

**Colegio de Médicos
del Estado de Veracruz**

Mayo 2025

Volumen 2 número 3

Colegio de Médicos del Estado de Veracruz

Índice

- 5** Editorial.
- 6** Actividades del bimestre.
- 33** 10 de mayo día de la madre.
- 34** Pequeñas acciones grandes cambios: Lo que podemos hacer por las madres cada día.
- 38** 3 puntos clave en tu seguro de gastos médicos mayores.
- 40** Corporación médico legal.
- 43** Día Mundial de la espondilitis Anquilosante.
- 49** Importancia de las manos en la historia de la medicina.
- 53** Día mundial del asma.
- 57** Día Mundial de la salud materna:
10 pilares esenciales para una maternidad saludable plena.
- 62** 10 de mayo Día mundial del Lupus.
- 68** Día Internacional de la enfermería.
- 70** Día Mundial de la fibromialgia.
- 78** Día del maestro.
- 80** Día Mundial de la hipertensión arterial
- 85** Día Mundial de los ensayos clínicos.

Colegio de Médicos del Estado de Veracruz

Índice

- 87** Día Mundial sin tabaco.
- 88** Día Mundial de los pacientes trasplantados:
La donación de órganos un acto de solidaridad que
transforma vidas.
- 96** Día Mundial del donante de sangre.
- 103** Agonista de GLP-1 y GIP:
Avances, sobreutilización y futuro en la práctica médica.
- 109** En tiempos de resurrección...
El regreso de enfermedades prevenidas por vacunación.
- 113** Uso racional de los productos sanguíneos y la implementación
del PATIENT BLOOD MANAGEMENT.
- 121** Burnout among Mexican doctors:
Perspective of data from a population cohort.
- 126** Lesión renal aguda y terapia de soporte renal lenta continua
en la unidad de cuidados intensivos:
una ventana de probabilidades en población mexicana;
del arte a la realidad.
- 132** ERGE típico



**"El café es la prueba de que
las mejores cosas de la vida
son simples."**

Contamos con envíos locales y nacionales.

¡Haz tu pedido hoy!

Más información: 2299037869

Punto de venta:

Casa del Artesano:

-Canal #624 entre Independencia y Zaragoza, Col.Centro, Veracruz,Ver

-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](https://www.instagram.com/finca.monarca)

EDITORIAL



Colegio de Médicos del Estado
de Veracruz A.C.

El 10 de mayo, Día de la Madre, es una fecha de especial significado para el Colegio de Médicos del Estado de Veracruz. Esta jornada nos brinda la oportunidad de honrar y reconocer la invaluable contribución de las madres, tanto en el ámbito familiar como en el profesional, especialmente aquellas que forman parte de nuestra comunidad médica.

Las doctoras que son madres desempeñan un papel esencial en la promoción de la salud y el bienestar de la sociedad veracruzana. Su dedicación y compromiso se reflejan no solo en la atención y cuidado de sus propios hijos, sino también en el servicio que brindan a sus pacientes, equilibrando con maestría las exigencias de la profesión médica y las responsabilidades familiares.

El Colegio de Médicos del Estado de Veracruz reconoce y valora profundamente este doble rol. Por ello, en diversas ocasiones, hemos expresado nuestro respeto y admiración hacia las doctoras que son madres.

En nuestros diferentes eventos se evidencia la activa participación de las doctoras que son madres en actividades académicas y sociales, lo que subraya su compromiso tanto con la profesión como con la sociedad.

En este Día de la Madre, el Colegio reafirma su compromiso de apoyar y reconocer a todas las doctoras que son madres, conscientes de que su labor es fundamental para el desarrollo y fortalecimiento del sistema de salud en Veracruz.

Dr. Rafael Barragán C

Presidente del Colegio de Médicos
del Estado de Veracruz



ACTIVIDADES DEL BIMESTRE



Colegio de Médicos del Estado
de Veracruz A.C.



IMPORTANTE GESTIÓN DE LA MESA DIRECTIVA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DEL ESTADO DE VERACRUZ ANTE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES

En días recientes, la Mesa Directiva del Colegio de Médicos del Estado de Veracruz realizó una presentación formal ante la Dirección General de Profesiones, con el propósito de regularizar la documentación oficial de nuestro colegio.

La Dirección General de Profesiones es el organismo rector a nivel nacional encargado de supervisar, validar y certificar el ejercicio profesional en México, por lo que su reconocimiento y actualización documental son fundamentales para dar certeza jurídica y fortalecer la legitimidad de las actividades del Colegio.

Esta gestión reafirma el compromiso de nuestra Mesa Directiva con la transparencia, la legalidad y el fortalecimiento institucional, garantizando que el Colegio continúe desarrollando sus labores académicas y gremiales con plena validez y respaldo normativo.



Veracruz, protagonista en el 33 Congreso Internacional de Cirugía Endoscópica

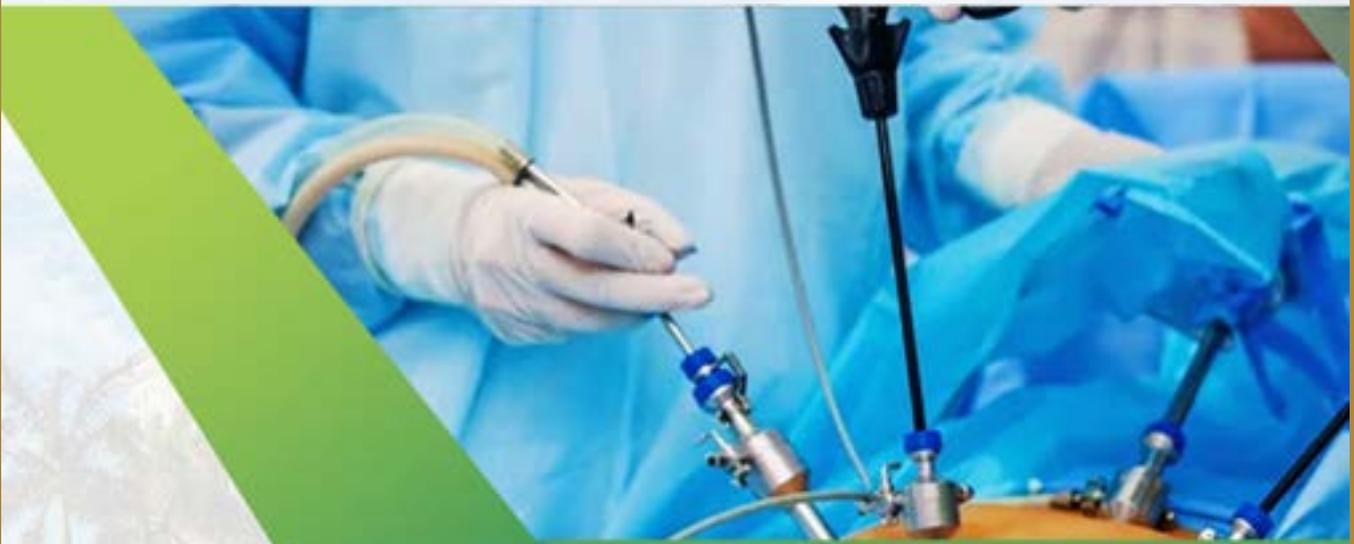
33

CONGRESO
INTERNACIONAL DE
**CIRUGÍA
ENDOSCÓPICA**

17 CONGRESO LATINOAMERICANO
DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO



El 33 Congreso Internacional de Cirugía Endoscópica fue un encuentro de alto nivel científico, caracterizado por la participación de expertos nacionales e internacionales, y por un programa académico amplio y enriquecedor que fortaleció el conocimiento y la práctica de la cirugía mínimamente invasiva.

El Estado de Veracruz tuvo una participación sobresaliente, con sede de actividades clínicas y académicas, y con una destacada representación médica.

El Estado de Veracruz tuvo una participación sobresaliente, con sede de actividades clínicas y académicas, y con una destacada representación médica.

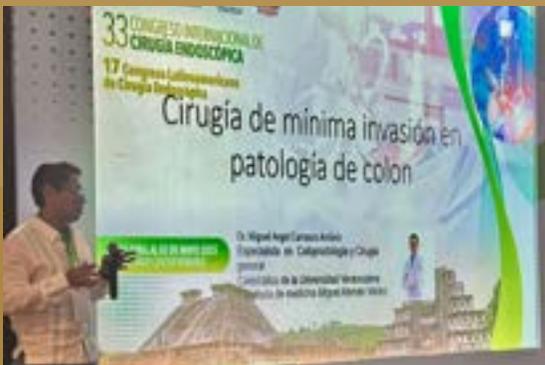


Entre los veracruzanos que participaron activamente en el programa académico se encuentran:

- Dr. Pérez Morales, ponente y coordinador de simposios.
- Dr. Miguel A. Carrasco Arroniz, quien impartió una conferencia sobre cirugía de colon por mínima invasión.
- Dra. Celina Cuéllar, responsable de la coordinación de cursos de hernia en el Hospital de Boca del Río.
- Dr. Octavio Ávila Mercado, profesor adjunto del curso precongreso de cirugía bariátrica y ponente en el simposio sobre laparoscopia en Veracruz.
- Dr. William Bryan Hall, quien participó como profesor adjunto y ponente en temas de cirugía oncológica, aportando una visión actualizada sobre procedimientos avanzados.
- Dr. Rafael A. Barragán Castañeda, con ponencias centradas en abordaje del derrame pleural por medio de mínima invasión torácica.

Durante el Congreso también se presentaron trabajos originales de investigación en cirugía mínimamente invasiva, entre los cuales el Dr. Valerio fue galardonado por su destacada presentación en la categoría de trabajos orales.

Uno de los momentos más significativos del evento fue el homenaje al Dr. Michel Gagner, pionero mundial en la técnica de manga gástrica laparoscópica –la técnica de cirugía bariátrica más realizada en el mundo–, quien fue nombrado socio honorario y recibió un reconocimiento especial por su trayectoria y aportaciones.



La activa participación de médicos veracruzanos y la realización de actividades clínicas y académicas en nuestro estado, reafirman el compromiso de Veracruz con la innovación, la educación médica continua y la excelencia en la cirugía mínimamente invasiva.



COLEGIO DE CIRUJANOS GENERALES DEL ESTADO DE VERACRUZ, A.C.

El Colegio de Cirujanos Generales del Estado de Veracruz se distingue por su constante esfuerzo en ofrecer a sus miembros una formación de vanguardia, con actividades académicas de alta calidad que fomentan el desarrollo profesional y la actualización en diversas áreas de la cirugía general.

A lo largo del año, el Colegio organiza conferencias, talleres y cursos, donde expertos de renombre nacional e internacional comparten sus conocimientos y experiencias. Los temas tratados son de gran interés y relevancia para los cirujanos generales, abarcando desde los avances más recientes en técnicas quirúrgicas, hasta nuevas perspectivas en el manejo de enfermedades complejas. Los ponentes, altamente calificados y reconocidos en sus respectivas especialidades, brindan un enfoque práctico y actualizado, enriqueciendo la práctica médica de todos los participantes.

 **COLEGIO DE CIRUJANOS GENERALES
DEL ESTADO DE VERACRUZ, AC.**

Sesión académica
**INTELIGENCIA ARTIFICIAL
EN SEPSIS**

Ponente
**Dr. Moisés
Beltrán Molina**



Especialista en medicina crítica y terapia intensiva.
Egresado CMN La Raza.
Actual ejercicio profesional en el puerto de Veracruz.
Práctica privada: Jefe de terapia intensiva y
urgencias Hospital Español de Veracruz.
Práctica pública: Intensivista en Unidad Médica de
Alta Especialidad 14, HE Adolfo Ruiz Cortines del IMSS.

 31 ENERO  AUDITORIO FACULTAD
MEDICINA UV

 7 PM  ZOOM

 **COLEGIO DE CIRUJANOS GENERALES
DEL ESTADO DE VERACRUZ, AC.** 

SESIÓN MENSUAL
**TÓPICOS DE CIRUGÍA
PEDIÁTRICA**



**Dr. Isaac
Baltazar Gómez**

"ACTUALIDADES EN
APENDICITIS EN PEDIATRÍA"



**Dr. Jairo Candido
Torres Aguilera**

"TESTICULOS NO
DESCENDIDOS"

CIRUJANO GENERAL DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA EN PEDIATRÍA
SERVIDOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA ANGEL ALZAMÁN III
PEDIATRIA SUBESPECIALIDAD HOSPITAL REGIONAL DE
VERACRUZ

CIRUJANO GENERAL DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA EN PEDIATRÍA - HOSPITAL INFANTIL DE
VERACRUZ
SERVIDOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA ANGEL ALZAMÁN III
PEDIATRIA SUBESPECIALIDAD HOSPITAL REGIONAL DE
VERACRUZ

 21 FEBRERO 2025  AUDITORIO FACULTAD MEDICINA UV

 20 HRS.

Además de la formación técnica, las actividades académicas del Colegio fomentan un espacio para la interacción y el intercambio de ideas entre profesionales de la cirugía, promoviendo la colaboración y el aprendizaje colectivo. Este ambiente académico fortalece el compromiso de los cirujanos generales con la salud de la población veracruzana, asegurando una atención médica de la más alta calidad.

El Colegio de Cirujanos Generales del Estado de Veracruz continúa siendo un referente en la formación académica para sus miembros, impulsando siempre la excelencia y la innovación en el ámbito quirúrgico.

Colegio de Cirujanos Generales del Estado de Veracruz

Sesión mensual
Desde la simulación hasta la cirugía robótica

Dra. Adriana Liceaga
Jefa de cirugía del Hospital Ángeles Universidad UV

Viernes 14 de marzo
18:30 horas
Aula Magna, Facultad medicina UV, Veracruz

ESPECIALISTAS EN LA DEFENSORÍA DE ASUNTOS DE SALUD

CONFERENCIAS DE PREVENCIÓN LEGAL EN EL EJERCICIO MEDICO

Dolo eventual y su repercusión en la atención médica

Cuestiones médico legales ¿que hacer y que no?

EL COLEGIO DE CIRUJANOS GENERALES CONVOCA A LA CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO DEL MARCO JURIDICO QUE SE DEBE CONSIDERAR PARA LA PRACTICA MEDICA. LA PONENCIA SERA DADA POR ABOGADO ESPECIALIZADO EN LA MATERIA REPRESENTANDO A LA EMPRESA MEDICA LEGAL CENTER SALOMON & WAINER

TE INVITAMOS A CONECTARTE VIA ZOOM
LOS DIAS 08 Y 09 DE ABRIL A LAS 19:30 PM.

SESIÓN MENSUAL

COLEGIO DE CIRUJANOS GENERALES DEL ESTADO DE VERACRUZ

CIRUGÍA GENERAL EN EL PACIENTE TRASPLANTADO

Viernes 25 de abril
19:30 hrs.
Aula Magna, Facultad medicina UV, Veracruz

DR. PEDRO IVÁN MORENO LEY
Encargado Programa Trasplante Renal IMSS, Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I desde 2022.

Colegio de Cirujanos Generales del Estado de Veracruz

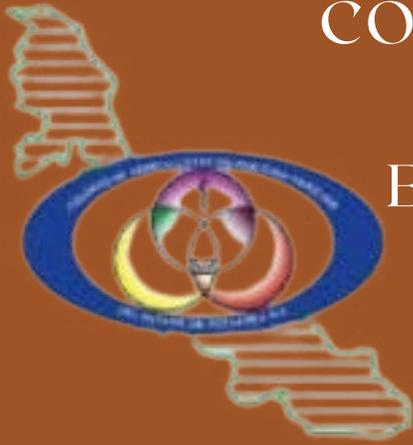
Sesión mensual **Trombosis venosa profunda**

Dr. Álvaro León
Cirujano general Angiólogo, Egresado del CDMN SIGLO XXI

21 marzo
20 horas
Aula Magna, Facultad medicina UV, Veracruz

Te esperamos

ColegioCirujanosGeneralesVeracruz
ccgver
CCGVER



COLEGIO DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR DEL ESTADO DE VERACRUZ A.C.

Fortaleciendo la Medicina Familiar: Actividades Recientes

El Colegio de Especialistas en Medicina Familiar del Estado de Veracruz continúa consolidándose como un referente en el impulso académico, la actualización profesional y la organización de eventos de alto nivel, en beneficio de sus agremiados y la comunidad médica en general. A lo largo de los últimos meses, este organismo ha llevado a cabo diversas actividades clave que reflejan su compromiso con la excelencia médica.



Sesiones académicas de actualización

Con el objetivo de mantener a sus miembros al día en los avances clínicos y científicos, el Colegio ha celebrado múltiples sesiones académicas, abordando temas relevantes de la práctica médica familiar. Estas sesiones han contado con la participación de expertos nacionales, propiciando el intercambio de conocimientos y experiencias entre colegas.

Certificación y vigencia de certificación en medicina familiar

Uno de los pilares del Colegio es asegurar la calidad de la atención médica a través de la certificación por examen y la vigencia de certificación en medicina familiar. Recientemente, se realizó la entrega de certificados a los médicos que concluyeron satisfactoriamente estos procesos, reconociendo su preparación y compromiso con la mejora continua



Promoción del Congreso Nacional

Como parte de la preparación rumbo al próximo Congreso Nacional de Medicina Familiar, representantes del Colegio ofrecieron una entrevista a medios de comunicación locales y estatales, donde compartieron detalles sobre el programa académico, la participación de ponentes destacados y la importancia del evento para la comunidad médica nacional.



Curso de certificación

En continuidad con su labor formativa, se organizó un curso intensivo de preparación para la certificación y vigencia de certificación, que brindó herramientas prácticas y teóricas a los participantes, fortaleciendo sus competencias clínicas y su confianza para enfrentar el proceso evaluativo.



Visita de supervisión de la Federación de Colegios de Medicina Familiar

Con motivo de la organización del Congreso Nacional, el Colegio recibió la visita de supervisión del Colegio de la Federación Mexicana de Especialistas en Medicina Familiar, con el fin de evaluar la sede, logística y planes de trabajo. Esta visita reafirmó el respaldo institucional y la colaboración estrecha entre entidades nacionales y estatales.



EL COLEGIO DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR DEL ESTADO DE VERACRUZ A.C.
LES INVITA A SU 4ta. SESION ACADÉMICA REGIONAL



IMPACTO EN LA NUTRICIÓN EN LOS PRIMEROS 1000 DÍAS DE VIDA

Imparte
MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ HERNÁNDEZ
PEDIATRA CON ESPECIALIDAD EN NEONATOLOGÍA



EL COLEGIO DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR DEL ESTADO DE VERACRUZ A. C.

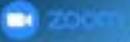


LES INVITA AL CURSO-TALLER

LA FAMILIA EN TIEMPOS DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

POÑENTES:
"WEB ECOE" (29 DE MARZO)
DR. MARCO ANTONIO BAYLÓN RAMÍREZ
"CERTIFICACION Y VIGENCIA DE CERTIFICACION" (05 DE ABRIL)
DRA. TRINIDAD LEÓN ZEPEDA
DRA. SARA DE JESUS LOPEZ SALAS
"INTELIGENCIA ARTIFICIAL" (12 DE ABRIL)
DR. LORENZO DE JESUS CEBILLO ORLACHA

INICIAMOS SÁBADO 29 DE MARZO DE 2025
09:00 HRS



COSTOS:
SOCIOS \$700
RESIDENTES \$500

Depósito cuenta:
COLEGIO DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR DEL ESTADO DE VERACRUZ A.C.
BANCO: BANAMEX
CLABE: 022901020917521238
Cuenta: 5752122
SUCURSAL: 238

Este conjunto de actividades reafirma el papel fundamental que desempeña el Colegio de Especialistas en Medicina Familiar del Estado de Veracruz en el fortalecimiento del gremio médico y la promoción de una atención primaria de calidad. Su trabajo constante no solo eleva los estándares profesionales, sino que también contribuye significativamente a la salud de la población veracruzana.

COLEGIO DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR DEL ESTADO DE VERACRUZ A.C.



Autismo y TDAH: Abordaje en el primer nivel de atención

28 de abril de 2025 • 09:00 hrs
Auditorio JJ - Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana
4ta. Sesión Académica

IMPORTE EL DR.
FRANCISCO
ROGEL ORTÍZ

COLEGIO DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR DEL ESTADO DE VERACRUZ A.C.



LES INVITA A SU SESION MENSUAL DE MARZO 2025 CON EL TEMA:

"BIOÉTICA Y ESPIRITUALIDAD"

POÑENTE **DR. MANUEL SAIZ CALDERÓN GÓMEZ**
MÉDICO FAMILIAR

Sábado 29 de MARZO del 2025 09:00 HRS
PRESENCIAL AUDITORIO FACULTAD DE MEDICINA UV ZONA VERACRUZ.



El Colegio Veracruzano de Medicina Crítica y Terapia Intensiva realizó sesiones académicas de alto nivel, en las que se abordaron temas de gran relevancia para la práctica clínica actual.

Estos eventos contaron con la participación de ponentes ampliamente reconocidos, quienes compartieron sus conocimientos y experiencias con los asistentes, fortaleciendo la formación de los especialistas en medicina crítica y terapia intensiva.



Este tipo de actividades consolida al Colegio como un referente indispensable en el ámbito de la educación médica continua, destacando su compromiso con la excelencia académica y la actualización profesional en nuestro estado





En el periodo reciente, el Colegio de medicina interna del estado de Veracruz organizó dos importantes sesiones académicas, enfocadas en temas de alta relevancia para la práctica médica interna.

Las jornadas fueron enriquecidas por distinguidos especialistas, quienes aportaron su experiencia y actualización en tópicos de interés actual, beneficiando a los profesionales asistentes.

La constante promoción de este tipo de espacios académicos es clave en el fortalecimiento de la educación médica continua.

"Diagnóstico oportuno del Cáncer de Próstata"



Dr. Carlos Zamudio Morales
Urólogo - Oncólogo



Sesión mensual
ENERO

Lugar: Auditorio del Hospital de Alta Especialidad ISSSTE Veracruz
Fecha y hora: 31 de enero de 2025, 20:00 h
Dirección: Díaz Mirón esquina Sayula, Veracruz, Ver.

Silanes 

Estimado Dr.(a):

El Colegio de Medicina Interna del Estado de Veracruz tiene el honor de invitarle a la sesión académica:

**"Dos desafíos, una solución:
Simplificando el tratamiento para
síntomas de tracto urinario inferior y
disfunción eréctil"**

Dr. José Ángel Martínez

 Viernes 28 de febrero 2025  Restaurante DoubleTree
Bvd. Miguel Ávila Comacho 707

 20:30 hrs

Esperamos contar con su valiosa presencia.



COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL ESTADO DE VERACRUZ A.C.



AstraZeneca

tiene el agrado de invitarle a

**Conexión Corazón-Riñón Nuevas
Perspectivas en el Manejo de la Hiperkalemia
(Caso Clínico Cardio-Renal Multidisciplinario).**

Este evento contará con la participación de

Dr. Rafael Baizabal Olarte
Nefrología



- Egresado del INCMNSZ
- Hospital Ángeles
Xalapa



28/Marzo
2025



20:30
Hrs.



