪

6 HORAS DE DIVERSIÓN
MONTAJE Y DESMONTAJE
CONTRATA POR DÍA O POR HORA.

CHIKU
KIDS
INFLABLES



INFLABLES
CHIKUKIDS
229 265 9150

Informes y contrataciones



Cajoncito

4x3x2m

Castillo

4x3x3m



Escaladora

5x3x2m