Restaurante
El Llagar,
Boca del Río.



"Suplementación en el adulto mayor: ¿Cuándo? y ¿Cómo?"



**L.N. María del Rocío
Francisco**

- Diplomado de nutrición en enfermedad renal
- Socio activo de la Asociación Mexicana de Gastroenterología de
- Socio activo del Colegio Mexicano de Nutriólogos A.C.



Sesión mensual

ABRIL

**Lugar: Auditorio del Hospital de Alta
Especialidad ISSSTE Veracruz
Fecha y hora: 25 de abril de 2025, 20:00 h
Dirección: Díaz Mirón esquina Sayula,
Veracruz, Ver.**

SIMPOSIO DE INMUNOLOGÍA DE LA MUJER: ACTUALIZACIÓN MÉDICA CON MIRADA INTEGRAL

El Colegio de Alergia e Inmunología Clínica del Estado de Veracruz promueve el conocimiento con enfoque en la mujer.



El simposio contó con la participación de reconocidas especialistas como la Dra. Abigail Bello Gallardo, Dra. Esthela Hernández Landeros, Dra. Ducise Compañ González, Dra. Brenda Bello, Dra. Maciel Montserrat Moreno, Dra. Karen Liliar Rivera, Dra. Kitzia González Juárez y la LTF. Iliana Hernández Sánchez, quienes abordaron temas clave sobre la salud inmunológica con enfoque en la mujer, desde distintos ángulos clínicos y de investigación.

El Colegio de Alergia e Inmunología Clínica del Estado de Veracruz marca un importante referente académico y profesional en la región, no solo por su compromiso con la actualización médica continua, sino también por su sensibilidad ante los temas sociales de gran impacto.



El evento también contó con valiosas intervenciones institucionales. Se agradece especialmente a la Mtra. Zaira Fabiola del Toro Olivares y a la Mtra. Martha Patricia Colorado, encargadas de la Subdirección de Promoción de la Igualdad del Instituto Veracruzano de las Mujeres, por su participación activa y atenciones durante el evento.



Asimismo, se reconoce la intervención del Psic. Juan Fernando Rodríguez Ruiz, quien presentó el programa estatal para la prevención y atención del acoso y hostigamiento sexual hacia la mujer en la administración pública, generando conciencia sobre la importancia de entornos laborales seguros y equitativos.



Este tipo de encuentros reflejan el compromiso del Colegio no solo con la excelencia médica, sino también con la equidad de género, la ética profesional y la construcción de una medicina más justa, inclusiva y con perspectiva social.



CIMU 2025
36º Congreso Internacional
Medicina de Urgencias y Reanimación
LEÓN, GUANAJUATO

25-28 MARZO
POLIFORUM LEÓN
GUANAJUATO, MÉXICO



Destacada participación de la Dra. Michell E. Montalvo Aguilar en el 36º Congreso Internacional de Medicina de Emergencias y Reanimación

El Colegio de Médicos del Estado de Veracruz se enorgullece en reconocer la destacada participación de la Dra. Michell Estrella Montalvo Aguilar, miembro de su mesa directiva, como ponente y profesora en el 36º Congreso Internacional de Medicina de Emergencias y Reanimación, celebrado en la ciudad de León, Guanajuato, del 25 al 28 de marzo del presente año.





Durante el evento, la Dra. Montalvo Aguilar compartió su conocimiento y experiencia en temas de gran relevancia para la medicina de urgencias, consolidándose como un referente en la actualización médica continua. Gracias a su entusiasmo, capacidad propositiva y sólida preparación académica, ha logrado proyectarse como una voz autorizada en temas médicos de actualidad.



Asimismo, nos complace informar que, en el marco del congreso, fue integrada al Comité de Educación de la Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencias (SMME) para el bienio 2025–2027, un reconocimiento más a su compromiso incansable con la formación de profesionales de la salud.

La Dra. Michell E. Montalvo Aguilar representa con orgullo los valores de excelencia, dedicación y liderazgo que distinguen a nuestro Colegio.



SESION ACADÉMICA HOSPITAL GENERAL DEL BOCA DEL RIO

MANEJO ACTUAL DEL TRAUMA DE TÓRAX



El pasado mes de marzo, el Hospital General de Boca del Río fue sede de una importante sesión académica organizada en colaboración con el Colegio de Médicos del Estado de Veracruz. El tema abordado fue el "Manejo Actual del Trauma de Tórax", a cargo del Dr. Rafael Álvaro Barragán Castañeda, cirujano de tórax y actual presidente del Colegio.

La conferencia contó con una entusiasta participación del personal médico del hospital, quienes mostraron gran interés en actualizar sus conocimientos en un tema de alta relevancia clínica. Asimismo, reconocemos el apoyo y compromiso de las autoridades del Hospital General de Boca del Río, quienes han impulsado activamente este tipo de iniciativas de educación médica continua.

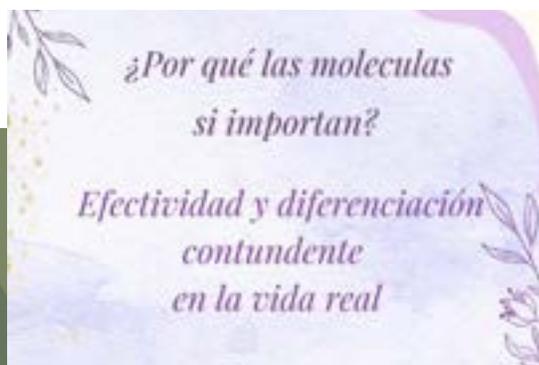
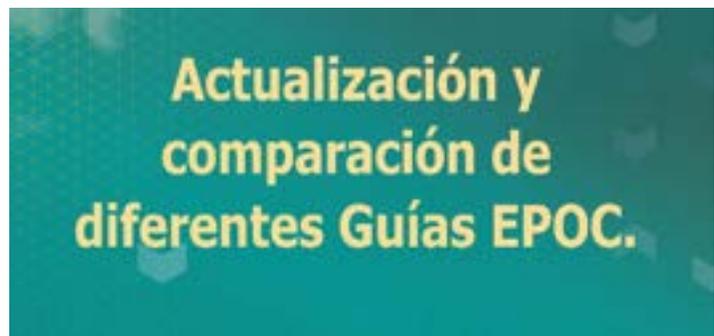
Desde el Colegio de Médicos del Estado de Veracruz agradecemos profundamente la confianza depositada en nuestra institución para llevar a cabo actividades académicas que contribuyen a la capacitación permanente de los profesionales de la salud.



IMPULSO ACADÉMICO CONTINUO:

La Sociedad de Neumología y Cirugía de Tórax del Estado de Veracruz continúa firme en su compromiso con la educación médica continua, llevando a cabo sesiones académicas bimensuales que promueven el intercambio de conocimientos, la actualización clínica y la colaboración entre profesionales del área.

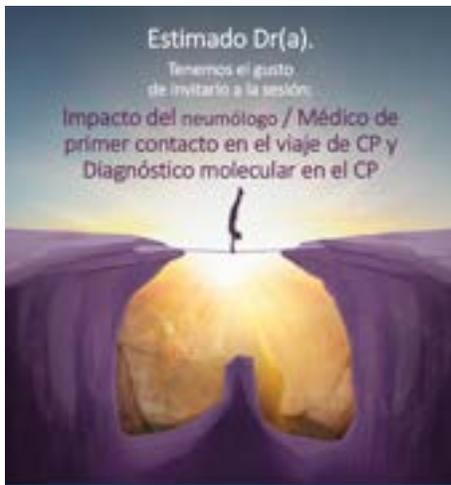
Durante el último bimestre, se llevaron a cabo diversas sesiones académicas con una nutrida participación, uno de los ejes principales de estas reuniones fue la presentación de casos clínicos, herramienta formativa fundamental que permite revisar diagnósticos diferenciales, estrategias terapéuticas y resultados clínicos en un contexto real.



Los casos presentados abordaron patologías con temas relevantes, estas discusiones fueron enriquecidas con conferencias magistrales lo que favorece el desarrollo de habilidades críticas y el fortalecimiento del conocimiento científico en formación.

Estas actividades no solo fortalecen el nivel académico de los participantes, sino que también fomentan la actualización constante frente a los desafíos actuales en la atención respiratoria, incluyendo el manejo de enfermedades crónicas, infecciosas y quirúrgicas que afectan a la población veracruzana.

La Sociedad reitera su invitación a todos los profesionales interesados en sumarse a estas sesiones, que continuarán desarrollándose de manera periódica, con el objetivo de consolidar una comunidad médica preparada, ética y comprometida con la excelencia.



VANGUARDIA Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

ACTIVIDADES ACADÉMICAS DEL COLEGIO DE CIRUJANOS EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL ESTADO DE VERACRUZ

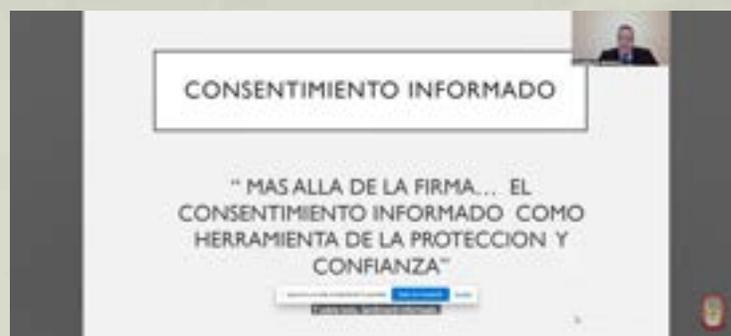


El Colegio de Cirujanos en Ortopedia y Traumatología del Estado de Veracruz ha mantenido un destacado ritmo académico durante los meses recientes, con sesiones educativas de gran relevancia y pertinencia para los profesionales del ramo. Estas actividades, alineadas con los principios de educación médica continua, han fortalecido la preparación ética, científica y técnica de sus miembros.



Una de las sesiones más destacadas fue la conferencia "Inteligencia Artificial en la práctica diaria de los ortopedistas", impartida por el Dr. Marco Aurelio Chávez Cadena, cirujano articular y actual secretario de la Federación Mexicana de Colegios de Ortopedia y Traumatología (FEMECOT). Esta charla ofreció una visión innovadora sobre cómo las herramientas de inteligencia artificial pueden integrarse en el diagnóstico, planeación quirúrgica y seguimiento de pacientes, revolucionando la práctica clínica ortopédica.

Otro momento clave fue la sesión dedicada a los aspectos médico-legales en ortopedia, espacio en el que participaron diversos ponentes expertos. Destacó particularmente la intervención del Dr. Mario Emilio Lozano Flores, quien abordó el tema "Riesgos en traumatología y ortopedia ante las leyes cambiantes", subrayando la importancia del conocimiento legal para una práctica médica segura y bien documentada, en un entorno cada vez más regulado.





Complementando este enfoque integral, el Colegio participó activamente en el webinar nacional organizado por el Colegio de Ortopedia y Traumatología del Estado de Nuevo León, en el cual se contó con la valiosa intervención del Comité de Medicina Legal de la FEMECOT. Esta sesión ofreció una mirada multidisciplinaria sobre los desafíos jurídicos que enfrentan los ortopedistas en el ejercicio diario de su profesión, promoviendo una cultura de prevención y responsabilidad.

Estas actividades reflejan el firme compromiso del Colegio de Cirujanos en Ortopedia y Traumatología del Estado de Veracruz con la actualización constante, la innovación y el ejercicio ético de la ortopedia moderna. La comunidad médica reconoce el valor de estos espacios que fortalecen no solo las competencias clínicas, sino también la visión integral del profesional de la salud.

PROXIMAMENTE



"Innovación y Tecnología"
Para una Práctica Médica
Quirúrgica Segura



REUNIÓN REGIONAL SUR | VERACRUZ

"Dr. Roberto Bautista Vázquez"

16 al 19 de julio | Boca del Río

Sede

World Trade Center Veracruz: Blvd. Adolfo Ruíz
Cortines 3497, Col. Ylang Ylang, 94298 Boca del Río, Ver.

Informes

Clara Martínez

✉ colegiocirujanosveracruz@gmail.com

☎ 229 552 2395

2do. CONGRESO REGIONAL DE ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL SURESTE



“Diagnóstico Oportuno
de Cáncer Infantil.
Manejo de Urgencias Oncológicas”



29 y 30 de Mayo del 2025

En el marco conmemorativo del Día
Internacional contra el cáncer infantil.

HOTEL SEDE :



**HOTEL EMPORIO
VERACRUZ**

Paseo Insurgentes
Veracruzanos
del Malecón 244, Centro,
91709 Veracruz
Teléfono: 229 989 3300
Tarifa preferencial con el
código:
ONCOHEMATOLOGÍA

RESERVA TU LUGAR:

**HASTA EL
30/04/2025**

**A PARTIR
DEL 1/5/2025**

ESTUDIANTES
\$500.00 MXN
PERSONAL PARAMÉDICO
\$750.00 MXN
MÉDICOS GENERALES
\$1000.00 MXN
MÉDICOS ESPECIALISTAS
\$1250.00 MXN

ESTUDIANTES
\$750.00 MXN
PERSONAL PARAMÉDICO
\$1000.00 MXN
MÉDICOS GENERALES
\$1250.00 MXN
MÉDICOS ESPECIALISTAS
\$1500.00 MXN

TALLERES: \$300.00MXN

INFORMES :

[congresoregionalamohp2025@
gmail.com](mailto:congresoregionalamohp2025@gmail.com)

O por WhatsApp (mensaje)
De 10:00 – 18:00 horas.
2288358615 (Dra. Reyes)
2293250948 (Dr. Gómez)

INFORMES E INSCRIPCIONES



GMAIL

2293250048

2288358615



PROXIMAMENTE



ALBERCA Y JACUZZI

ÁREA DE PLAYA

BAR

EXPERIENCIAS

EVENTOS AL EXTERIOR

VEN A RELAJARTE

VEN A DIVERTIRTE



CASAROCA

De Cambiando y Mar

WWW.CASA-ROCA.MX

10 DE MAYO DÍA DE LA MADRE



El Día de la Madre es mucho más que una fecha en el calendario: es un homenaje profundo al amor incondicional, la entrega diaria y la fortaleza silenciosa que representan las madres en nuestras vidas. Conmemorar este día es una forma de reconocer públicamente ese papel esencial y, muchas veces, invisibilizado que desempeñan en la familia y en la sociedad.

Las madres son el primer refugio, la primera guía y el primer amor. En su abrazo encontramos consuelo, en sus palabras aprendemos valores, y en su ejemplo entendemos el significado del sacrificio. Detrás de cada logro personal suele haber una madre que alentó, apoyó o simplemente estuvo presente. Por ello, dedicarles un día es apenas un pequeño gesto de gratitud por su entrega constante y desinteresada.

Sin embargo, en este homenaje también debe incluirse una reflexión sobre su bienestar integral. La salud de las madres, física, emocional y mental, debe ser una prioridad. Muchas veces, en su afán de cuidar de los demás, ellas mismas descuidan su propia salud. Conmemorar el Día de la Madre es también comprometernos como sociedad a promover espacios, servicios y políticas que garanticen su bienestar, prevención de enfermedades, atención médica oportuna y apoyo psicológico cuando sea necesario.

En esta celebración queremos también hacer un reconocimiento especial a todas las madres que, además de guiar a sus familias con amor, entregan su vocación al cuidado de otros como médicas, doctoras, enfermeras y profesionales de la salud. Ellas viven una doble entrega: en casa y en hospitales, en consultorios y salas de emergencia, salvando vidas y acompañando procesos difíciles, muchas veces dejando de lado su propio descanso y tiempo personal. Su labor merece no solo admiración, sino profundo respeto y apoyo.

Este día nos invita a valorar no solo su amor, sino también su derecho a vivir con calidad, plenitud y dignidad. Reconocerlas implica cuidar de ellas, interesarnos por su estado emocional, acompañarlas en sus procesos y asegurarnos de que tengan acceso a una vida saludable.

Celebrar el Día de la Madre es, en esencia, celebrar la vida. Es agradecer y valorar, no solo con flores o regalos, sino con presencia, reconocimiento y cariño sincero. Porque cada madre merece saber que su amor deja huellas imborrables, y que su salud y bienestar importan tanto como el amor que da.

PEQUEÑAS ACCIONES, GRANDES CAMBIOS: lo que todos podemos hacer por las madres cada día

Más allá del Día de la Madre y los homenajes emotivos, existe una verdad sencilla pero poderosa: todos, desde nuestra vida cotidiana, podemos hacer mucho por mejorar la experiencia y la dignidad de ser madre en nuestra sociedad.

Las madres enfrentan retos diarios que muchas veces pasan desapercibidos para quienes no están en sus zapatos. Por eso, aquí reunimos una serie de acciones simples, concretas y solidarias que cualquier persona, empresa o institución puede implementar para hacer la diferencia.



Acciones que podemos hacer como ciudadanos:

- Ceder el paso o el asiento: ya sea en la calle, en el transporte público o en una fila, ofrecer prioridad a una madre, especialmente si está embarazada o con niños pequeños, es un gesto mínimo pero significativo.
- Permitir que entren primero: en lugares públicos, baños o espacios concurridos, tener la cortesía de dejarlas pasar primero demuestra empatía y respeto.
- Ofrecer ayuda espontánea: si ves a una madre lidiando con una carriola, bolsas de supermercado o un niño que llora, preguntar si necesita ayuda puede cambiarle el día.

Acciones desde empresas e instituciones:

- Instalación de lactarios: ofrecer espacios seguros, cómodos y privados donde las madres puedan amamantar o extraer leche en su lugar de trabajo es un derecho que aún falta implementar en muchas empresas.
- Colocar cambiadores en todos los baños: no solo en los femeninos. Instalar cambiadores en los baños de hombres y baños inclusivos ayuda a promover la corresponsabilidad del cuidado.
- Políticas laborales flexibles: apoyar con horarios flexibles, trabajo remoto o permisos parentales igualitarios ayuda a equilibrar la vida laboral y familiar.
- Campañas de sensibilización: fomentar una cultura de respeto y apoyo a las maternidades en todos los espacios, desde la oficina hasta el transporte.



Acciones desde el lenguaje y la actitud:

- Evitar juzgar o minimizar: frases como "solo es ama de casa" o "tiene hijos, no enfermedad" son ejemplos de cómo el lenguaje puede restar valor o comprensión a su esfuerzo diario.
- Escuchar sin prejuicios: cada maternidad es distinta, y todas merecen ser escuchadas sin juicios ni estereotipos.
- Visibilizar su esfuerzo diario: reconocer y agradecer su labor, incluso en lo cotidiano, ayuda a construir una cultura más justa.



Acciones desde la educación y la comunidad:

- Educar en empatía desde la infancia: enseñar en escuelas el valor de respetar, cuidar y apoyar a las madres fomenta generaciones más conscientes y solidarias.
- Redes de apoyo comunitario: promover grupos vecinales o redes ciudadanas donde las madres puedan compartir recursos, cuidado infantil, transporte o simplemente acompañamiento emocional.
- Talleres de crianza compartida: incluir a padres, abuelos, tíos o cuidadores en charlas y talleres para que el cuidado de los hijos no recaiga únicamente en las madres.

Apoyos en espacios públicos y servicios urbanos:

- Transporte accesible para madres con carriolas: garantizar que el transporte público cuente con rampas, espacios designados y accesos amplios para carriolas o sillas de ruedas es esencial para su movilidad y seguridad.
- Zonas de juego seguras y limpias: tener áreas infantiles bien cuidadas en parques, centros comerciales o plazas públicas ayuda a las madres a convivir y a darles un espacio seguro a sus hijos.
- Espacios de espera amigables para familias: en hospitales, oficinas gubernamentales o bancos, contar con áreas especiales donde las madres puedan esperar cómodamente con sus hijos puede hacer la diferencia.



Acciones desde la comunicación y visibilidad:

- Visibilizar historias de madres diversas: compartir en medios, redes o campañas testimonios de madres con distintas realidades (madres jóvenes, madres con discapacidad, madres migrantes, etc.) ayuda a generar empatía y romper estigmas.
- Reconocer la maternidad como un trabajo esencial: tanto desde lo emocional como lo económico. Es hora de valorar ese esfuerzo no remunerado que sostiene a familias y comunidades.

Pequeños cambios, gran impacto

Con pequeños gestos podemos construir una sociedad más empática, accesible y justa para las madres. No se trata de grandes campañas, sino de cambiar la mirada y actuar desde la conciencia diaria. Porque cuando cuidamos a las madres, cuidamos a quienes sostienen, crían y transforman el mundo.





ALICIA CÓRDOVA

Economista con Maestría en Finanzas.

Cumbrista de GNP.  ALETIA.COM.MX

3 PUNTOS CLAVE EN TU SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES (APARTE DE LOS HOSPITALES)

DEDUCIBLE.

El deducible es la cantidad de dinero que tú vas a poner en caso de una enfermedad, o incluso en caso de un accidente si es que no tienes la cobertura de cero deducible por accidente. Vale la pena que revises el deducible que tienes, si es muy bajo, plantéate subirlo y esto bajará el costo de tu prima anual. La prima la pagas siempre, el deducible solo en caso de enfermedad.

TIP: los expertos dicen que tu deducible debe ser equivalente a un mes de tu sueldo.

ALICIA CÓRDOVA

Economista con Maestría en Finanzas.

Cumbrista de GNP.  ALETIA.COM.MX



TABULADOR MÉDICO.

La mayoría de las aseguradoras no son transparentes con su tabulador médico, es complicado conseguirlo. El tabulador médico es donde puedes encontrar lo que la aseguradora te va a reembolsar por honorarios médicos si no te atiendes con un médico de su red. Entonces, puedes atenderte en los hospitales más costosos, pero si te quieres atender con médicos fuera de la red de tu aseguradora revisa cuánto es lo que debes completar por honorarios médicos debido a que este monto puede ser significativo.

CLAÚSULA DE CONVERSIÓN A INDIVIDUAL (en caso de Seguros Empresariales).

Si tienes un seguro de gastos médicos mayores como prestación de tu empresa, es muy importante revises que cuente con esta cláusula. Sin ella estás en riesgo, en caso de padecer una enfermedad larga como cáncer o diabetes y si por alguna razón ya no sigues trabajando en esta empresa, ninguna aseguradora te aceptará, ni siquiera la que tiene el contrato laboral con tu empresa. Una forma de solucionar esta situación es contratar en salud lo que se llama conexión, es un seguro que te cubre si llegara a suceder este escenario.

 **Aletia**



hola@aletia.com.mx



229 339 70 01



aletia.com.mx



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



**MEDICO
LEGAL**
DEME ASOCIADOS

-  ¿Sabe qué hacer en caso de que lo demande un paciente?
-  ¿Ésta Ud. seguro del servicio que tiene con su seguro actual?
-  ¿Ésta Ud. preparado para enfrentar una demanda?
-  ¿Conoce sus derechos?
-  ¿Cuenta con la solvencia económica para enfrentar un Problema Médico Legal?

En la actualidad en nuestro país un paciente puede recurrir a denunciar o levantar una demanda en contra de un médico por alguna razón-motivo que el paciente sienta que se le afecto en su salud o economía por el diagnostico o atención recibidos, estas demandas proceden con fluidez ya que no se le pide al presunto afectado comprobación de su argumento.

Por otra parte, el profesional de la salud está obligado a dar contestación y demostrar su inocencia mediante el proceso establecido por la ley, esto a la mayoría de los casos, representa un gasto considerable para el medico.



Somos una Empresa de Servicios con más de 20 años de experiencia, dedicada a atender los requerimientos Médico Legales de una manera eficaz e inmediata. Las 24 horas del día, los 365 días del año, brindando seguridad al profesional de la salud de que su problema será atendido en el momento que lo necesite, con Abogados Profesionales especializados en medicina legal, así como los recursos económicos para garantizar y salvaguardar su integridad y tranquilidad en el ejercicio de su profesión.



Beneficios de Nuestros Servicios



Asesoría preventiva

Para evitar errores en la práctica médica cotidiana y evitar incurrir en responsabilidades de carácter penal, civil y administrativa.



Representación jurídica especializada

Le asignamos un abogado especializado que le representara ante las autoridades judiciales competentes.



Peritos calificados

Nombrara peritos calificados para dar una opción técnica a favor.



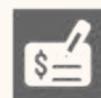
Honorarios y gastos cubiertos

Cubrirá los honorarios y gastos de abogados y peritos, por ser estos parte de nuestra empresa.



Gastos cubiertos durante el proceso

Cubrirá los gastos judiciales necesarios durante el asunto o proceso correspondiente hasta su conclusión.



Pago de fianza o caución

Pagará la fianza o caución para obtener la libertad condicional cuando sea necesario.



Pago de reparación de daño

Pagará la reparación del daño al paciente en caso de sentencia ejecutoriada hasta el monto convenido.



Asesoría y consultoría gratuita

Además como un servicio adicional, contará con asesoría y consultoría en forma gratuita de cualquier problema legal.

Principales Objetivos



¿Tienes alguna duda?

Contáctame!

Lic. Sonia Herrera

Tel 2294229056

Email: soniaherrer@hotmail.com

DÍA MUNDIAL DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

3 DE MAYO 2025



**DRA. ADRIANA
RANGEL BOTELLO**

medicina interna: reumatología

El primer sábado de cada mayo se celebra el día mundial de la espondilitis anquilosante (EspA), la cual forma parte de la espondiloartritis axial (EspAax) que afecta a millones de personas en todo el mundo. Este día tiene como objetivo dar a conocer esta enfermedad, así como su impacto físico, mental y emocional que tiene en la vida de las personas.

La EspAax se caracteriza por inflamación del esqueleto axial, incluyendo las articulaciones sacroilíacas. La espondiloartritis abarca la enfermedad radiográfica (EspAax-r) (conocida como espondilitis anquilosante) y la no radiográfica (EspAax-nr). La EspAax-r es más común en hombres que mujeres, con una relación 3:1 y la prevalencia global no está bien definida, va de un 0.3%, a 1.4%. Usualmente los síntomas se desarrollan antes de los 45 años, pero un inicio tardío puede ocurrir después de los 45 años.

Fisiopatología y patogénesis.

Un rasgo característico es la pérdida ósea inducida por inflamación, la cual ocurre simultáneamente con nueva formación anormal de hueso nuevo en sitios específicos como articulaciones sacroilíacas, entesis la columna vertebral y articulaciones periféricas.

Aunque la etiología de la espondiloartritis no está completamente dilucidada, factores genéticos y ambientales influyen en su desarrollo. La hipótesis genética, el antígeno leucocitario humano B27 (HLA-B27) inicia una respuesta inflamatoria mediada por células-T. Segundo, alteración de la microbiota intestinal (disbiosis). Estudios en humanos han demostrado la traslocación de las bacterias intestinales y productos bacterianos a través de una barrera intestinal alterada a sitios axiales así como sitios articulares periféricos y entesis, desencadenando una respuesta inflamatoria. Tercera hipótesis implica el trauma repetitivo en las entesis, de individuos genéticamente predispuestos, produciendo inflamación neutrofílica y activación de células proinflamatorias como IL-23, IL-17, y TNF.

Manifestaciones clínicas.

-Dolor lumbar inflamatorio: caracterizado por rigidez matutina prolongado igual 30 minutos, el cual mejora con el ejercicio, y no con el reposo con inicio gradual usualmente antes de los 45 años.

-Aproximadamente el 20% de los pacientes cursan con manifestaciones extra-axiales: artritis periférica (típicamente afecta articulaciones grandes de característica asimétrica y oligoarticular), entesitis (30-40%), dactilitis o “dedos en salchicha” (5-7%) o uveítis anterior (experimentada hasta en un 45% de los pacientes en el transcurso de la vida).

-Manifestaciones extra-musculoesqueléticas: psoriasis (10-15% de los pacientes, enfermedad inflamatoria intestinal (Enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa) la cual afecta un 8% de los pacientes.

Diagnóstico.

Es importante determinar si el paciente cursa con características de dolor axial inflamatorio o síntomas como artritis periférica o entesitis así como búsqueda de historia familiar de EspA (27-30% de paciente positivos a HLA-B27).

Examinar articulaciones periféricas, entesis y dedos en busca de signos de inflamación como dolor a la palpación, hiperemia, hipertermia además de estar atentos a las manifestaciones extra-musculoesqueléticas como eritema escamoso (psoriasis), eritema ocular, dolor y fotofobia (uveítis).

Estudios de laboratorio como la presencia de HLA-B27 (sensibilidad, 50%, especificidad, 90%) y niveles de proteína C reactiva (PCR) (elevada en =40% de pacientes con EspAax [sensibilidad, 35% ; especificidad, 91%]) no son diagnóstico de espondiloartritis debido a que el 6% de la población general en Estados Unidos es positiva al HLA-B27, y los niveles elevados de PCR pueden estar elevados en diversas condiciones como obesidad, infecciones, y enfermedades inflamatorias inmunomediadas (artritis reumatoide) y artropatía por cristales.

La sacroileitis en radiografías: se define cualquier combinación de esclerosis, erosiones, disminución o ensanchamiento, o fusión de la articulación sacroilíaca., debido a que la sacroileitis puede tardar hasta 10 años en aparecer en las radiografías, una radiografía negativa no descarta la presencia de EspA.



La resonancia magnética de las articulaciones sacroilíacas se debe de realizar si el diagnóstico no se puede establecer con las características clínicas y radiográficas y el contraste no es requerido al menos que exista duda de infección o malignidad. Se deben incluir cortes semicoronales de la porción cartilaginosa de la articulación sacroilíaca, debe incluir secuencias T1 las cuales muestran lesiones como recambio graso de la médula ósea, erosiones y anquilosis, además de secuencia STIR que demuestran lesiones inflamatorias como edema óseo (sugestivo de proceso inflamatorio, pero también puede observarse en corredores sanos hasta un 35%), capsulitis, entesitis y líquido articular.

Tratamiento.

Primera línea: son los anti-inflamatorios no esteroideos (AINE). Sin embargo, de acuerdo a una encuesta de 842 con EspA, solo el 19.1% reportaron control sintomático.

Las guías ACR y EULAR recomiendan terapia física (fortalecimiento muscular, mantener rango de movimiento y postura), excepto en los pacientes con fusión espinal.

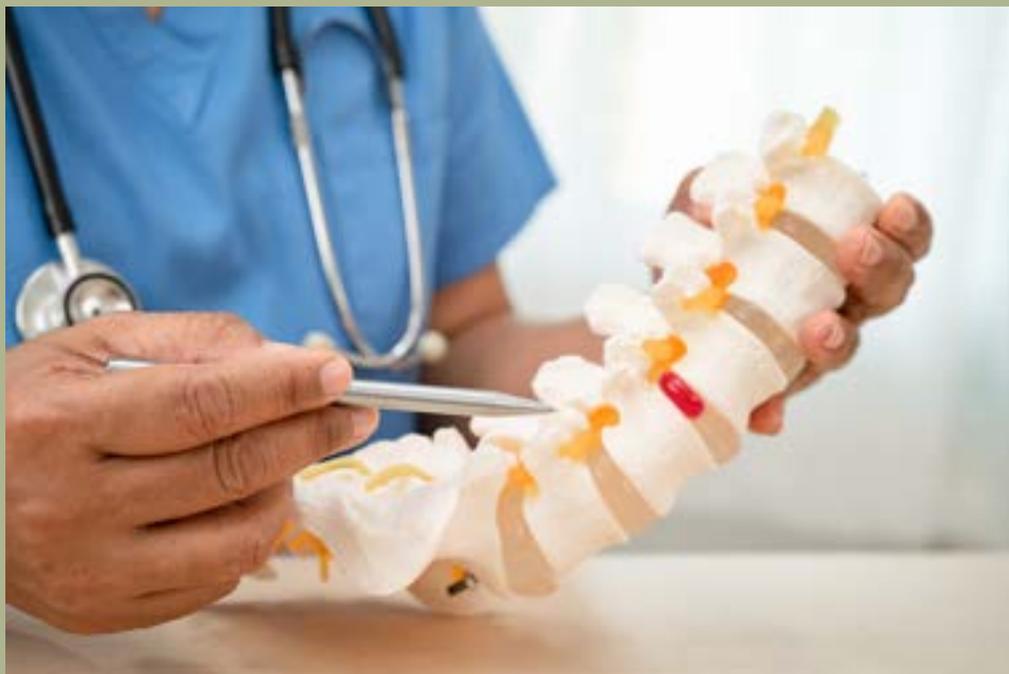
Los fármacos modificadores de la enfermedad pueden ser útiles para tratar artritis periférica, uveítis o enfermedad inflamatoria intestinal, pero estos y los glucocorticoides deben ser evitados en manifestaciones axiales.

La mayoría de los pacientes ($\geq 75\%$) requerirán tratamiento con agentes biológicos o fármacos modificadores sintéticos dirigidos como: anti-TNF, agentes anti-IL17, o inhibidores JAK.

La terapia biológica con anti-TNF o anti-IL-17 es considerada la segunda línea de tratamiento, después de la respuesta subóptima a dos diferentes AINEs a dosis máxima por dos meses. A pesar de la eficacia de los agentes anti-TNF, 13-68% de los pacientes no responderán o tendrán una respuesta disminuida a través del tiempo, debido a la formación de anticuerpos o por razones no claras.

Las guías ACR/SPARTAN/SAA del 2019 consideran a los agentes anti-IL17 (secukinumab, ixekizumab) como tercera línea. El nuevo agente bimekizumab que bloquea IL-17A e IL17F, ha mostrado eficacia y seguridad similar a otros agentes anti-IL17A. Las contradicciones absolutas para usar anti-IL17 incluyen enfermedad inflamatoria intestinal e infecciones.

Los inhibidores JAK (tofacitinib y upadacitinib) fueron aprobados por la FDA en el 2022. Tofacitinib está indicado solo para enfermedad radiográfica, upadacitinib está aprobado tanto para enfermedad radiográfica y no radiográfica. Estas moléculas si están indicados en el tratamiento con enfermedad inflamatoria intestinal (tofacitinib: colitis ulcerativa; upadacitinib: enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa).



Comorbilidades y Pronóstico.

En una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 119 427 pacientes, las comorbilidades más prevalentes fueron: hipertensión (23%), enfermedad cardiovascular (12%), depresión (11%).

En otro meta-análisis mostró que pacientes con EspA presentaron riesgo elevado para fibrilación auricular (RR: 1.85, 95%, IC:1.15-2.98) y bloqueo auriculoventricular (OR: 3.46, 95%, IC:1.09-10.39) comparado con la población general. La disminución de la densidad ósea también es frecuente en pacientes con EspA debido a la inflamación crónica.

Conclusiones.

La EspA es una patología inmunomediada que afecta a individuos jóvenes y tiene una gran repercusión a nivel sociolaboral por eso la importancia de establecer un día al año para realizar campañas de concientización. Es importante puntualizar que principalmente afecta el esqueleto axial y articulaciones sacroilíacas pero también se puede asociar con manifestaciones extra-articulares como uveítis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal.

Las metas del manejo de la EspA es el control sintomático, mejorar la funcionalidad, reducir o interrumpir la progresión radiográfica y prevenir complicaciones como osteoporosis y fracturas.



Bibliografía.

1. Drossos AA, Venetsanopoulou AI, Voulgari PV: Axial spondyloarthritis: evolving concepts regarding the disease's diagnosis and treatment. *Eur J Intern Med* 2023; 117: 21-27
2. Toussirot E: Advances in pharmacotherapies for axial spondyloarthritis. *Expert Opin Pharmacother* 2023; 24(13): 1439-48. <https://doi.org/10.1080/14656566.2023.2226328>
3. Curtis JR, Winthrop K, Bohn RL, et al. The annual diagnostic prevalence of ankylosing spondylitis and axial spondyloarthritis in the United States using Medicare and MarketScan databases. *ACR Open Rheumatol*. 2021;3(11):743-752. doi:10.1002/acr2.11316
4. Stolwijk C, van Tubergen A, Castillo-Ortiz JD, Boonen A. Prevalence of extra-articular manifestations in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(1):65-73. doi:10.1136/annrheumdis-2013-203582
5. Venerito V, DelVescovo S, Lopalco G, Proft F. Beyond the horizon: innovations and future directions in axial spondyloarthritis. *Arch Rheumatol*. 2023;38(4):491-511.
6. Danve ADM, Alexander S, Afinogenova Y, et al. Systematic literature review and meta-analysis informing the development of 2023 Spondyloarthritis Research and Treatment Network (SPARTAN) referral recommendations for axial spondyloarthritis. Abstract presented at: American College of Rheumatology Convergence 2023; November 14, 2023; San Diego, California.
7. Diekhoff T, Eshed I, Radny F, et al. Choose wisely: imaging for diagnosis of axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2022;81(2):237-242
8. Bittar M, Deodhar A. Axial Spondyloarthritis: A Review. *JAMA*. 2025 Feb 4;333(5):408-420. doi:10.1001/jama.2024.20917. PMID: 39630439.
9. Reyes-Cordero G, Enríquez-Sosa F, Gomez-Ruiz C, et al. Recommendations of the Mexican College of Rheumatology for the Management of Spondyloarthritis. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2021 Jan;17(1):37-45.
10. Ramiro S, Nikiphorou E, Sepriano A, et al. ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update. *Ann Rheum Dis*. 2023 Jan;82(1):19-34. doi: 10.1136/ard-2022-223296. Epub 2022 Oct 21. PMID: 36270658.
Zhao SS, Robertson S, Reich T, Harrison NL, Moots RJ, Goodson NJ. Prevalence and impact of comorbidities in axial spondyloarthritis: systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2020;59(suppl 4):iv47-iv57. doi:10.1093/rheumatology/keaa246
11. Morovatdar N, Watts GF, Bondarsahe-BI Yet al.: Ankylosing spondylitis and risk of cardiac arrhythmia and conduction disorders: a systematic review and meta-analysis. *Curr Cardiol Rev* 2021; 17(5): e150521193326. <https://doi.org/10.2174/1573403x17666210515164206aHardy>
12. Hardy R, Cooper MS. Bone loss in inflammatory disorders. *J Endocrinol*. 2009;201(3): 309-320. doi:10.1677/JOE-08-0568

LA IMPORTANCIA DE LAS MANOS EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA:

*Conmemorando el Día Mundial de
la Higiene de Manos
5 de mayo*

Dra. Brenda Paola Sáenz Dávila



El 5 de mayo se conmemora el Día Mundial de la Higiene de Manos, se celebra desde el año 2009, cuando fue establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la campaña "SALVA VIDAS: Límpiense las manos", una iniciativa destinada a concienciar sobre la relevancia del lavado de manos en la prevención de enfermedades (OMS, 2023).

El lavado de manos es una de las medidas fundamentales en la prevención de infecciones dentro del ámbito médico, iniciando en el siglo XIX, en 1822 con el farmacéutico francés Labarraque, quien demostró que las soluciones de cloro y sodio actuaban como desinfectantes eficaces y, en 1825, se propuso el lavado de manos como una estrategia para evitar enfermedades pestilenciales. Posteriormente, en 1843, Oliver Wendell Holmes sugirió que las manos podían ser un vector clave en la diseminación de la fiebre puerperal, apoyado por Ignaz Semmelweis en 1846, quien descubrió su impacto al observar una disminución en la mortalidad materna por fiebre puerperal; sentando las bases para el desarrollo de medidas de antisepsia y control de infecciones que hoy son fundamentales en la atención a la salud (Serjan & Saraceni, 2005).

En la década de 1860 a Joseph Lister se le reconoció el lavado de manos como una medida indispensable en la prevención de infecciones gracias a sus estudios sobre antisepsia quirúrgica y, posteriormente, respaldados con la teoría microbiana de Louis Pasteur de 1861 y su aplicación a la medicina y la cirugía (Lister, 1867; Pasteur et al., 1878). Hasta hoy en día la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han desarrollado guías específicas para el lavado de manos en entornos hospitalarios, destacando su papel en la reducción de infecciones asociadas a la atención médica (World Health Organization, 2009). Desde entonces, la higiene de manos ha evolucionado con la introducción de guías y protocolos internacionales que refuerzan su importancia. Siendo un factor fundamental, en la lucha contra enfermedades como COVID-19, haciendo que su rol siga siendo vital (OPS, 2021).



La importancia del lavado de manos radica en su eficacia para prevenir la transmisión de patógenos en hospitales y consultorios, disminuyendo las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), demostrando que la higiene de manos adecuada reduce significativamente la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo, neumonías y otras enfermedades nosocomiales (Pittet et al., 2000). A pesar de esto, la adherencia a esta práctica aún representa un desafío en muchas instituciones de salud, lo que resalta la necesidad de reforzar la educación y la supervisión en los profesionales sanitarios, por lo que la celebración anual de un día mundial dedicado a la concienciación sobre la importancia de mejorar la higiene de las manos en la atención sanitaria, ha logrado la elaboración de herramientas y material para la mejora de la higiene de las manos, ayudando a poner en práctica estrategias para la mejora y el mantenimiento de la higiene de las manos dentro de la atención de salud.

Debemos de tomar en cuenta que esta medida impacta directamente en las vidas de los pacientes que atendemos día a día, pero también sobre el gasto de recursos en materia de salud, tomando en cuenta que “mejorar la higiene de las manos en los entornos de la atención de la salud ahorra aproximadamente US\$ 16,5 en gastos de atención de salud por cada dólar (US\$) invertido” según lo refiere la OMS en 2023. Además, en México es el pilar fundamental de la lucha contra la transmisión de patógenos relacionada con la atención de la salud a través de las manos referida por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 2022).



Para esto es importante no solo enfocarnos en dar a conocer las técnicas de lavado e higiene de manos, si no también en fomentar el uso de mecanismos de medición y evaluación que nos permitan valorar el impacto en la prevención de las IAAS, los cuales toman en cuenta las facilidades de acceso a elementos que permitan la higiene de manos como gel desinfectante, lavabos, agua limpia, jabón, entre otros; así como la eficacia y tolerabilidad cutánea de los productos que se utilizan para estos medios. Por otro lado, la continua capacitación del personal hospitalario y la realización de inspecciones periódicas que permitan hacer una retroalimentación a los profesionales sanitarios que permitan tener a personas encargadas de la gestión del programa de higiene de las mano y modelos de comportamiento con respecto a la misma, recordando a los demás lo importante que es esta medida (OMS, 2021).

Por lo anterior en este Día Mundial de la Higiene de Manos es importante recordar que esta práctica esencial sigue siendo un pilar en la prevención de infecciones y la seguridad del paciente, lo largo de la historia, la higiene de manos ha evolucionado hasta consolidarse como una estrategia indispensable en la atención médica, sin embargo, su eficacia depende no solo de la disponibilidad de insumos adecuados, sino también del compromiso de los profesionales de la salud y de la implementación de estrategias educativas y de monitoreo continuo para no solo proteger vidas, sino también para optimizar los recursos sanitarios, reforzando la importancia de seguir fortaleciendo esta práctica en todos los niveles de atención.

Referencias

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). (2022). Conoce la importancia del lavado de manos en el personal de salud. Gobierno de México. Recuperado el 30 de marzo de 2025, de <https://www.gob.mx/issste/articulos/conoce-la-importancia-del-lavado-de-manos-en-el-personal-de-salud?idiom=es>

Lister, J. (1867). On the antiseptic principle in the practice of surgery. *The Lancet*, 90(2299), 353-356.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Marco de autoevaluación de la higiene de las manos 2021 .

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Día Mundial de la Higiene de las Manos 2023. <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-higiene-manos-2023>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021,). La higiene de manos salva vidas. <https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2021-higiene-manos-salva-vidas>

Pasteur, L., Chamberland, C., & Joubert, J. (1878). *Théorie des germes et ses applications à la médecine et à la chirurgie*.

Pittet, D., Mourouga, P., & Perneger, T. V. (2000). Compliance with handwashing in a teaching hospital. *Annals of Internal Medicine*, 130(2), 126-130.

Serjan, M. A., & Saraceni, L. (2005). Higiene en manos. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 24(4), 158-163.

World Health Organization. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva: WHO Press.

DÍA MUNDIAL DEL ASMA

6 DE MAYO



Dr. Eduardo Antonio Lara Pérez
Presidente y director general "Médicos Unidos por México"
Académico titular: Academia Mexicana de Pediatría

Para conmemorar el día del asma, me gustaría recordar algunos datos históricos sobresalientes: Hipócrates (460-320 AC) fue el primero en definirla como respiración entrecortada, aunque asma significa "Jadeo", Le siguió Galeno (129-216 DC) que describió al asma como una afectación bronquial e intentó clasificarla, posteriormente en la edad media Maimónides (1135-1204) escribió un tratado sobre el asma para el sultán de Egipto, recomendando cambios en la dieta y la influencia del entorno para aliviar los síntomas, igualmente, Paracelso (1493-1541) sugirió que el asma podía tener una relación con factores emocionales y psicológicos.

Durante el Siglo XVII y XVIII Bernardino Ramazzini (1633-1714) relacionó el asma con exposiciones ocupacionales, estableciendo así las bases del concepto de asma ocupacional, Sir John Floyer (1649-1734) fue el primero en describir el asma como una enfermedad recurrente y recomendó la medición del pulso y la temperatura como parte del diagnóstico, William Cullen (1710-1790) clasificó el asma como una enfermedad nerviosa lo que influyó en la creencia de que podía tener un origen emocional.



En los Siglos XIX y XX Henry Hyde Salter (1823-1871) escribió uno de los primeros tratados clínicos que describía el asma como una enfermedad inflamatoria de las vías respiratorias, para 1873 Jean-Martin Charcot relacionó el asma con la eosinofilia estableciendo así una conexión con la respuesta inmune. En el Siglo XX en la década de 1900 se introdujo la epinefrina como tratamiento broncodilatador y más tarde en los años 50 los corticoides revolucionaron el control del asma.

Desde 1993 aparece el GINA (Global Initiative for Asthma) que se establece como un consenso mundial sobre el diagnóstico y tratamiento del asma, promoviendo enfoques basados en evidencia.

Siglo XXI Cambio climático y asma, en la actualidad se ha identificado el impacto del cambio climático en la prevalencia y gravedad del asma con estudios sobre la contaminación y los alérgenos ambientales.

Con estos antecedentes ahora si hablemos del “Día Mundial del Asma” que se celebra cada primer martes de mayo, promovido por la Iniciativa Global para el Asma (GINA, por sus siglas en inglés) desde 1998; Su objetivo es concientizar sobre esta enfermedad crónica que afecta a más de 260 millones de personas en el mundo y es una de las principales causas de demanda de atención en los servicios de urgencias y por desgracia de hospitalización infantil.

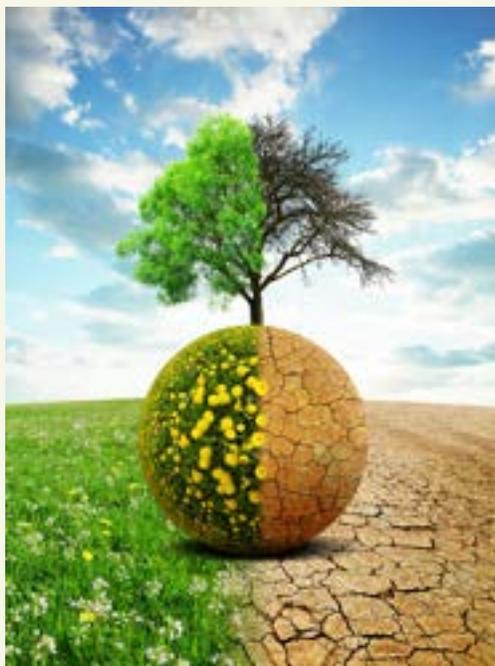
El asma en México según datos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), aproximadamente 8.5 millones de mexicanos viven con asma. Esta cifra representa entre el 5% y el 12% de la población, dependiendo de la región del país, pero habría que hacer un paréntesis porque por desgracia existen muchos casos de asma no diagnosticado o con diagnósticos erróneos,

El asma puede presentarse en cualquier etapa de la vida, pero es más común en la infancia, los síntomas incluyen ataques de tos, dificultad para respirar y silbilancias, aunque no es una enfermedad curable, con un diagnóstico y tratamiento adecuados es posible mantenerla bajo control y lograr una buena calidad de vida. Aún falta mucho por hacer y comprender de este padecimiento ajustando las metas y objetivos sin conformarse a que el paciente no presente cuadros agudos o crisis, sino a que lleve una vida normal en la que agregaría como meta la rehabilitación funcional pulmonar que garantizaría una vida plena, sin limitación y con mayor expectativa de vida.



Se ha mencionado mucho que para prevenir crisis asmáticas, las “Guías” recomiendan evitar factores desencadenantes como humo de tabaco, polvo, pólenes y contaminantes ambientales, además, seguir las indicaciones médicas y mantener un tratamiento adecuado son claves para el control efectivo del asma. Pero habría que agregar la situación que vivimos ya 9 mil millones de personas, situación que hemos provocado, esta sobrepoblación de la tierra y como resultado el incremento en la atmosfera dióxido de carbono por 2.4 billones de toneladas, hecho que ha provocado el “cambio climático” que nos afecta a todos los humanos pero en especial a los asmáticos, eso incluye: incendios forestales, erupciones volcánicas, humo de fabricas, autos o camiones de combustión y en fin prácticamente todo que deja una huella de carbono.

Tomando en cuenta estas observaciones tenemos que implementar una concientización en este día del asma, que para lograr el control de esta enfermedad no debemos aislarla y debemos promover una buena alimentación, ejercicio físico y rehabilitación respiratoria, podríamos agregar que todos no solo los asmáticos podríamos ayudar para detener el cambio climático con pequeñas acciones personales que marcarían una gran diferencia como son: no desperdiciar el agua, sobre todo la potable (tenemos menos del 1% del agua total del planeta), tener una cultura de lo natural, evitar alimentos procesados y bebidas endulzadas que solo traen consigo enfermedades crónicas y malgasto de nuestros recurso, Tan fácil seria esto, simplemente con una iniciativa que lance en la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana #YoSoloTomoAgua, el decir y hacer solo esto como compromiso personal ayudara a mantenernos sanos y contribuiremos al cambio climático, influyendo además con las siguientes generaciones...¿aceptas el reto?. Claro que pensarán ¿que tiene que ver con el asma y su control?, la respuesta es fácil... todo y en todo tiene que ver.



Así que es bueno tener guías del manejo del asma, aprovechar la utilización de herramientas para llevar el control médico (espirometría y registro subjetivo del control del asma), enseñar a nuestro pacientes a utilizar en su casa la flujometría para que en su autocontrol puedan identificar factores desencadenantes, y utilizar consciente y congruentemente el tratamiento que corresponda, sugerido por su médico.

El asma es un padecimiento respiratorio pero debe promoverse la salud física, mental y social para llevar el mejor control de esta enfermedad. Estoy seguro de que la ciencia y los científicos basados en la investigación nos ofrecerán cosas que ya están en fase de investigación como el uso de CRISPR (Repeticiones Palindrómicas Cortas Agrupadas y Regularmente Espaciadas) y la edición de genes que no dudaría puedan modificarse en el genoma del paciente asmático, mientras eso suceda debemos promover la alimentación sana en la embarazada, seno materno exclusivo al menos por 3 a 6 meses, promover la salud durante las etapas de la vida con alimentación natural y llena de verduras y frutas, hacer ejercicio físico, favorecer la buena dinámica familiar, escolar y social. por último llevar las indicaciones de su médico tratante en el manejo de su asma.



7 DE MAYO

DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MATERNA

Dra. Roció Crespo Alvarado



10 pilares esenciales para una maternidad saludable y plena

Querida amiga, querido amigo, hoy quiero hablarte desde el corazón. Como ginecóloga con una década de experiencia, he acompañado a muchas mujeres en su camino hacia la maternidad. Cada historia es única, pero todas comparten algo en común: el deseo profundo de bienestar, tanto para la madre como para el bebé. El 7 de mayo celebramos el **Día Mundial de la Salud Materna**, un recordatorio de que cuidar de una madre es cuidar de la humanidad misma, la maternidad es un viaje hermoso, pero también desafiante.

Por eso, quiero compartir contigo los **10 pilares esenciales para una maternidad saludable y plena**.

1. Salud emocional: El pilar invisible pero fundamental

El embarazo no solo transforma el cuerpo, también el alma. Es normal sentir miedo, ansiedad o dudas. Hablarlo, pedir apoyo y conectar con nuestra intuición nos ayuda a vivir la maternidad con más paz. Una madre emocionalmente sana transmite seguridad y amor a su bebé.

2. Controles prenatales: El mejor regalo para ti y tu bebé

Cada consulta médica es una oportunidad de asegurarnos de que todo va bien. A través de ultrasonidos, análisis y chequeos, podemos detectar cualquier señal de alerta a tiempo. La prevención es clave para una gestación segura.

3. Alimentación consciente: Nutriendo dos vidas

Lo que comes no solo te alimenta a ti, sino también a tu bebé. Una dieta rica en proteínas, vitaminas y minerales es esencial. El ácido fólico, el hierro y el calcio son indispensables para el desarrollo del pequeño ser que crece en tu interior.

4. Movimiento y ejercicio: El cuerpo en armonía

Caminar, hacer yoga prenatal o nadar son actividades que fortalecen el cuerpo, mejoran la circulación y ayudan a aliviar molestias como el dolor de espalda. El movimiento es vida y el cuerpo agradece cada paso que das.



5. Sueño reparador: Descansar es un acto de amor propio

Dormir bien durante el embarazo puede ser un reto, pero es fundamental. Un sueño de calidad reduce el estrés, equilibra las hormonas y favorece un parto más tranquilo. Un pequeño ritual antes de dormir, como una infusión o una meditación, puede marcar la diferencia.

6. Conexión con el bebé: Amor desde el vientre

El vínculo con tu bebé comienza mucho antes del nacimiento. Háblale, cántale, ponle música, acaricia tu vientre. Tu voz y tu energía son la primera caricia del mundo para él. La conexión madre-bebé es un lazo sagrado.

7. Salud mental: No estás sola

Después del parto, muchas mujeres experimentan tristeza, cambios de humor o incluso depresión posparto. Hablarlo, pedir ayuda y rodearte de una red de apoyo es vital. Ser madre no significa ser perfecta, sino aprender a cuidarte para poder cuidar.

8. Preparación para el parto: Conocimiento que empodera

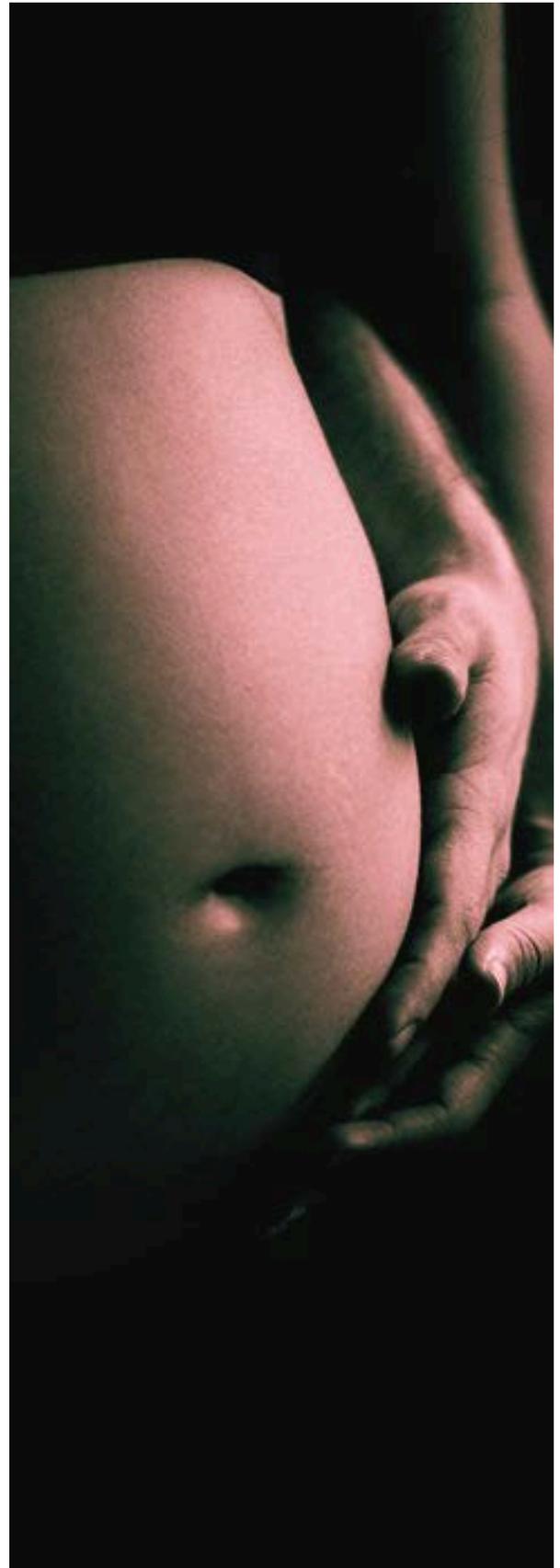
Informarse sobre el parto ayuda a perder el miedo. Entender cómo funciona tu cuerpo, conocer las opciones disponibles (parto natural, cesárea, analgesia) y planificar el nacimiento con respeto y amor hace toda la diferencia.

9. Lactancia materna: Un regalo de vida

Amamantar es una experiencia única, pero no siempre fácil. Informarte, rodearte de apoyo y, sobre todo, no juzgarte si el proceso es difícil, es clave. Recuerda que lo más importante es que tanto tú como tu bebé estén bien.

10. Espiritualidad y plenitud: Maternar con el alma

Ser madre es un acto de creación divina. Es un portal entre el cielo y la tierra. Más allá de los cuidados físicos, la maternidad es una oportunidad de crecimiento espiritual, de entrega y de amor incondicional. La salud materna no solo se trata del cuerpo, sino también del espíritu.



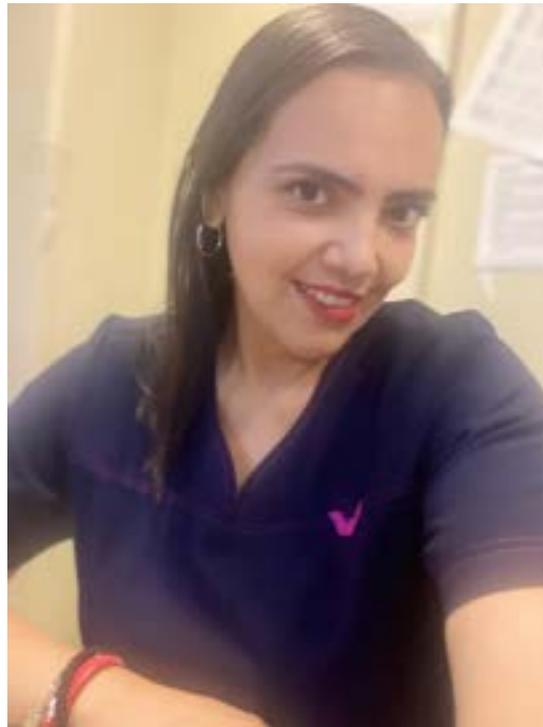
Querida mujer, la maternidad es un sendero lleno de luces y sombras, de dudas y certezas, de risas y lágrimas. Pero al final, cada experiencia nos transforma y nos hace más fuertes.

Cuidarnos como madres es un acto de amor propio y un legado para las generaciones futuras. No estamos solas en este camino, somos parte de una red de mujeres, de madres, de almas que se acompañan mutuamente.

Hoy, en el Día Mundial de la Salud Materna, recordemos que la mejor madre no es la perfecta, sino la que ama, la que se cuida y la que, con cada latido, elige vivir en plenitud.

Con todo mi cariño, tu amiga

Dra. Chio Crespo



Juan Enriquez 970 entre 20 de Noviembre y Carmen Serdan Col. Zaragoza
Veracruz, Ver
Teléfono citas 229 172 4253
Teléfono urgencias 2291360734



EN FINCA MONARCA, CADA TAZA CUENTA UNA HISTORIA.

NUESTRA PASIÓN POR EL CAFÉ COMIENZA EN EL ORIGEN: SELECCIONAMOS LOS MEJORES GRANOS DE TODO EL MUNDO, CULTIVADOS CON ESMERO Y RESPETO POR LA TIERRA.

QUEREMOS OFRECERTE UNA EXPERIENCIA ÚNICA EN CADA SORBO.

Contamos con envíos locales y nacionales.

¡Haz tu pedido hoy!

Más información: 2299037869

Punto de venta:

Casa del Artesano:

-Canal #624 entre Independencia y Zaragoza, Col.Centro, Veracruz,Ver

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

Contacto:

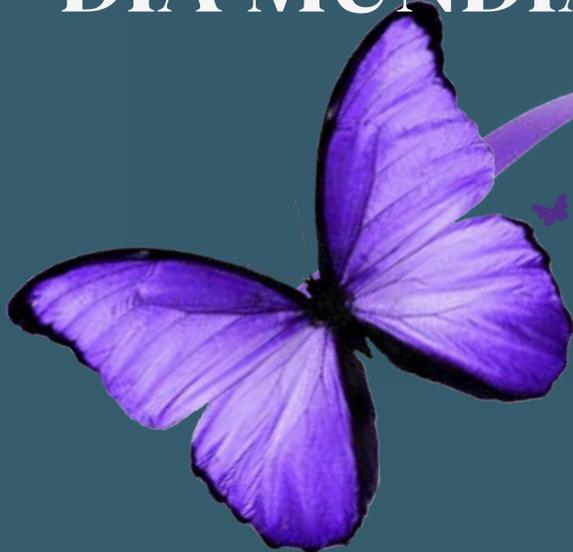
mail: fincamonarcacafe@gmail.com

Facebook: Finca Monarca

Instagram: [finca.monarca](https://www.instagram.com/finca.monarca)

10 DEMAYO

DÍA MUNDIAL DEL LUPUS



Dra. Mónica Macias Palacios
Reumatología

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

DEFINICIÓN Y PREVALENCIA

El lupus eritematoso sistémico (LES), es una enfermedad autoinmunitaria que puede afectar órganos, tejidos y células por adherencia de diferentes autoanticuerpos y complejos inmunes.

Al parecer la primera definición de la enfermedad la hizo Hipócrates (460 a 375 A.C), llamándola Herpes esthiomenos o dermatosis persistente. Hebermus de Tours aplicó el termino de Lupus a una enfermedad de la piel en 916 a.C. y en 1872 Kaposi subdividió el Lupus en discoide y Sistémico, introduciendo el concepto de enfermedad sistémica con desenlace potencialmente fatal.

El 90% de los casos corresponde a mujeres en edad reproductiva (20 a 40 años), pero existe predisposición en ambos sexos, en todas a las edades y en todos los grupos étnicos. El genero masculino se asocia a enfermedad más agresiva a mayor incidencia de daño renal. El inicio después de los 50 años suele tener un curso más benigno y menos incidencia de afección renal.

La prevalencia en Estados Unidos es de 15 a 50 por 100,000; más de 250,000 personas, en México se ha reportado una prevalencia de 0.06, existen diferencias sustanciales de la carga de la enfermedad en diferentes poblaciones y diferentes países, por ejemplo, es mayor en personas de ascendencia afroamericana con una incidencia y prevalencia de más de 2 veces a diferencia de la población caucásica. Aun entre poblaciones «hispanicas», que es como suele agruparse a los latinoamericanos en los estudios clínicos, existen importantes diferencias en la presentación de la enfermedad.

La enfermedad tiene características propias en los distintos grupos étnicos, tal como se ha informado en cohortes como LUMINA (estudio longitudinal de seguimiento y desenlace en Lupus) y GLADEL (Grupo Latino Americano de Lupus) . Los mestizos tienen formas graves, con mayor frecuencia de glomerulonefritis, mayor mortalidad y mayor daño acumulado. Asimismo, algunas manifestaciones, tales como las neuropatías desmielinizantes y la mielitis transversa, son más frecuentes en poblaciones latinoamericanas, pero suelen responder mejor al tratamiento que las poblaciones caucásicas.

La supervivencia a 4 años en 1950 era del 50%, actualmente alcanza un 80% a los 15 años.

FACTORES GENETICOS Y EPIDEMIOLOGICOS:

-Como el 90% son mujeres, se intentó atribuir a las hormonas femeninas un papel importante en el desarrollo de la enfermedad, por el contrario, las hormonas masculinas y el cromosoma Y proveen un efecto protector. Incluso se han realizado estudios en mujeres postmenopáusicas que reciben terapia de sustitución con estrógenos conjugados y progesterona, reportando un aumento en el riesgo de padecer la enfermedad en ellas en comparación con las que no recibieron hormonas. Se ha demostrado que los estrógenos pueden modular la activación de los linfocitos.

-Por otra parte, se sabe que numerosos fármacos son capaces de inducir una variante del lupus llamado Lupus farmacológico (Lupus like), principalmente quinidina, procainamida e hidralazina por mencionar algunos. En esta forma de lupus, las manifestaciones dermatológicas y articulares son frecuentes y las manifestaciones renales y neurológicas son raras.

-Usualmente se relaciona el antecedente de enfermedades virales con síntomas similares en un periodo previo a la aparición del Lupus, por lo que se ha convertido en un reto el identificar el agente causal en particular, hasta la fecha se ha podido asociar a Epstein-Barr con una asociación temporal entre esta infección y la aparición de las manifestaciones lúpicas.

-La radiación ultravioleta es el factor ambiental más ligado a lupus y provoca exacerbación en el 70% de los pacientes al incrementar la apoptosis de los queratinocitos y otras células o al alterar el DNA y las proteínas intracelulares de manera que se tomen antigénicas. La fotosensibilidad es un criterio del Colegio Americano de Reumatología para la clasificación de la enfermedad, demostrando con esto la importancia de este factor ambiental.

-El factor genético es importante pero no suficiente para causar la enfermedad, la tasa de coincidencia en gemelos monocigotos es de 25% aproximadamente y 2% en gemelos dicigotos. Se ha determinado que padecer Lupus es más frecuente (hasta 10 veces) en los familiares de los pacientes con LES que en la población general. Se ha demostrado asociación de LES con antígenos de Histocompatibilidad clase 2 (HLA-DR2 y DR3) tanto en raza blanca como en raza negra; así como con enfermedades hereditarias por deficiencia de complemento: C1, C4, C2, C5 y C8. También se han ligado a genes del complejo mayor de histocompatibilidad tipo 1 (HLA A1 y HLA B8), estos genes se asocian con un mayor riesgo para desencadenar una respuesta inmune contra antígenos propios y padecer esta enfermedad.

DIAGNÓSTICO:

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune compleja con características clínicas variables. Las manifestaciones del LES están asociadas a múltiples autoanticuerpos, con la consiguiente formación y deposición de inmunocomplejos y otros procesos inmunes. Esta compleja presentación clínica y patogenia hacen que sea una enfermedad difícil de comprender y definir. Los criterios de clasificación son esenciales para la identificación de grupos relativamente homogéneos de pacientes para su inclusión en estudios de investigación y ensayos. Los criterios de clasificación del LES publicados en 1982 por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y su revisión de 1997 se han utilizado en todo el mundo.

Desde entonces, nuestra comprensión de la enfermedad ha avanzado. Se describieron otras manifestaciones cutáneas específicas, se comprendieron mejor algunos síntomas clínicos y las pruebas inmunológicas, como la disminución de los niveles de componentes séricos del complemento C3 y C4 y las pruebas de anticuerpos anti- β 2-glicoproteína I, entraron en la práctica clínica habitual. Una mejor comprensión de la afectación del sistema de órganos, como las anomalías mucocutáneas. Los criterios de clasificación de la Colaboración Clínica Internacional del Lupus Sistémico (SLICC) de 2012 añadieron manifestaciones mucocutáneas y neuropsiquiátricas, hipocomplementemia y nuevas pruebas de anticuerpos antifosfolípidos; y se refinaron las definiciones de criterios. Los criterios del SLICC enfatizaron que el LES es principalmente una enfermedad de autoanticuerpos, que requiere la presencia de al menos un criterio inmunológico.

Se caracterizo a la nefritis lúpica corroborada por biopsia, con anticuerpos antinucleares (ANA) o anticuerpos contra el ADN bicatenario (dsDNA) como suficiente para poder clasificarla como LES. A pesar de lograr su objetivo de aumentar la sensibilidad, los criterios SLICC tienen menor especificidad que los criterios ACR de 1997.

Se considero que los criterios que existían para la clasificación de LES funcionan mejor en los pacientes con enfermedad de larga duración que en los de nueva aparición por lo que en 2019 se publicaron los nuevos criterios de clasificación por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) para el LES, incluyen ANA positivos al menos una determinación como criterio de entrada obligatorio; seguido de criterios ponderados aditivos agrupados en 7 dominios clínicos (constitucional, hematológico, neuropsiquiátrico, mucocutáneo, serosas, musculoesquelético, renal) y 3 inmunológicos (anticuerpos antifosfolípidos, proteínas del complemento, anticuerpos específicos del LES), y ponderados del 2 al 10. De cada dominio se otorgan los puntos del ítem más alto (en caso de tener dos ítems).

Se considera que los pacientes cumplen criterios de clasificación si acumulan ≥ 10 puntos. Estos criterios tienen una sensibilidad del 96,1% y una especificidad del 93,4%.

Criterio de Entrada: ANA's $\geq 1:80$ ó una prueba equivalente positiva en células epiteliales humanas tipo 2 (Hep-2)					
Manifestaciones Clínicas	Puntos	Hematológicos			
Constitucionales ▶ Fiebre	2	▶ Leucopenia	3		
		▶ Trombocitopenia	4		
Artritis ▶ Sinovitis caracterizada por inflamación ó derrame en ≥ 2 articulaciones ó sensibilidad en ≥ 2 articulaciones + rigidez matutina ≥ 30 min	6	▶ Hemolisis autoinmune	4		
		Renales ▶ Proteinuria > 0.5 g/24 hrs	4		
		▶ Biopsia renal clase II ó V para nefritis lúpica	8		
Cutáneos ▶ Alopecia no cicatrizante ▶ Úlceras orales ▶ Lupus cutáneo subagudo ó lupus discoide ▶ Lupus cutáneo agudo	2 2 4 6	▶ Biopsia renal clase III ó IV para nefritis lúpica	10		
		Parámetros Inmunológicos	Puntos		
		Complemento ▶ C3 bajo ó C4 bajo	3		
		▶ C3 bajo y C4 bajo	4		
Neurológicos ▶ Delirium ▶ Psicosis ▶ Convulsiones	2 3 5	Anticuerpos antifosfolípidos ▶ Anticuerpos anti-cardiolipina ó anti- $\beta 2$ GP1 ó anticoagulante lúpico	2		
		Serositis ▶ Derrame pleural ó pericárdico ▶ Pericarditis aguda	5 6	Anticuerpos de alta especificidad ▶ Anti-dsDNA	6
				▶ Anti-Smith	6

Los pacientes deben tener ≥ 10 puntos para ser clasificados como LES, si se cumple el criterio de entrada

Se caracterizo a la nefritis lúpica corroborada por biopsia, con anticuerpos antinucleares (ANA) o anticuerpos contra el ADN bicatenario (dsDNA) como suficiente para poder clasificarla como LES. A pesar de lograr su objetivo de aumentar la sensibilidad, los criterios SLICC tienen menor especificidad que los criterios ACR de 1997.

Se considero que los criterios que existían para la clasificación de LES funcionan mejor en los pacientes con enfermedad de larga duración que en los de nueva aparición por lo que en 2019 se publicaron los nuevos criterios de clasificación por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) para el LES, incluyen ANA positivos al menos una determinación como criterio de entrada obligatorio; seguido de criterios ponderados aditivos agrupados en 7 dominios clínicos (constitucional, hematológico, neuropsiquiátrico, mucocutáneo, serosas, musculoesquelético, renal) y 3 inmunológicos (anticuerpos antifosfolípidos, proteínas del complemento, anticuerpos específicos del LES), y ponderados del 2 al 10. De cada dominio se otorgan los puntos del ítem más alto (en caso de tener dos ítems).

Se considera que los pacientes cumplen criterios de clasificación si acumulan ≥ 10 puntos. Estos criterios tienen una sensibilidad del 96,1% y una especificidad del 93,4%.

TRATAMIENTO

No hay un tratamiento general para el LES debido a lo heterogéneo de su comportamiento y el manejo debe individualizarse con base en las características del paciente y la actividad de la enfermedad e incluso con la posibilidad de acceso a algunos fármacos como las terapias biológicas (Rituximab, Belimumab y anifrolumab). El tratamiento se basa en el uso de glucocorticoides (GC), antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antimaláricos y diversos inmunosupresores-inmunomoduladores (metotrexato, leflunomida, azatioprina, micofenolato de mofetilo, ciclosporina, ciclofosfamida). Con estos tratamientos se ha mejorado notablemente el pronóstico de los pacientes, aunque pueden ser frecuentes las recaídas, así como, en algunos casos, la falla terapéutica. Es necesario vigilar la toxicidad de dichos fármacos. El objetivo del tratamiento es alcanzar la remisión (ausencia de actividad clínica percibida) o, por lo menos, llevar al paciente a la actividad mínima posible que permita suspender los inmunosupresores y los GC o, por lo menos, mantenerlos en las dosis más bajas posibles para así evitar los efectos adversos asociados a ellos-

BIBLIOGRAFIA

Barile-Fabris L, Carrillo-Vázquez S. Epidemiología y patogenia de Lupus Eritematoso sistémico. En Abud-Mendoza C, Burgos-Vargas R. Temas selectos en Reumatología. (1 edición, 2023. pp. 179-182). Intersistemas, S.A. de C.V.

Enríquez-Meja M.G. fisiopatología del lupus eritematosos sistémico. Revista de Medicina e Investigación 2013;1(1):8-16.

Aringer M, Costenbader K, Daikh D, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. Arthritis & Rheumatology.2019;71(9):1400-1412.

D. Xibillé-Friedmann et al. Guía de práctica clínica para el manejo del lupus eritematoso sistémico propuesta por el Colegio Mexicano de Reumatología. Reumatol Clin. 2019;15(1):3-20.



Consultas: 229 688 5183
WhatsApp: 229 107 2232

Día Internacional de la Enfermería

12 de mayo



Cada 12 de mayo conmemoramos el Día Internacional de la Enfermería, una fecha que celebra la labor incansable, humana y esencial de los profesionales de enfermería, cuyo compromiso constituye uno de los pilares fundamentales del sistema de salud.

La enfermería no solo representa técnica y conocimiento, sino también empatía, cuidado y acompañamiento en los momentos más vulnerables del ser humano. Son quienes están presentes desde el nacimiento hasta el final de la vida, brindando atención con profesionalismo, sensibilidad y dignidad.

En un contexto de desafíos sanitarios constantes, reconocer el valor de la enfermería es también una invitación a fortalecer su formación, garantizar condiciones laborales dignas y fomentar su participación activa en la toma de decisiones clínicas y administrativas.

Desde la Gaceta del Colegio de Médicos del Estado de Veracruz, rendimos homenaje a cada enfermera y enfermero que, con entrega y vocación, transforma cada día la atención en salud.

Reconociendo la vocación, el compromiso y el corazón de la enfermería



MEDICAL LEGAL CENTER[®]
SALOMON & WARNER

**Protegemos tu
tranquilidad**



[medicallegalcenter.oficial](https://www.facebook.com/medicallegalcenter.oficial)



[medicallegalcentermx](https://www.instagram.com/medicallegalcentermx)



[Medical Legal Center](https://www.youtube.com/MedicalLegalCenter)



En Sala de Espera
por Medical Legal Center

www.medicallegalcenter.com

12 DE MAYO

DÍA MUNDIAL DE LA FIBROMIALGIA

Dra. Rosa Rebeca Vargas Ramón
Reumatóloga.



Fibromialgia: Enfoque Clínico para Profesionales de la Salud

La fibromialgia es un trastorno del procesamiento de la vía del dolor, caracterizado por dolor musculoesquelético crónico y generalizado, acompañado de fatiga, trastornos del sueño, disfunción cognitiva, alteraciones gastrointestinales y síntomas afectivos entre otros.

Su etiología es multifactorial y su diagnóstico es clínico, lo que representa un reto frecuente en la práctica médica. Esta condición, aunque no genera daño estructural en los tejidos, impacta de manera significativa en la calidad de vida del paciente.

Epidemiología

- Prevalencia estimada: entre el 2% y el 4% de la población mundial. Se considera que esta subestimada, en registros mexicanos la prevalencia ronda del 8 al 12%.
-
- Predominio en mujeres (relación 8:1 frente a los hombres).
-
- Incidencia máxima entre los 30 y 50 años, pero se puede presentar desde la infancia.
-
- Alta asociación con otras comorbilidades: trastornos afectivos, ansiedad, síndrome de fatiga crónica, síndrome del intestino irritable, entre otros.

Fisiopatología:

La fibromialgia se considera una disfunción del procesamiento central del dolor:

- Sensibilización central : aumento de la respuesta a estímulos nociceptivos (hiperalgesia) y no nociceptivos (alodinia).
- Alteración en neurotransmisores : disminución de serotonina y dopamina; aumento de sustancia P y glutamato.
- Disfunción autonómica y eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA).
- Factores genéticos y epigenéticos .

Criterios de diagnóstico:

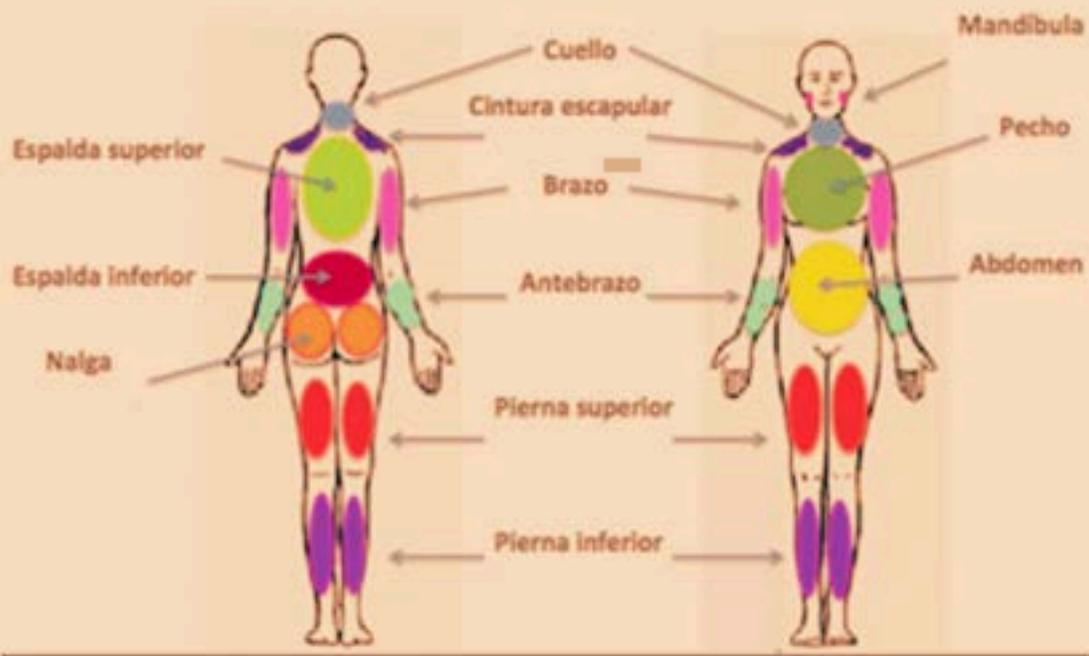
El diagnóstico es clínico y se realiza por exclusión al no evidenciarse alteraciones estructurales que justifiquen los signos y síntomas. Estos son los criterios diagnósticos mas reciente: Colegio Americano de Reumatología (ACR) 2016.

- Dolor generalizado que se estima con una puntuación del índice de dolor generalizado WPI por sus siglas en ingles (Widespread pain index) y escala de severidad del síntoma SS también por sus siglas en ingles (symptom severity scale). Clasifica si tiene $WPI \geq 7$ y $SS \geq 5$, o $WPI 4-6$ y $SS \geq 9$.
- Duración de los síntomas ≥ 3 meses.
- Ausencia de otro trastorno que expresa el dolor.



WPI (Índice de dolor generalizado) : número de áreas dolorosas (de 0 a 19).

**Índice de Dolor Generalizado, IDG/Widespread Pain Index , WPI
IDG = 0-19**



Señale el número de áreas en las que ha tenido dolor en la última semana.

Cintura escapular izda	Nalga dcha	Pecho (tórax)
Cintura escapular dcha	Pierna superior izda	Abdomen
Brazo superior izdo	Pierna superior dcha	Cuello
Brazo superior dcho	Pierna inferior izda	Espalda superior
Brazo inferior izdo	Pierna inferior dcha	Espalda inferior
Brazo inferior dcho	Mandíbula izda	
Nalga izda	Mandíbula dcha	

SS (Symptom Severity Scale) : intensidad de fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos (de 0 a 12).

Índice Severidad de Síntomas /Symptom Severity Score

SS-1= 0-9

Indique el nivel de severidad de los siguientes síntomas durante la última semana.

0	Ningún problema
1	De leve a moderado, generalmente intermitente
2	De moderado a considerable, frecuente y de intensidad moderada
3	Severo, persistente, generalizado, con interferencia en las actividades diarias

Fatiga	0	1	2	3
Sueño no reparador	0	1	2	3
Trastornos cognitivos	0	1	2	3

Índice Severidad de Síntomas /Symptom Severity Score

SS-2 = 0-3

Señale cuáles de los siguientes síntomas **padece habitualmente**:

Sin síntomas = 0; Entre 1 y 10 síntomas, puntúa 1; De 11 a 24 síntomas, puntúa 2; 25 o más, puntúa 3

Dolor muscular	Dolor en la parte alta del abdomen	Convulsiones
Picores	Fatiga/cansancio extremo	Ojo seco
Visión borrosa	S. Intestino irritable	Sequedad bucal
Urticaria	Problemas para pensar o de memoria	Pérdida de apetito
Vómitos	Dolor/ calambres en el abdomen	Erupciones, sarpullido
Dolor de cabeza	Respiración entrecortada	Sensibilidad al sol
Dolor torácico	Pitidos al respirar, sibilancias	Trastornos auditivos
Ansiedad	Fenómeno de Raynaud	Entumecimiento, hormigueo
Mareos	Debilidad muscular	Caída de cabello
Insomnio	Zumbidos en los oídos	Micción frecuente
Depresión	Moratonos frecuentes (hematomas)	Micción dolorosa
Estreñimiento	Acidez de estómago	Espasmos vesicales
Diarrea	Aftas orales (úlceras)	Fiebre
Náuseas	Pérdida o cambios en el gusto	

Manifestaciones clínicas:

- Dolor musculoesquelético generalizado (migrante, persistente y bilateral).
- Fatiga intensa.
- Trastornos del sueño: insomnio, sueño no reparador.
- Disfunción cognitiva ("fibroniebla"): dificultad para concentrarse, lentitud mental.
- Síntomas psiquiátricos : depresión, ansiedad, trastornos adaptativos.
- Otros síntomas : parestesias, cefalea tensional, colon irritable, dismenorrea.

Diagnóstico diferencial:

Es fundamental descartar patologías con sintomatología similares:

- Hipotiroidismo
- Lupus eritematoso sistémico
- Artritis reumatoide
- Espondiloartritis
- Polimialgia reumática
- Miopatías
- Trastornos del sueño (apnea del sueño, insomnio primario)
- Trastornos depresivos o somatomorfos

Manejo terapéutico:

El tratamiento debe ser multimodal e individualizado, combinando estrategias farmacológicas y no farmacológicas:

1. Terapias no farmacológicas (de primera línea):

- Ejercicio aeróbico y de resistencia. (base del tratamiento), se recomienda 150 minutos a la semana, cardiovascular de moderada intensidad (zona cardiaca 2) y de bajo impacto articular.
 - Educación del paciente y terapia cognitivo-conductual (TCC).
 - Técnicas de relajación, yoga, mindfulness, fisioterapia.
-

2. Tratamiento farmacológico: Se recomienda iniciar a dosis bajas e ir incrementando cada 4 semanas según tolerancia de los neuromoduladores.

- Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina.
- Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN): duloxetina, milnaciprán.
- Neuromoduladores periféricos: pregabalina, gabapentina.
- Manejo del dolor en agudo: muchas veces el paciente requiere manejo del dolor IV o IM, depende de las manifestaciones que tenga se pueden combinar relajantes musculares, analgésicos, antiinflamatorios. Es prioritario que paciente regularice el sueño.

Seguimiento y pronóstico:

- Los pronósticos varían según el grado de afectación funcional y el abordaje multidisciplinario.
- El objetivo no es la curación, sino el control de los síntomas y la mejora de la funcionalidad.
- La educación continua, el empoderamiento del paciente y el apoyo psicosocial son claves para el éxito terapéutico.

Conclusiones para el profesional de salud:

- La fibromialgia es una entidad clínica válida, con bases neurológicas reconocidas y estudiadas
 - Su diagnóstico temprano y el manejo centrado en el paciente mejoran los desenlaces funcionales.
 - La empatía, la validación del dolor y la comunicación efectiva son elementos esenciales en la relación médico-paciente.
-

Referencias.

- McBeth, J. y Jones, K. (2007). Epidemiología del dolor musculoesquelético crónico. *Mejores Prácticas e Investigación en Reumatología Clínica* , 21(3), 403-425. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2007.03.003>
 - Clauw, DJ (2015). Fibromialgia: Una revisión clínica. *JAMA* , 314(15), 1559-1567. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.11598>
 - Wolfe, F., Clauw, DJ, Fitzcharles, MA, Goldenberg, DL, Häuser, W., Katz, RS, ... y Walitt, B. (2016). Revisión de 2016 de los criterios diagnósticos de fibromialgia 2010/2011. *Seminarios sobre Artritis y Reumatismo* , 46(3), 319-329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>
 - Luedtke, K., Finckh, A. y Dübbers, A. (2017). Intervenciones no farmacológicas para la fibromialgia: Una revisión sistemática. *The Clinical Journal of Pain* , 33(5), 399-407. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000407>
 - Geraedts, M., y Arends, S. (2013). Tratamiento farmacológico de la fibromialgia: Una revisión crítica. *Revista de Reumatología Clínica* .<https://doi.org/10.1097/RHU.0b013e31828f61b5>
 - Wolfe, F. y Pincus, T. (2013). El curso longitudinal de la fibromialgia: Una revisión sistemática. *Dolor y...*, 17(4), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11916-013-0363->
 - Edwards, RR y Cahalan, C. (2011). El papel de la relación médico-paciente en el manejo de la fibromialgia. *The Journal of Pain* , 12(10), 978-983. <https://doi.org/10.1016/j.jpain>
-

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 traquea, 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
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				



Día del maestro



EL DÍA DEL MAESTRO: CELEBRAR A QUIENES TRANSFORMAN VIDAS CON
VOCACIÓN Y ENTREGA

Cada 15 de mayo, México se detiene un momento para rendir homenaje a quienes tienen en sus manos una de las tareas más nobles y trascendentes de la sociedad: educar. Celebrar el Día del Maestro no es solo una tradición, es una necesidad para reconocer el impacto profundo que hombres y mujeres docentes dejan en la vida de cada estudiante que pasa por sus aulas.

Desde el primer día de clases, un maestro se convierte en guía, modelo, consejero y, muchas veces, en un faro de esperanza. Más allá de enseñar fórmulas o fechas históricas, enseñan a pensar, a soñar, a descubrir el mundo y a construirlo desde el conocimiento y los valores. Un buen maestro no solo transmite saberes, sino que inspira vocaciones, despierta talentos y deja huellas imborrables.

Ser maestro es mucho más que dar clases. Es planear, preparar, corregir, acompañar. Es levantarse cada día con el compromiso de formar personas, muchas veces en contextos difíciles, con pocos recursos y muchas exigencias. Es estar presentes en la vida de niñas, niños y jóvenes, aún cuando la sociedad no siempre lo reconoce como merece.

Cada historia de superación, cada estudiante que logra romper un ciclo de pobreza, cada joven que encuentra su vocación, casi siempre tiene detrás a una maestra o un maestro que creyó en él o en ella cuando nadie más lo hizo



MAESTROS DE BATA BLANCA

Los médicos que también enseñan.

En hospitales y clínicas, también habitan maestros. Son los doctores que, más allá de curar, enseñan. Día a día, en los pasillos, quirófanos y consultorios, comparten su conocimiento con becarios, internos, residentes y estudiantes de medicina. Forman no solo con libros, sino con experiencia, con ética, con paciencia. Con cada caso clínico, cada guardia, cada procedimiento, siembran saberes que salvan vidas.

Estos médicos-maestros entregan su vocación dos veces: una para sanar, y otra para guiar. Son quienes enseñan a ver al paciente como ser humano, a tomar decisiones con responsabilidad, y a nunca dejar de aprender. Gracias a ellos, se forman generaciones de profesionales de la salud más preparados y humanos

Conmemorar este día debe ser también una invitación a valorar su labor todos los días del año: defender sus derechos, ofrecerles condiciones dignas, formación continua, espacios seguros y el reconocimiento social que merecen. No hay futuro sin educación, y no hay educación sin maestros comprometidos.

Gracias por enseñar con el corazón, por sembrar esperanza, por resistir en contextos difíciles, por adaptarse, por nunca dejar de creer en el poder transformador de la educación. Ustedes no solo forman estudiantes, forman ciudadanos, comunidades, generaciones enteras.

Y a ustedes, maestros con estetoscopio, gracias por transformar hospitales en aulas de aprendizaje y ciencia viva. Celebrarlos es honrar a quienes hacen del conocimiento un acto de amor.

17 DE MAYO

DÍA MUNDIAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

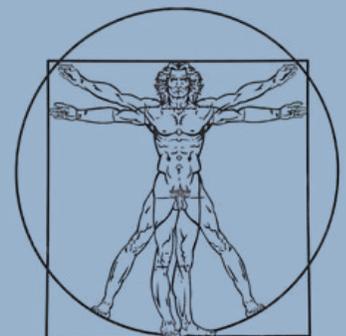


1. ¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

La hipertensión arterial se define, como una condición médica caracterizada por un incremento permanente de los valores de presión arterial: sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg. La hipertensión es el principal factor de riesgo para sufrir una enfermedad cardiovascular, cada año ocurren **1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas**, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. **La hipertensión afecta entre el 20% y 40% de la población adulta de la región** y significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta.

En México, 29.9% de las personas adultas viven con hipertensión arterial, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut).

**DR. ÓSCAR
FAIBRE ÁLVAREZ**
MÉDICO INTERNISTA



2.¿CÓMO SE DIAGNÓSTICA O CUANDO CONSIDERAMOS HIPERTENSO A UN PACIENTE?

El diagnóstico de presión arterial elevada, se basa en el promedio de dos o más lecturas de la presión arterial. Las mediciones deben tomarse en diferentes ocasiones de la misma manera, la primera vez que te controles la presión arterial, debes hacerlo en ambos brazos para determinar si hay alguna diferencia, después de ello, se debe usar el brazo que arrojó la lectura más alta.

Se puede hacer una prueba de control de la presión arterial más prolongada para medir la presión arterial en horarios regulares durante seis o 24 horas. Esto se denomina control ambulatorio de la presión arterial (MAPE), sin embargo, los dispositivos que se utilizan para la prueba no están disponibles en todos los centros médicos.

3. .COMO SE CLASIFICA:

Existen diversas clasificaciones, establecidas por diferentes grupos médicos a nivel mundial, cada quien opta por la que se aplique más a su contexto de atención médica. La clasificación que más utilizamos en nuestro país, es la siguiente:

American Heart Association	Presión Sistólica		Presión Diastólica
Normal	<120	y	<80
Elevada	120-129	y	<80
Estadio 1	130-139	o	80-89
Estadio 2	>140	o	>90
Crisis Hipertensiva	>180	y/o	>120

4.¿CUALES SON LOS SIGNOS Y SINTOMAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR CON LA HIPERTENSIÓN?

La mayoría de las personas que padecen de hipertensión arterial no lo saben, porque no tienen ningún síntoma, pero hay quien puede presentar:

- Dolor de cabeza intenso.
- Mareo.
- Zumbido de oídos.
- Sensación de ver lucecitas.
- Visión borrosa.
- Dolor en el pecho y/o lumbar.
- Tobillos hinchados.

5.¿QUÉ CONSECUENCIAS HAY SI NO SE CONTROLA CORRECTAMENTE LA PRESIÓN?

La hipertensión arterial, o presión arterial alta, puede causar muchas afecciones médicas si no se trata. Entre sus consecuencias se encuentran:

- Enfermedades del corazón, como ataques cardíacos, insuficiencia cardíaca, y enfermedades coronarias
- Accidente cerebrovascular (ACV)
- Aneurismas
- Insuficiencia renal
- Problemas oculares, como retinopatía
- Problemas sexuales, como disfunción eréctil y menor deseo sexual en mujeres
- Demencia
- Cambios en la memoria o la comprensión
- Síndrome metabólico

La hipertensión arterial es una afección crónica que daña los órganos del cuerpo. Esto se debe a que la presión arterial alta hace que el corazón bombee con más fuerza y trabaje demasiado.

La hipertensión arterial a menudo se conoce como el "asesino silencioso" porque muchas personas no tienen ningún síntoma

6.¿CUALES SON LAS MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS PARA MEJORAR EL CONTROL?

El tratamiento no farmacológico para la hipertensión arterial consiste en cambios en el estilo de vida, como:

- Reducir el consumo de sal.
- Hacer ejercicio físico con regularidad.
- Mantener un peso saludable o bajar de peso.
- Limitar el consumo de alcohol.
- No fumar.
- Dormir de 7 a 9 horas diarias.
- Reducir el estrés.
- Consumir más frutas, verduras y productos lácteos descremados.
- Aumentar el consumo de potasio.

El ejercicio aeróbico regular, como caminar, trotar, andar en bicicleta, nadar y bailar, puede ayudar a bajar la presión arterial. También puede ser útil el entrenamiento a intervalos de alta intensidad. **El tratamiento no farmacológico o prescripción de estilo de vida saludable debe ser la piedra angular del tratamiento de todo paciente con riesgo de o diagnóstico de hipertensión arterial.**



7.¿QUÉ TRATAMIENTO ES EL MÁS RECOMENDABLE?

Se recomienda a todas las personas con presión arterial elevada, hacer cambios para llevar un estilo de vida saludable.

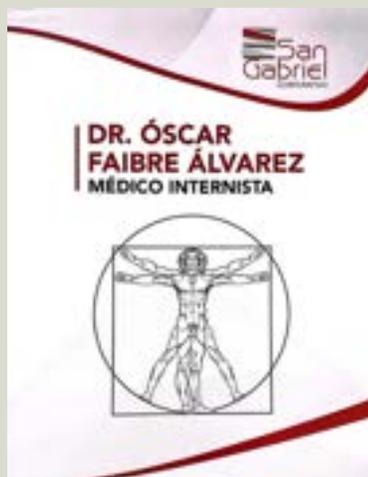
Si tienes presión arterial elevada y diabetes, enfermedad renal o enfermedad cardíaca, su médico puede recomendarte medicamentos para la presión arterial.

El tratamiento para la hipertensión de grado 1 o grado 2 suele incluir medicamentos para la presión arterial y cambios para llevar un estilo de vida saludable.

La decisión o elección del medicamento, va en relación a las condiciones propias de cada paciente, como: edad, peso, actividad y otras enfermedades o comorbilidades presentes, buscando en general la combinación de medicamentos que simplifiquen el número de dosis por día y se logre un mayor beneficio.

Su médico hará una evaluación integral de sus condiciones y decidirá que medicamento o combinación de medicamentos utilizar, para control sus cifras de presión arterial y así limitar el daño a órganos blanco y la aparición de complicaciones.

Dr. Óscar Faibre Álvarez.
Médico Internista.



20 DE MAYO

**DÍA MUNDIAL DE
LOS ENSAYOS
CLÍNICOS**

FAICIC
Centro de Investigación Clínica



¿QUÉ SON LOS ENSAYOS CLÍNICOS?

Los ensayos clínicos son estudios científicos que se realizan en personas para evaluar la seguridad y la eficacia de nuevos medicamentos, tratamientos o vacunas. Su objetivo es comprobar si una intervención médica funciona y si es segura antes de aprobar su uso generalizado.

ETAPAS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS



Fase I:

- Participan pocas personas sanas (20-100).
- Se evalúa la seguridad, dosis segura y posibles efectos secundarios.



Fase II:

- Involucra a pacientes con la enfermedad (100-300).
- Evalúa la eficacia y continúa el monitoreo de seguridad.



Fase III:

- Participan miles de personas (300-3,000 o más).
- Compara el nuevo tratamiento con los tratamientos actuales o placebo.
- Confirma eficacia, monitorea efectos adversos y recopila más datos.



Fase IV (postcomercialización):

- Después de la aprobación y venta del medicamento.
- Se estudian efectos a largo plazo, interacciones y eficacia en la práctica real.

IMPORTANCIA DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS



- ✓ Garantizan la seguridad de los medicamentos y vacunas antes de su uso masivo.
- ✓ Confirman la eficacia en diferentes grupos poblacionales.
- ✓ Detectan efectos secundarios raros o a largo plazo.
- ✓ Guían a médicos y autoridades sanitarias en decisiones basadas en evidencia.
- ✓ Son fundamentales para innovaciones médicas seguras y efectivas.

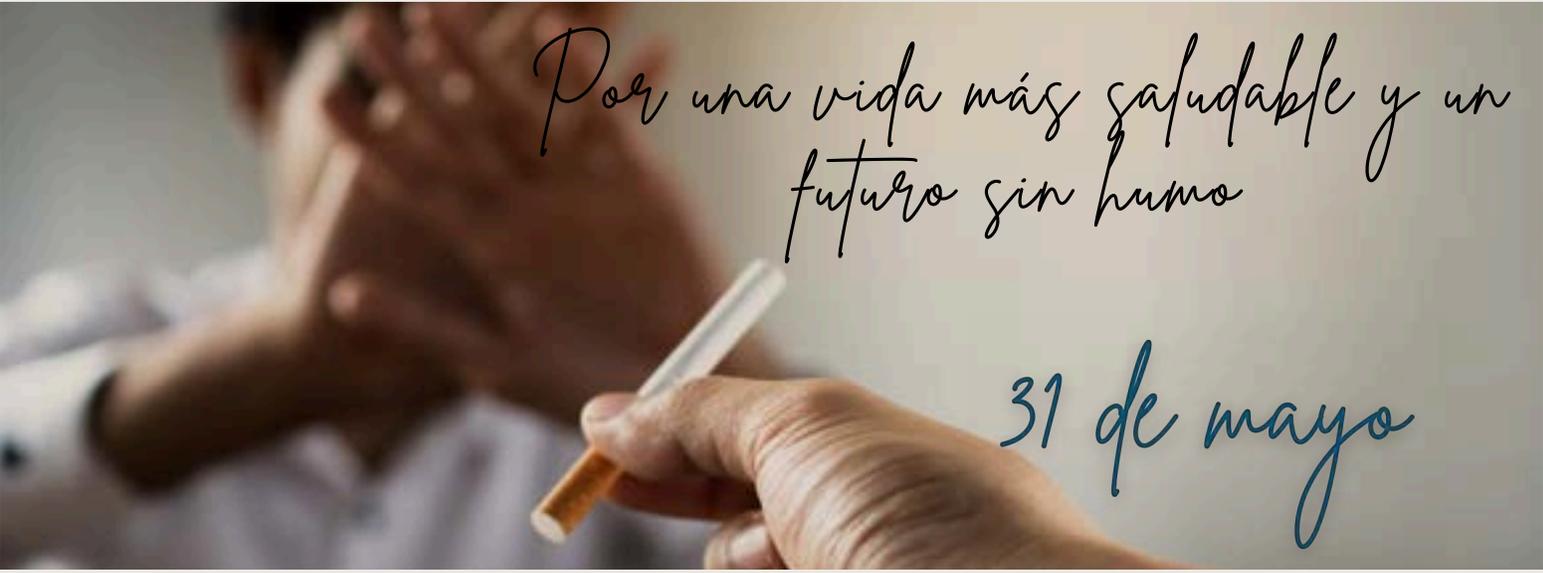
ESTUDIOS CLÍNICOS EN VERACRUZ

- Esclerosis múltiple
- Cáncer de pulmón
- Melanoma
- Lupus
- Colitis ulcerativa
- Diabetes y obesidad
- Diabetes y ERC

Si desea recibir más información acerca de nuestros ensayos clínicos en Veracruz, no dude en comunicarse con nosotros al teléfono: **229 337 0731**



FAICIC Centro de Investigación Clínica,
Av. 16 de Septiembre 1165, Ricardo Flores Magón, Veracruz, Ver.



Por una vida más saludable y un futuro sin humo

31 de mayo

DÍA MUNDIAL SIN TABACO

Cada 31 de mayo, la comunidad médica y la sociedad en general se unen para conmemorar el Día Mundial Sin Tabaco, una fecha destinada a sensibilizar sobre los efectos perjudiciales del tabaquismo y a promover políticas eficaces para reducir su consumo.

El tabaco continúa siendo una de las principales causas prevenibles de enfermedades y muertes a nivel mundial. Está relacionado con afecciones cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, múltiples tipos de cáncer y otras condiciones graves. Además, su impacto negativo se extiende al medio ambiente y a la salud de quienes no fuman, pero están expuestos al humo.

Sin embargo, los beneficios de dejar de fumar comienzan casi de inmediato: mejora la función pulmonar, disminuye el riesgo de infarto, se normaliza la presión arterial y se incrementa la esperanza y calidad de vida. A largo plazo, abandonar el tabaco se traduce en una vida más plena, con mayor energía, mejor salud mental y bienestar integral.

Invitamos a todos los profesionales de la salud a seguir siendo agentes de cambio, promoviendo la cesación tabáquica, informando con empatía y acompañando a los pacientes en este desafío. Cada persona que deja de fumar es una victoria para la salud pública





Dr. Elías Bonilla Casas

DÍA MUNDIAL DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS

6 DE JUNIO



**La donación de órganos, imperativo
para el Trasplante en México:**

**Avances, desafíos y la experiencia en
el estado de Veracruz**

LA DONACIÓN DE ÓRGANOS: UN ACTO DE SOLIDARIDAD QUE TRANSFORMA VIDAS



La donación de órganos es un acto de empatía, solidaridad y amor hacia aquellas personas que necesitan de un órgano para poder mejorar su calidad de vida. Es un tema que se está escuchando cada vez más comparado con años anteriores, se tienen un mayor conocimiento y más avances que permiten difundir mayor información con el fin de que la población en general se sensibilice acerca de un tema que todos deberían conocer.

Países desarrollados cuentan con una tasa de donación muy alta, por ejemplo, España, país número uno en donación y trasplante de órganos y tejidos donde se cuentan con 40 donadores por cada millón de habitantes, comparado con México donde existe una gran diferencia con solo 5 donadores por cada millón de habitantes. Esta diferencia tan significativa parte de la cultura de las distintas poblaciones así como su desconocimiento sobre la donación, por lo que uno de los pilares en los que más se ha trabajado en los últimos años es en la sensibilización y difusión de la donación de órganos en las personas.

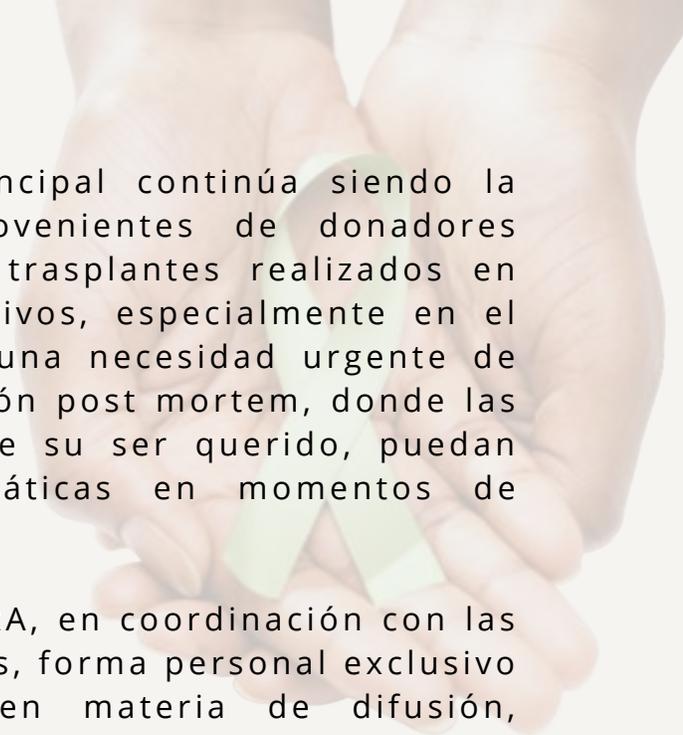
En el país se lleva a cabo el primer trasplante de órganos, siendo de tipo renal en 1963 en el hospital CMN del IMSS siglo XXI; para 1988 se lleva a cabo el primer trasplante de corazón en el CMN del IMSS la Raza, a la par en el estado de Veracruz se realiza el primer trasplante renal en el entonces CMN Adolfo Ruiz Cortines, el 23 de noviembre de 1988, fecha en la cual se realizó el primer procedimiento de trasplante renal a partir de un donador vivo. La cirugía estuvo a cargo del Dr. Edmundo Guraieb Barragán, en colaboración con el Dr. Jorge Estrada Oros (q.e.p.d.) como nefrólogo responsable. El primer trasplante renal proveniente de un donante fallecido se efectuó en el año 2001, y en 2003 se concretó la primera procuración de órganos en el hospital, marcando un hito en la consolidación de su programa de donación y trasplante.

Las distintas unidades médicas, que funcionan en el estado de Veracruz, con programas de donación y trasplante, forman parte de la red de hospitales a nivel nacional que cuentan con el respaldo jurídico tanto públicos, como privados para su funcionamiento, avalado por la COFEPRIS y el CENATRA. Los programas de Donación son coordinados por un personaje preparado legalmente preparado y capacitado, no solo en la calidad de atención médica, sino en la calidez del entorno hacia la familia que sobrevive a un fallecido y su duelo, así también mantiene la difusión continua al interior del hospital y fuera del mismo, con la finalidad de aculturar a la sociedad, para así lograr un cambio generacional en favor de la donación, en el caso del instituto, se operan en colaboración con la Coordinación de Donación de Órganos y Tejidos, la cual está bajo la responsabilidad del Dr. Elías Bonilla Casas quien, en la ciudad de Veracruz, junto con sus médicos pasantes de servicio social, trabaja en la promoción y difusión del conocimiento sobre la donación de órganos y tejidos entre los derechohabientes, fomentando así una cultura de donación que permita salvar y mejorar vidas, existiendo en el estado y en las diversas instituciones públicas y privadas un total de siete coordinadores de donación, coordinados y liderados por el centro estatal de trasplante y con vigilancia permanente de la COFEPRIS

De acuerdo al Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) existen alrededor de 18,909 personas en lista de espera, de los cuales el mayor porcentaje corresponde a riñón con 15,897 (84.07%) receptores, seguido de 2,736 para córnea, 144 para hígado y 15 para corazón (Registro Nacional de Trasplantes 2025).

En México, durante el año 2024, se realizaron 3,291 trasplantes de córnea, 2,723 de riñón y 276 de hígado. De este total, nuestro hospital realizó 98 trasplantes de riñón y 54 de córnea, lo que representa aproximadamente el 3.5% del total nacional de trasplantes renales y el 1.6% de córnea.





A pesar de estos logros, el reto principal continúa siendo la obtención de órganos y tejidos provenientes de donadores fallecidos, ya que la mayoría de los trasplantes realizados en México aún provienen de donadores vivos, especialmente en el caso del riñón. Esta situación refleja una necesidad urgente de consolidar una cultura sólida de donación post mortem, donde las familias, conscientes de la voluntad de su ser querido, puedan tomar decisiones informadas y empáticas en momentos de profundo dolor.

Con este sentido y diligencia, el CENATRA, en coordinación con las distintas instituciones médicas en el país, forma personal exclusivo para realizar funciones específicas en materia de difusión, sensibilización y promoción de la cultura de Donación de órganos y tejidos, encaminadas a fortalecer el conocimiento del tema dentro y fuera de los hospitales, aprovechando los distintos foros de comunicación, así como la asistencia a universidades, escuelas de formación media básica y bachillerato; todo esto se realiza los 365 días del año. Para esto en cada uno de los hospitales de la zona conurbada Veracruz-Boca del Río, públicos o privados que ostenten una licencia de procuración o trasplante, mantienen una figura responsable del programa de Donación llamada Coordinación de Donación de Órganos y Tejidos para efectos de trasplante, así los Hospitales como CMN UMAE HE CMN Adolfo Ruiz Cortines del IMSS, HAEV de la secretaría de salud (ahora IMSS Bienestar), el Hospital Millennium, el Hospital Regional B Veracruz de Alta especialidad del ISSSTE, STAR Médica, Hospital de la Beneficencia Española, mantienen un trabajo permanente fomentando la cultura de donación, con la intención de lograr un mayor número de trasplantes en el estado. implementado diversas estrategias educativas y de concientización para promover la donación entre la población. Entre ellas se incluyen pláticas informativas en salas de espera, campañas de difusión en redes sociales, participación en medios de comunicación locales, así como actividades comunitarias como caminatas, jornadas escolares y módulos informativos en espacios públicos. Estas acciones tienen como objetivo principal reducir el desconocimiento, combatir los mitos alrededor del proceso de donación y fomentar el diálogo familiar sobre la importancia de convertirse en donadores.

Es importante señalar que la labor del personal de salud es clave en este proceso, no solo por su función técnica y operativa, sino por su papel como agentes de cambio en la percepción social del trasplante. El equipo coordinador, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales trabajan de manera conjunta para ofrecer acompañamiento emocional a las familias, garantizar la transparencia en los procesos y asegurar que cada caso se maneje con el respeto y la ética que merece.

La mejora de los indicadores nacionales de donación también requiere de un marco legal sólido, infraestructura hospitalaria adecuada, capacitación continua del personal de salud, y, sobre todo, voluntad política para implementar políticas públicas que prioricen la donación y el trasplante como un tema de salud pública prioritario. En este sentido, la participación activa de instituciones como la UMAE No. 14 refuerza la visión de un sistema de salud más humano, comprometido con la vida y con el bienestar de quienes esperan una segunda oportunidad.



Debemos considerar para este fin que el trasplante depende directamente de la Donación, no pudiera existir una sin la otra, por ello la importancia de tener el conocimiento y la sensibilización acerca del proceso de fallecimiento-concientización-aceptación de la muerte-donación.

La necesidad creciente de órganos como tratamiento definitivo de enfermedades crónicas como la enfermedad renal crónica, cardiopatías, hepatopatías incluso oncológicas, nos permite vislumbrar una gran área de oportunidad, así como los resultados precarios al momento el difícil trabajo que tenemos en lo sucesivo para el país y para el estado, ya que somos la entidad con mayor tasa de mortalidad, por enfermedad renal, en los últimos años hemos ocupado los primeros lugares en obesidad y diabetes. El horizonte es escabroso, pero la continuidad en el trabajo, aculturar a una sociedad ávida de conocimiento, permitirá pronto tener mayor número de órganos que trasplantar, incluso mayor cantidad de programas de trasplante en el estado y con ello, más familias veracruzanas beneficiadas .

Finalmente, fomentar la cultura de la donación no es responsabilidad exclusiva de las instituciones médicas o del gobierno, sino de toda la sociedad. Todos podemos contribuir a generar un entorno más consciente y solidario si abrimos el diálogo en nuestras familias, nos informamos correctamente y expresamos nuestra voluntad de ser donadores.



La donación de órganos representa la oportunidad de transformar el dolor en esperanza y la pérdida en vida; es, sin duda, uno de los actos más nobles que puede realizar un ser humano



MOVIENDO AL MUNDO POR UNA CULTURA DE DONACIÓN

COORDINACIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS UMAE HE 14

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





DÍA MUNDIAL DEL DONANTE DE SANGRE

14 DE JUNIO

El Día Mundial del Donante de Sangre, celebrado cada 14 de junio, es una fecha significativa que busca concientizar sobre la importancia de la donación de sangre y agradecer a los donantes por su generosidad. Establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), este día resalta el papel crucial que juega la sangre en la atención médica y cómo las transfusiones pueden salvar vidas. Cada año, diferentes países organizan eventos y campañas para promover la donación voluntaria, destacando que esta acción no solo es vital para quienes necesitan transfusiones, sino que también fortalece las comunidades al fomentar un sentido de solidaridad. La celebración incluye actividades educativas, charlas informativas y, en muchos casos, jornadas de donación en hospitales y centros de salud.

Como médicos, es esencial entender que la disponibilidad de sangre segura y suficiente es vital para el tratamiento de diversas condiciones médicas, desde cirugías complejas hasta el manejo de enfermedades crónicas y traumas. La donación voluntaria y no remunerada es el pilar de un sistema de transfusión seguro, y los médicos tienen la responsabilidad de fomentar esta práctica entre sus pacientes y la comunidad en general. Este día también brinda la oportunidad de reflexionar sobre los desafíos actuales en la recolección de sangre, incluidos los estigmas y la falta de información que pueden disuadir a potenciales donantes. Los médicos debemos ser defensores activos de la donación, educando a los pacientes sobre su importancia y desmitificando los mitos que rodean el proceso. Además, el Día Mundial del Donante de Sangre es un momento propicio para fortalecer la colaboración entre hospitales, bancos de sangre y organizaciones comunitarias. La organización de campañas de donación y actividades educativas puede generar un impacto significativo en la conciencia pública y la participación en la donación.

La Sangre: Tejido Vivo, Recurso Vital

La sangre no se puede fabricar. Solo puede obtenerse a través de la generosidad humana. En la práctica clínica, es indispensable para:

- Pacientes con hemorragias digestivas, ginecológicas o traumáticas
- Personas con anemias severas, cáncer, insuficiencia renal o enfermedades hematológicas
- Soporte transfusional en cirugías, partos complicados o terapias oncológicas

¿Por qué es importante donar sangre?

Cada donación puede salvar hasta tres vidas. Los componentes de la sangre —glóbulos rojos, plaquetas y plasma— se utilizan en diferentes tratamientos médicos, como cirugías, transfusiones para pacientes con anemia, tratamientos de cáncer y atención a víctimas de accidentes graves.

¿Por qué es importante donar sangre?

Cada donación puede salvar hasta tres vidas. Los componentes de la sangre —glóbulos rojos, plaquetas y plasma— se utilizan en diferentes tratamientos médicos, como cirugías, transfusiones para pacientes con anemia, tratamientos de cáncer y atención a víctimas de accidentes graves.

Donación de Sangre: Perspectiva Clínica y Ética para el Médico

La donación de sangre representa una intervención médica indirecta que impacta de manera directa en la supervivencia de pacientes hospitalizados. Desde el punto de vista del médico, la indicación y manejo de hemoderivados exige una comprensión detallada de la fisiopatología de las enfermedades hematológicas, infecciosas, neoplásicas y crónicas, así como un conocimiento actualizado sobre la normativa nacional y el uso racional de la terapia transfusional.

En México, se estima que cada día se requieren más de 5,000 unidades de sangre para cubrir necesidades médicas en hospitales públicos y privados. La sangre es indispensable en el manejo de condiciones como anemias severas, hemorragias agudas, enfermedades hematológicas, cáncer, insuficiencia renal crónica, y en el soporte de procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, la dependencia de la donación voluntaria sigue siendo un reto, con una proporción de apenas un 5-10% de donantes altruistas en algunas regiones, en contraste con el ideal establecido por la OMS (>90%). Esto quiere decir que en nuestro país, más del 80% de las donaciones aún provienen de familiares o reposición, no de donantes altruistas. La NOM-253-SSA1-2012 regula la obtención y disposición de sangre con fines terapéuticos, estableciendo criterios estrictos para proteger tanto al donante como al receptor.

Los bancos de sangre enfrentan desafíos como:

- Bajas tasas de donación voluntaria
- Desinformación o miedo del público general
- Escasez estacional (vacaciones, pandemias)

Rol del Médico en la Donación y Uso Racional

Los médicos frecuentemente solicitan transfusiones y acompañan a pacientes que reciben hemoderivados. Por ello, su responsabilidad va más allá de la indicación:

- **Prescripción racional:** Evitar transfusiones innecesarias o mal indicadas. Priorizar alternativas cuando sea posible (hierro IV, eritropoyetina, ácido tranexámico).
- **Educación al paciente:** Explicar los beneficios de donar sangre, especialmente en familiares de pacientes crónicos o con anemia recurrente.
- **Promoción de la donación altruista:** Fomentar una cultura de donación voluntaria entre colegas, estudiantes y comunidad hospitalaria.

Marco Normativo y Bioético

La Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012 regula la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, estableciendo tanto las condiciones técnicas de obtención, como los criterios de elegibilidad del donante y la trazabilidad de los productos.

Criterio	Requisitos
Edad	18-65 años
Peso	Mayor a 50 kg
Tensión arterial	90/60 – 140/90 mmHg
Frecuencia cardíaca (FC)	50 – 100 latidos por minuto
Hemoglobina	>12.5 g/dL (mujeres), >13.0 g/dL (hombres)
Salud general	Ausencia de enfermedades transmisibles y comorbilidades graves

Diferimientos

Tipo	Causas
Temporales	Fiebre, infecciones agudas, vacunación reciente, procedimientos invasivos, tatuajes <12 meses, embarazo y puerperio.
Permanentes	VIH, hepatitis B/C, sífilis, enfermedad de Chagas, uso de drogas IV, transfusiones recientes, trasplantes, enfermedades crónicas no controladas.

Implicaciones Éticas

El médico debe actuar con base en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Esto incluye no solo prescribir transfusiones cuando estén indicadas, sino también evitar su uso innecesario y fomentar prácticas como la donación voluntaria, ética y segura.

Indicaciones Clínicas de Transfusión

Las indicaciones para transfusiones de sangre están basadas en guías internacionales y pueden variar según el contexto clínico y las necesidades del paciente. A continuación, se presentan algunas indicaciones generales:

Condición	Indicaciones
Anemia	- Anemia severa (hemoglobina <7 g/dL) en pacientes sintomáticos.
	- Anemia moderada (hemoglobina 7-10 g/dL) en pacientes con enfermedad cardiovascular o síntomas.
Hemorragia	- Hemorragias agudas significativas, como en trauma o cirugía mayor.
	- Hemorragias crónicas que no responden a otros tratamientos.
Cirugía	- Pacientes que se someten a cirugía mayor con riesgo de pérdida significativa de sangre.
Trastornos hematológicos	- Pacientes con leucemia, linfoma u otros trastornos hematológicos que requieren soporte de transfusión.
Neoplasias	- Pacientes en tratamiento oncológico que presentan anemia severa o trombocitopenia.
Transfusiones de plaquetas	- Trombocitopatías o trombocitopenia severa (<10,000 plaquetas/ μ L) con riesgo de sangrado.
Transfusiones de plasma	- Coagulopatías o déficit de factores de coagulación en pacientes con sangrado activo.
Transfusiones de glóbulos rojos	- En casos de hemorragia masiva o cuando se prevé una pérdida de sangre significativa.

Consideraciones:

- Las transfusiones deben ser evaluadas caso por caso, considerando el estado clínico del paciente, la causa de la anemia o hemorragia, y la disponibilidad de recursos.
- Es fundamental utilizar la transfusión de manera racional y evitar transfusiones innecesarias, ya que pueden conllevar riesgos y complicaciones.

Un Gesto de Vida que Trasciende

Donar sangre es un acto sencillo, seguro y profundamente humano. En el marco del 14 de junio, vale la pena recordar que:

“Donar sangre no duele, pero salva.”

Todos los médicos tenemos la capacidad y el deber de ser agentes multiplicadores de esta causa, no solo desde el hospital, sino desde el ejemplo, la educación y la promoción comunitaria.

Mitos comunes sobre la donación de sangre

- **“Me voy a debilitar”**: Falso. El cuerpo repone el volumen de sangre en unas horas y las células en pocos días.
- **“Si tengo tatuajes no puedo donar”**: Puedes donar si han pasado más de 4-6 meses desde el tatuaje, dependiendo del país.
- **“Solo se necesita sangre en emergencias”**: No. Se necesita a diario en hospitales para tratamientos crónicos y cirugías.

¿Cómo puedo empezar?

Puedes acercarte a un centro de salud, hospital o banco de sangre, o participar en campañas móviles de donación. También es posible registrarte como donante regular en muchas instituciones. Donar sangre es donar vida. Un pequeño gesto de tu parte puede ser el milagro que otra persona necesita.

Rol del Médico en la Promoción de la Donación

Más allá de la atención hospitalaria, el médico puede contribuir activamente en campañas de promoción de la donación altruista. Esto incluye la educación al paciente, participación institucional y colaboración con bancos de sangre. La promoción de donaciones regulares y conscientes es una estrategia de salud pública que impacta la disponibilidad y calidad del recurso sanguíneo.

Conclusión

La sangre y sus componentes son recursos terapéuticos insustituibles. Su adecuada utilización requiere de un enfoque integral que combine conocimientos clínicos, principios bioéticos y una responsabilidad social compartida. El médico debe posicionarse como un líder en el uso racional de la terapia transfusional, así como en la promoción de una cultura de donación altruista, ética y segura.

En conclusión, el 14 de junio es una ocasión para que los médicos se comprometan a ser agentes de cambio, promoviendo la donación de sangre y asegurando que cada paciente tenga acceso a la transfusión de sangre necesaria. Juntos, podemos salvar vidas y construir un sistema de salud más robusto y solidario. Cada gota cuenta y puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Diario Oficial de la Federación. México: DOF, 26 octubre 2012. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5275587
2. World Health Organization. Blood donor selection: guidelines on assessing donor suitability for blood donation. Geneva: WHO; 2012. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/76724>
3. Goodnough LT, Panigrahi AK. Blood transfusion therapy. Med Clin North Am. 2017;101(2):431-447. doi:10.1016/j.mcna.2016.09.012
4. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Manual para la promoción de la donación voluntaria de sangre. Secretaría de Salud. México, 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/cnts>
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estado de la donación de sangre en América Latina y el Caribe 2019. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org>
6. Secretaría de Salud. NOM-253-SSA1-2012. DOF, México.

Agonistas de GLP-1 y GIP:

Avances, sobreutilización y futuro en la práctica médica

Dr. Álvaro Hernández Meza Endocrinólogo
Dra. Elizabeth Martínez Hernández Medicina crítica
Dr. Jorge Pérez Figueroa Medicina crítica
Hospital Star Médica Veracruz

Resumen

Los agonistas de GLP-1 y GIP han revolucionado el tratamiento de la diabetes tipo 2 y la obesidad, con beneficios metabólicos significativos. Sin embargo, su creciente popularidad ha llevado a un uso indiscriminado, generando cuestionamientos sobre su real aplicabilidad, costos y efectos adversos. Este artículo analiza su mecanismo de acción, indicaciones, contraindicaciones, impacto en el sistema de salud y expectativas futuras, contrastando su eficacia con otras estrategias terapéuticas.

Introducción

Los agonistas del receptor de GLP-1 (glucagon-like peptide-1) y los agonistas duales de GLP-1/GIP (glucose-dependent insulintropic peptide) han cobrado gran relevancia en el tratamiento de la diabetes tipo 2 y la obesidad. Su eficacia en la reducción de peso y el control glucémico ha generado una alta demanda, extendiendo su uso incluso en poblaciones no originalmente indicadas. Esto plantea interrogantes sobre la sobreutilización de estos fármacos, su impacto económico y los riesgos de un uso indiscriminado.

Mecanismo de acción

Los agonistas de GLP-1 y GIP potencian la secreción de insulina dependiente de glucosa, inhiben la secreción de glucagón y retardan el vaciamiento gástrico. Además, tienen efectos centrales que reducen el apetito y mejoran la saciedad, favoreciendo la pérdida de peso.

Fármaco	Receptor activado	Efecto en la glucosa	Impacto en peso	Beneficio CV
Liraglutida	GLP-1	Glucosa postprandial	Moderado	Sí (LEADER)
Semaglutida	GLP-1	Glucosa sostenida	Alto	Sí (SUSTAIN)
Tirzepatida	GLP-1/GIP	Potente	Muy alto	En estudio (SURPASS)

Indicaciones y contraindicaciones

Indicaciones

- Diabetes tipo 2 con inadecuado control glucémico.
- Obesidad con IMC ≥ 30 kg/m² o ≥ 27 kg/m² con comorbilidades.
- Pacientes con alto riesgo cardiovascular (según evidencia en ensayos clínicos).

Contraindicaciones

- Antecedente de pancreatitis.
- Cáncer medular de tiroides o neoplasia endocrina múltiple tipo 2.
- Insuficiencia renal severa (según el fármaco).
- Hipersensibilidad documentada.

Efectos adversos y riesgos

A pesar de sus beneficios, estos fármacos tienen eventos adversos relevantes:

- Gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento.
- Pancreatitis: Reportes de inflamación pancreática, aunque la evidencia es controversial.
- Riesgo de cáncer tiroideo: Estudios en modelos animales han mostrado asociación con tumores tiroideos.
- Pérdida de masa magra: Especialmente con pérdidas de peso rápidas.

Comparación con otras estrategias terapéuticas

Los agonistas de GLP-1/GIP han mostrado superioridad en pérdida de peso y control glucémico respecto a hipoglucemiantes convencionales. Sin embargo, en pacientes sin obesidad marcada, su beneficio es menos significativo.

Terapia	Control glucémico	Pérdida de peso	Costo	Efecto CV
Metformina	Moderado	Nulo	Bajo	Beneficio CV
iDPP-4	Leve	Nulo	Medio	Neutro
iSGLT2	Alto	Leve	Medio-Alto	Beneficio CV
GLP-1/GIP	Muy alto	Alto	Alto	Beneficio CV (según fármaco)

Sobreutilización y consecuencias

- Demanda excesiva y desabasto para pacientes con indicación real.
- Incremento en costos de tratamiento sin clara justificación.
- Efectos adversos en pacientes que no lo necesitan.

Impacto en el sistema de salud y costos

El alto costo de estos fármacos plantea un desafío para los sistemas de salud, especialmente en países con recursos limitados. Su accesibilidad es una preocupación creciente, considerando que otros tratamientos más económicos pueden ofrecer beneficios comparables en ciertos grupos de pacientes.

Fármaco	Costo mensual estimado	Costo-beneficio
Metformina	Bajo	Alto
iSGLT2	Medio-Alto	Alto
GLP-1/GIP	Alto	Depende del paciente

Expectativas futuras

El desarrollo de nuevas moléculas, formulaciones orales y combinaciones con otros fármacos está en curso. Sin embargo, es fundamental definir mejor los criterios de uso para evitar la medicalización excesiva de la obesidad y garantizar la sostenibilidad del acceso a estos tratamientos.

Discusión y conclusiones

Si bien los agonistas de GLP-1 y GIP han demostrado beneficios innegables, su creciente popularidad ha llevado a una sobreutilización que puede generar más problemas que soluciones. Es fundamental que su prescripción se base en evidencia científica y criterios estrictos, evitando su uso indiscriminado en poblaciones sin indicación clara. Además, su alto costo obliga a evaluar su impacto en los sistemas de salud y la equidad en su acceso.

Referencias bibliográficas

1. Nauck MA, Quast DR, Wefers J, Meier JJ. GLP-1 receptor agonists in the treatment of type 2 diabetes – state-of-the-art. *Mol Metab.* 2021;46:101102.
2. Drucker DJ. Mechanisms of Action and Therapeutic Application of Glucagon-like Peptide-1. *Cell Metab.* 2018;27(4):740-756.
3. Frias JP, Davies MJ, Rosenstock J, et al. Tirzepatide versus Semaglutide Once Weekly in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2021;385:503-515.
4. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *N Engl J Med.* 2021;384:989-1002.
5. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, et al. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2016;375:311-322.
6. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2015;373:2117-2128.
7. Nauck MA, Meier JJ. The Incretin Effect in Healthy Individuals and Those with Type 2 Diabetes: Physiology, Pathophysiology, and Response to Therapeutic Interventions. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016;4(6):525-536.
8. Ludwig DS, Ebbeling CB. The Carbohydrate-Insulin Model: A Physiological Perspective on the Obesity Pandemic. *Am J Clin Nutr.* 2018;107(3):261–263.

Winky SCRUBS



10% OFF

DISTRIBUDOR AUTORIZADO

GREY'S ANATOMY™

signature
ABC Signature

PROFESSIONAL WEAR
BY BARCO

SKECHERS

Barco

THE COMFORT TECHNOLOGY COMPANY

CHEROKEE
MEDICAL
UNIFORMS



MEDCOUTURE



MEDICAL

Healing Hands.
Tooniforms

by BARCO

BARCO
one
HEAT • DRYDRESS • VIB

NURSE ♥ MATES®

INFINITY

Wink



2202325242/ 5623613848



PLAZA RÍO LF Blvd. Miguel Alemán
82, Zona Centro, Camino Real,
94290, Boca del Río, Veracruz

POR PEDIDO OBTÉN UN

15% OFF

EN TIEMPOS DE RESURRECCIÓN... EL REGRESO DE LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN



Dr. Luis Fernando Díaz Moreno



El aumento de los casos de Tos Ferina en México durante los últimos meses y la importación de casos de Sarampión, han encendido las alarmas hacia la necesidad de retomar la vacunación como uno de los principales mecanismos para la prevención de enfermedades.

Aunque hace algunos años México era líder en lo que a vacunación se refiere, pues incluso fuimos de los primeros países en erradicar la Poliomielitis, hoy en día nos encontramos con un gran problema de cara, el cual, si no es tratado con acciones inmediatas, en un futuro no muy lejano causará estragos catastróficos en la salud pública de nuestro país.

Las coberturas vacunales, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2021-2023 (Fig. 1) se encuentran muy por debajo del 95% recomendado por las organizaciones internacionales.

■ **Figura 4.1.1.** Cobertura estimada de vacunación por biológico y esquema de vacunación en niños y niñas de 1 y 2 años de edad. México, Ensanut Continua 2021-2023



Esto nos ha llevado al resurgimiento de enfermedades que creíamos ya casi erradicadas de nuestro país. Sin embargo, no son solo los casos de Sarampión y Tos Ferina lo que nos debe mantener con las alarmas encendidas.

En el reporte del boletín de la semana epidemiológica número 15 llama la atención el aumento de casos de enfermedades infecciosas con respecto al acumulado del 2024; Tal es el ejemplo de la Influenza, que en los primeros meses del año 2025 se han reportado 8,517 casos contra 6,135 del total del año pasado, o del Virus del papiloma humano con 5,789 casos de este año contra 4,621 del 2024.

Otra enfermedad que ha presentado un aumento considerable es Varicela cuya vacuna no se encuentra dentro del Esquema Nacional de Vacunación, con un total de 20,726 casos en este año en comparación con los 15,407 de todo el año anterior.

Con la Hepatitis A también hay una tendencia al alza, con 1295 casos en lo que va del 2025 contra 1828 del 2024, siendo esta otra enfermedad cuya vacuna no se encuentra dentro del Esquema Nacional de Vacunación en México.

Meningitis tuberculosa, Tétanos, Hepatitis B y Parotiditis, hasta ahora, cuentan con mas casos en los primeros meses del año en curso de los que se presentaron en todo el año pasado.

Pero esto no es solo un problema local, el resurgimiento de enfermedades prevenibles por vacunación a nivel mundial ha ido en crecimiento desde el inicio de la pandemia de COVID-19, por el contrario, muchas de las coberturas vacunales tuvieron una tendencia a la baja desde entonces.

Según la OMS en 2023, 14.5 millones de niños no recibieron ninguna vacuna, en ese mismo año la cobertura mundial de DPT fue del 84% y la proporción de niños vacunados contra sarampión fue del 83%, muy por debajo del 86% del 2019.

Ante este panorama la OMS ha presentado la Agenda de Inmunización 2030, que se basa en la cooperación con los diferentes países, y la adaptabilidad al contexto socio-económico de cada uno de ellos.

En nuestro país la Asociación Mexicana de Vacunología ha emitido en sus recomendaciones fortalecer y ampliar las campañas de vacunación, garantizar la vigilancia epidemiológica y de coberturas, responder integralmente a los brotes, capacitar continuamente al personal de salud, combatir la desinformación, fortalecer la comunicación y la articulación de todos los actores del sistema de salud.

Como medida de acción la Secretaría de Salud ha retomado las Semanas Nacionales de Vacunación que se habían pausado desde hace algunos años con el fin de completar esquemas en pacientes rezagados; sin embargo, aún quedan muchos detalles por resolver, como los problemas de distribución, la logística y la red de frío en diversas zonas del país, así como la falta de suministro a nivel nacional de ciertos biológicos.

Lo cierto es que como personal de salud tenemos una gran responsabilidad en nuestras manos, la de promover y supervisar la vacunación de todos nuestros pacientes, desde el nacimiento hasta las últimas etapas de la vida, pasando por aquellas situaciones especiales como el embarazo y las condiciones de inmunocompromiso, de lo contrario y de bajar la guardia, seremos testigos de la resurrección de enfermedades que creíamos extintas o casi extintas en nuestro país.

Bibliografía

1. Boletín Epidemiológico, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Sistema Único de Información. Número 15, volumen 42, semana 15. Del 6 al 12 de abril del 2025.

<https://www.gob.mx/salud/documentos/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-387843>

2. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023. Resultados Nacionales.

<https://insp.mx/novedades-editoriales/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-continua-2023-resultados-nacionales>

3. Asociación Mexicana de Vacunología. Documento de Recomendaciones ante los brotes de Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Ciudad de México, 15 de abril del 2025.

<https://vacunacion.org/2025/04/17/documento-de-recomendaciones-ante-los-brotes-de-enfermedades-prevenibles-por-vacunacion/>

4. Agenda de Inmunización 2030. Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/es/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>

Uso Racional de los Productos Sanguíneos y la Implementación del Patient Blood Management

Dr. Agustín Ocejo Rodríguez – Hematología
Dra. Elizabeth Martínez Hernández -Medicina crítica
Dr. Jorge Pérez Figueroa- Medicina crítica
Hospital Star Medica Veracruz

INTRODUCCIÓN

El uso indiscriminado de productos sanguíneos sigue siendo un problema en la práctica médica, existe una gran variabilidad de criterios para el proceso de la transfusión, el desconocimiento de las consecuencias inherente a este proceso, las cuales van desde complicaciones clínicas, costos, y en ocasiones la sobreutilización de un recurso tan limitado en muchas unidades médicas. Las transfusiones deben realizarse solo cuando sean estrictamente necesarias y con base en criterios bien establecidos.

A pesar de décadas de evidencia acumulada, se sigue transfundiendo como en el siglo pasado. El acto de indicar hemocomponentes —paquetes globulares, plaquetas, plasma— se ha convertido en un reflejo condicionado, más cercano al ritual que a la medicina basada en evidencia.

Existen datos claros y contundentes, las transfusiones innecesarias aumentan el riesgo de infecciones nosocomiales, sobrecarga de volumen, falla orgánica, aumento en la mortalidad, así como el consumo injustificado de recursos y un incremento en los gastos hospitalarios. Los pacientes transfundidos sin indicación estricta tienen peores desenlaces que aquellos manejados con estrategias restrictivas, sin embargo, a pesar de la esta información, estas practicas persisten.

¿Cómo es posible que, con toda la información disponible, sigamos transfundiendo de más y transfundiendo mal?

La respuesta puede ser incómoda, existen practicas rutinarias establecidas por comodidad clínica, desinformación, miedo al juicio de pares, y una cultura hospitalaria que asocia erróneamente "más" con "mejor". Es más fácil solicitar dos unidades de sangre que replantearse el control del sangrado, la optimización del volumen, o la evaluación crítica del valor real de la hemoglobina en el contexto clínico.

Este artículo no es un llamado a la cautela: es un llamado a la transformación, no solo se trata de reducir transfusiones, sino de reinventar nuestra manera de pensar sobre el uso de productos de la sangre, pasando de una lógica de reposición automática a una medicina centrada en la fisiología, la seguridad del paciente y la evidencia científica. El Patient Blood Management no es una opción: es una obligación ética, clínica y científica.

El Patient Blood Management (PBM) ha surgido como una estrategia efectiva para optimizar el manejo de la sangre del paciente y reducir las transfusiones innecesarias, mejorando los desenlaces clínicos.

Riesgos y Consecuencias de las Transfusiones Innecesarias

Las transfusiones de sangre pueden salvar vidas, pero también tienen riesgos, especialmente cuando se realizan sin una indicación adecuada. Entre las complicaciones más importantes se encuentran:

- Reacciones transfusionales (hemolíticas, febriles, alérgicas).
- Aumento del riesgo de infecciones nosocomiales, así como de enfermedades transmitidas por la transfusión
- Inmunosupresión inducida por transfusión, lo que puede agravar infecciones preexistentes.
- Sobrecarga de volumen, con riesgo de edema pulmonar.
- Alteraciones en la coagulación, especialmente en transfusiones masivas.
- Riesgo de aloinmunización y sensibilización a antígenos eritrocitarios.

Patient Blood Management (PBM): Un Enfoque Integral

El PBM es un enfoque basado en la evidencia que busca optimizar el manejo de la sangre del paciente, reduciendo la necesidad de transfusiones y mejorando los desenlaces clínicos. Se basa en **tres pilares fundamentales**:

Pilar 1: Optimización de la Eritropoyesis

- Diagnóstico y tratamiento de la anemia previa a procedimientos quirúrgicos.
- Uso de hierro intravenoso y agentes estimulantes de la eritropoyesis (EPO) en pacientes seleccionados.
- Manejo de deficiencias nutricionales (hierro, vitamina B12, folatos).

Pilar 2: Minimizar la Pérdida Sanguínea

- Uso de técnicas quirúrgicas menos invasivas.
- Uso de ácido tranexámico o ácido ϵ -aminocaproico en cirugías con alto riesgo de sangrado.
- Implementación de recuperadores celulares intraoperatorios (cell-savers).
- Uso racional de fluidos para evitar la hemodilución.

Pilar 3: Mejora de la Tolerancia a la Anemia

- Uso de estrategias de restricción transfusional con umbrales más conservadores.
- Optimización del transporte de oxígeno mediante control hemodinámico.
- Monitorización de signos de hipoxia tisular, no solo el nivel de hemoglobina.

Implementación del PBM en la Práctica Clínica

Para lograr una implementación efectiva del PBM, se recomienda:

1. Crear protocolos institucionales con criterios de transfusión bien definidos.
2. Capacitar al personal médico y de enfermería sobre el uso racional de productos sanguíneos.
3. Optimizar la detección y corrección de la anemia preoperatoria en pacientes quirúrgicos.
4. Fomentar el uso de técnicas hemostáticas avanzadas en cirugía y trauma.
5. Monitorear el impacto de las estrategias PBM con auditorías y análisis de datos hospitalarios.

Indicaciones Detalladas de los Productos Sanguíneos

El uso adecuado de los productos sanguíneos debe estar basado en criterios clínicos bien definidos:

1. Paquete Globular

·Restricción transfusional:

- Hb < 7 g/dL en pacientes críticos estables sin sangrado activo.
- Hb < 8 g/dL en pacientes con enfermedad cardiovascular o riesgo de hipoxia tisular.

·Casos en los que podría ser necesario un umbral más alto:

- Hb < 9-10 g/dL en pacientes con síndrome coronario agudo con isquemia en curso.
- Hb < 10 g/dL en pacientes oncológicos con síntomas graves de anemia.

·Transfusión urgente independientemente de la Hb:

- Sangrado activo con inestabilidad hemodinámica.
- Signos de hipoxia tisular (lactato elevado, hipoperfusión).
- Paciente con choque hemorrágico, activación de protocolo de transfusión masiva.

2. Sangre Total

- Trauma con hemorragia masiva y reposición con protocolo de transfusión masiva.
- Cirugía cardiaca con sangrado intraoperatorio significativo.
- Hemorragia obstétrica severa con necesidad de reposición rápida de volumen y oxigenación.

3. Plaquetas

- < 10,000/ μ L en pacientes sin sangrado (riesgo de sangrado espontáneo).
- < 20,000/ μ L en pacientes febriles o con sepsis.
- < 50,000/ μ L en pacientes con sangrado activo o previo a procedimientos invasivos.
- < 100,000/ μ L en neurocirugía o cirugía oftálmica.

4. Crioprecipitados

- Déficit de fibrinógeno (< 100 mg/dL) en coagulopatía de consumo o hemorragia masiva.
- Pacientes con **enfermedad de Von Willebrand grave** sin respuesta a desmopresina.
- Hipofibrinogenemia secundaria a CID o sangrado perioperatorio severo.

Casos Clínicos Ilustrativos

Caso 1: Paciente Séptico

Paciente de 72 años con sepsis de origen pulmonar, choque séptico y hemoglobina de 8.2 g/dL. Se decidió transfundir 2 unidades de paquete globular sin signos de hipoxia tisular. Posteriormente, presentó sobrecarga hídrica y empeoramiento respiratorio. Un enfoque PBM habría evitado la transfusión innecesaria y priorizado la optimización hemodinámica.

Caso 2: Paciente con Trauma

Hombre de 40 años con politraumatismo por accidente de tránsito, Glasgow 12, sangrado activo y hemoglobina de 6.5 g/dL. Se activó un protocolo de transfusión masiva con sangre total, paquete globular, plasma fresco congelado y crioprecipitados, logrando estabilización hemodinámica sin sobretransfusión innecesaria.

Caso 3: Paciente Quirúrgico

Mujer de 58 años con cirugía de reemplazo de cadera. Preoperatoriamente tenía hemoglobina de 11 g/dL. Se implementó PBM con suplementación de hierro intravenoso y uso de ácido tranexámico intraoperatorio. A pesar de sangrado moderado, no requirió transfusión, demostrando la efectividad del PBM.

Caso 4: Paciente con Hemorragia Postquirúrgica

Hombre de 65 años con cirugía de bypass coronario, desarrolla hemorragia postoperatoria con INR 1.5, plaquetas 120,000 y fibrinógeno 200 mg/dL.

·El ROTEM mostró un tiempo de coagulación normal pero hipofibrinogenemia, sin hiperfibrinólisis.

·Se evitó transfundir plasma innecesariamente y solo se administró crioprecipitado, logrando control del sangrado sin complicaciones trombóticas.

Uso de la Tromboelastografía (TEG) y ROTEM en el Patient Blood Management

La tromboelastografía (TEG) y el ROTEM han revolucionado la evaluación de la coagulación al proporcionar un análisis dinámico y en tiempo real de la formación y estabilidad del coágulo. Su uso en el **Patient Blood Management (PBM)** permite optimizar la reposición de hemoderivados y evitar transfusiones innecesarias.

¿Por qué es importante la TEG/ROTEM en el manejo de la hemorragia?

- **Diferenciación entre coagulopatía por deficiencia de factores, plaquetas o fibrinógeno.**
- **Evita transfusiones innecesarias** al identificar la causa real de la alteración hemostática.
- **Permite un enfoque individualizado**, reduciendo el uso empírico de plasma, crioprecipitados o plaquetas.
- **Es clave en cirugía cardíaca, trauma y hemorragia obstétrica**, donde la hemostasia está alterada.

Ejemplo de Algoritmo basado en TEG/ROTEM

1. **Tiempo de reacción prolongado (R en TEG / CT en ROTEM)** Deficiencia de factores de coagulación **Indicación de plasma fresco congelado (PFC).**
2. **Ángulo alfa disminuido o disminución en amplitud máxima** Deficiencia de fibrinógeno **Indicación de crioprecipitados.**
3. **Amplitud máxima reducida** Déficit plaquetario **Indicación de transfusión de plaquetas.**
4. **Lisis del coágulo (>15% en TEG/ROTEM)** Hiperfibrinólisis **Indicación de ácido tranexámico.**

Impacto del uso de TEG/ROTEM en PBM

Estudios han demostrado que el uso de **algoritmos basados en TEG/ROTEM reduce el uso de productos sanguíneos hasta en un 40-50%**, disminuye la morbilidad asociada a la transfusión y mejora la sobrevida en pacientes críticos con sangrado masivo.

Conclusión Final

- La implementación del **Patient Blood Management (PBM)** es fundamental para reducir el uso innecesario de productos de la sangre.
- Hay que recordar que la única sangre segura es la que no se utiliza.

BIBLIOGRAFÍA

- Shander A, Javidroozi M, Ozawa S, Hare GMT. **What is Patient Blood Management (PBM)?** Transfusion. 2016;56 Suppl 1:S1-S2.
- Muñoz M, Acheson AG, Bisbe E, Butcher A, Gómez-Ramírez S, Khalafallah AA, et al. **An international consensus statement on the management of postoperative anemia after major surgical procedures.** Anesth Analg. 2018;126(4):1210-20.
- Spahn DR, Shander A, Hofmann A. **The chiasm: transfusion practice versus patient blood management.** Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2013;27(1):37-42.
- Liumbruno GM, Bennardello F, Lattanzio A, Piccoli P, Rossetti G. **Recommendations for the transfusion of red blood cells.** Blood Transfus. 2009;7(1):49-64.
- Gombotz H, Zacharowski K, Spahn DR. **Patient blood management in Europe.** Br J Anaesth. 2016;116(1):3-6.
- Hunt BJ. **Bleeding and coagulopathies in critical care.** N Engl J Med. 2014;370(22):2176-84.
- Bolliger D, Szlam F, Levy JH, Molinaro RJ, Tanaka KA. **Heparin monitoring in cardiac surgery: impact of clot-based assays, antithrombin levels, and heparin dose response.** J Thromb Haemost. 2010;8(12):2625-33.
- Görlinger K, Saner FH, Prohaska W. **Rotational thromboelastometry (ROTEM): a tool for the management of coagulopathic bleeding.** Anaesthesia. 2011;66(7):562-72.
- Haas T, Spielmann N, Restin T, Mauch J, Madjdpour C, Schmugge M, et al. **Higher fibrinogen levels reduce transfusion requirements during major pediatric surgery.** Anesth Analg. 2015;120(5):1181-90.
- Hofmann A, Ozawa S, Farrugia A, Farmer SL, Shander A. **Patient blood management strategies to reduce transfusion: the evidence and recommendations.** Anesth Analg. 2021;132(1):267-84.



Oxigenando tus pasos...

¡Hola! Te saludo con  mucho gusto y orgullo

Soy Cenhammy, un centro de neurorehabilitación y medicina hiperbárica que nace con el propósito de ayudar a la gente en el camino a llegar a una calidad de vida óptima. Estoy muy orgulloso, porque dentro de mí, por primera vez en México, un grupo de maravillosos especialistas en ciencias neurológicas, ponen a tu servicio sus conocimientos y su amor a la salud para llevarte a tener una mejor calidad de vida.

¡Promoción 2025! cámara hiperbárica

Adquiere
5 sesiones
y recibe
1 de regalo

Adquiere
10 sesiones
y recibe
2 de regalo





Jorge López Fermin
Department of Critical Care
Medicine
ISSSTE High Specialty Hospital
Veracruz, Mexico
salemcita1@gmail.com



**Pamela Viridiana
Moran Cruz**
Department of anaesthesiology
ISSSTE High Specialty Hospital
Veracruz, Mexico
Texas, USA
cmoran90@hotmail.com



**Iveth S Zamora Gue-
vara**
Department of Critical Care
Medicine
ISSSTE High Specialty Hospital
Veracruz, Mexico
iveth19_92@hotmail.com



**María de la Luz
Márquez Mendoza**
Department of Emergency
Medicine
ISSSTE High Specialty Hospital
Veracruz, Mexico
mmarquezm9@gmail.com



**Álvaro Fabián Cer-
vantes Rosales**
Department of Emergency
Medicine
ISSSTE High Specialty Hospital
Veracruz, Mexico
emt-avaro@hotmail.com



Hector Falla Silva
Department of Critical Care
Medicine
ISSSTE High Specialty Hospital
Veracruz, Mexico
dr.hector.fs@gmail.com

Burnout Among Mexican Doctors: Perspective of Data from a Population Cohort

Our line of research is based on the problem of burnout syndrome in a hospital in Southeastern Mexico, analysing the impact of competence assessment and mistreatment in the workplace.

Introduction

Burnout syndrome, first described by Maslach in 1982, is characterised by emotional exhaustion, depersonalisation, and diminished personal achievement. Burnout syndrome was first described in 1974, addressing three fundamental spectra: emotional exhaustion, depersonalisation, and diminished personal achievement. Burnout syndrome is associated with two processes, the first being extreme work demands and distancing behaviours (Maslach et al. 1982).

The hospital environment is particularly vulnerable to the development of burnout syndrome due to high work demands, constant contact with human suffering and, in some cases, the presence of hostile work environments (Bodenheimer et al. 2014). In a hospital centre in Southeastern Mexico, the relationship between competency assessment practices, work mistreatment and the development of burnout in healthcare workers was evaluated. This article seeks to delve into the causes, manifestations and possible intervention strategies related to this phenomenon (Willcock et al. 2004).

Competence Assessment: Promotion or Pressure?

Competency assessments are tools used to measure job performance, but in some cases, they can become a source of stress. The main purpose of competence assessments is to identify areas for improvement

and to promote professional development. However, when they focus exclusively on quantitative results, they can be perceived as a source of pressure (Dyrbye et al. 2016). Data from a line of survey research revealed that 60% of employees perceive appraisals as unfair or disproportionate, contributing to feelings of frustration and demotivation. The imposition of unrealistic goals and lack of adequate feedback leads to high levels of anxiety and, eventually, burnout in employees (Dyrbye et al. 2014).

Workplace Abuse: A Determining Factor

Workplace abuse, defined as physical, verbal or emotional abuse in the work environment, is a significant factor in the development of burnout. There is a need for strategies as teachers of trainee doctors to identify forms of abuse and mitigation strategies (Lachiner et al. 2015).

In the hospital, abuse manifests itself mainly through shouting, public disqualifications and excessive workloads assigned in a punitive manner. Abuse creates a toxic work environment, characterised by mistrust, fear and low collaboration among colleagues. This affects not only the well-being of employees but also the quality of care provided to patients. The implementation of clear codes of conduct and mechanisms for reporting incidents of abuse are essential steps to address this problem (Maslach et al. 1996).

Variables	p-value	odds ratio	95% CI	
			Lower Limit	Long-term solutions
Anaesthesiology	0,975	0,304	0,290	0,381
Cardiology	0,026	0,181	0,142	0,504
Gynaecology	0,936	0,212	0,201	0,305
Traumatology	0,860	0,221	0,217	0,259
Paediatrics	0,861	0,331	0,321	0,384
Surgery	0,024	0,141	0,097	0,379
Ophthalmology	0,688	0,076	0,448	0,296
Critical care	0,045	0,215	0,187	0,416
Emergencies	0,895	0,019	0,298	0,260
Epidemiology	0,036	0,245	0,167	0,457

Table 1. Logistic regression; variables of interest (specialties) and depersonalisation (Lopez et al. in prep)

Variables	p-value	odds ratio	95% CI	
			Lower Limit	Upper Limit
Grade I	0,001	0,453	0,341	0,565
Grade II	0,001	0,439	0,331	0,548
Grade III	0,626	0,025	0,017	0,128

Table 2. Logistic regression; variables of interest (grades) and depersonalisation (Lopez et al. in prep)

Clinical trials worldwide describe the likelihood of a high degree of emotional exhaustion ranging from 35-45%. A depersonalisation rate of 26-38% and 45-56% with symptoms suggestive of burnout (Low et al. 2019).

Main Features

1. Emotional exhaustion
2. Depersonalisation
3. Decrease in personal performance

MBI (Maslach Burnout Inventory), for its diagnosis with 22 items, is considered the gold standard that addresses three aspects of the syndrome (Maslach et al. 1981):

1. The exhaustion domain with 9 items.
2. Depersonalisation domain with 5 items.
3. Self-realisation with 8 items.

In this context, a score of 27 for emotional exhaustion, 10 points for depersonalisation and 33 or less for self-fulfilment are considered indicative of burnout. Multivariate analysis in cross-sectional studies has reported an independent relationship between burnout for each additional

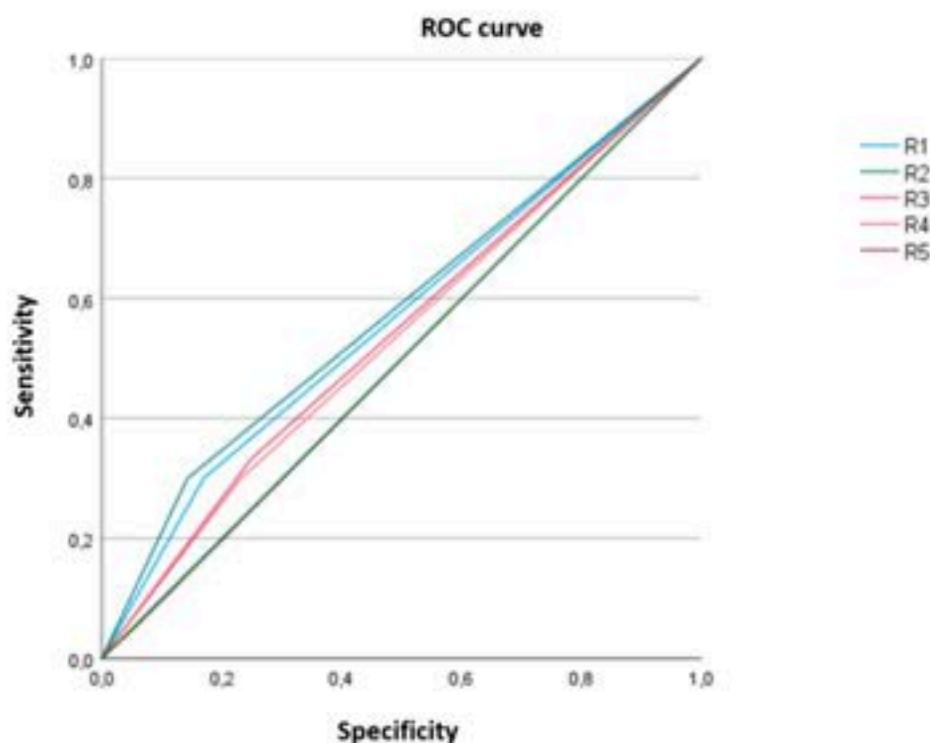


Figure 1. Area graph under the curve of variables of interest and depersonalisation (Lopez et al. in prep)

Variables	AUR	p-value	95% CI Lower Limit	Upper Limit
R1	0,565	0,159	0,473	0,657
R2	0,579	0,090	0,487	0,671
R3	0,542	0,368	0,450	0,633
R4	0,534	0,444	0,442	0,625
R5	0,498	0,969	0,408	0,589

Table 3. Analysis of area under the curve of variables of interest and depersonalisation (Lopez et al. in prep.)

hour per week at 3% and 3 to 9% for each additional evening or weekend per week, with a more than two-fold increase when work-home conflicts are present (Maslach et al. 1996).

"The medical specialty trainee is NOT trained on the ward... he/she is trained in a classroom! A trainee doctor with a learning method based on experience and not on a scientific basis could be a danger at the stage where the decision-making is his/her own".

Manifestations of Burnout in Hospital Staff

Burnout in health professionals has serious consequences at both the individual and organisational levels. Hospital workers reported physical exhaustion, depersonalisation and a decreased sense of personal achievement. These symptoms are characteristic of burnout and affect their daily performance (Shanafelt et al. 2009).

Burnout decreases the quality of care, increasing the risk of medical errors and

reducing patient satisfaction. It also increases staff turnover rates, which generates additional costs for the institution. Factors such as work overload, lack of resources and long working hours also contribute significantly to the development of this syndrome (Ungur et al. 2024).

"A disturbing fact... In Mexico, the working hours of a medical student in a speciality exceed 36 hours in the hospital. This behaviour is normalised by academic and administrative staff or even by students with higher academic degrees".

Data from Hospital Centre in South-Eastern Mexico

In the Mexican population, from a social point of view, during medical training, expressions such as 'you never stop studying' and 'you have to prepare yourself a lot' are common from the family nucleus. Everyone expresses the satisfaction of having a doctor, but the question is what happens in the life of an adolescent who reaches adulthood with condoned responsibilities by expressing his or her desire to be a 'doctor' from a very young age (Lopez et al. in prep.).

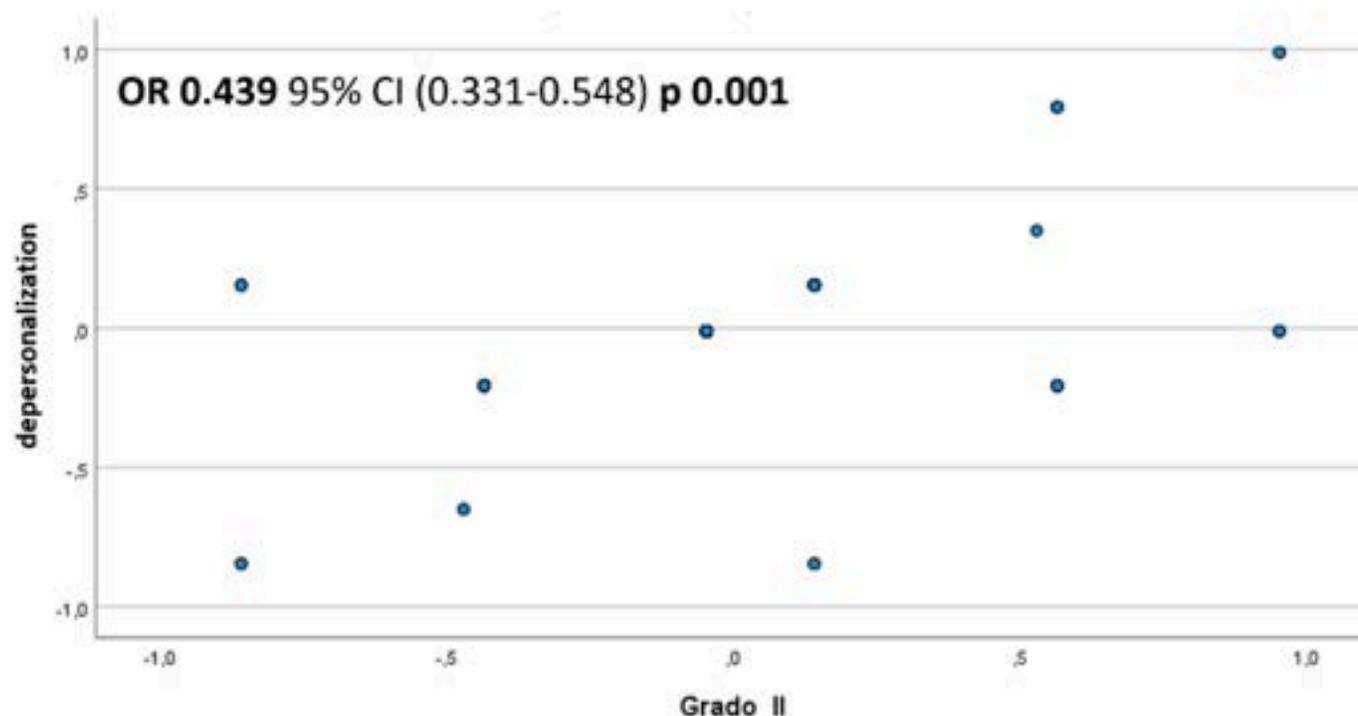


Figure 2. Partial regression grade II and depersonalisation (Lopez et al. in prep.)

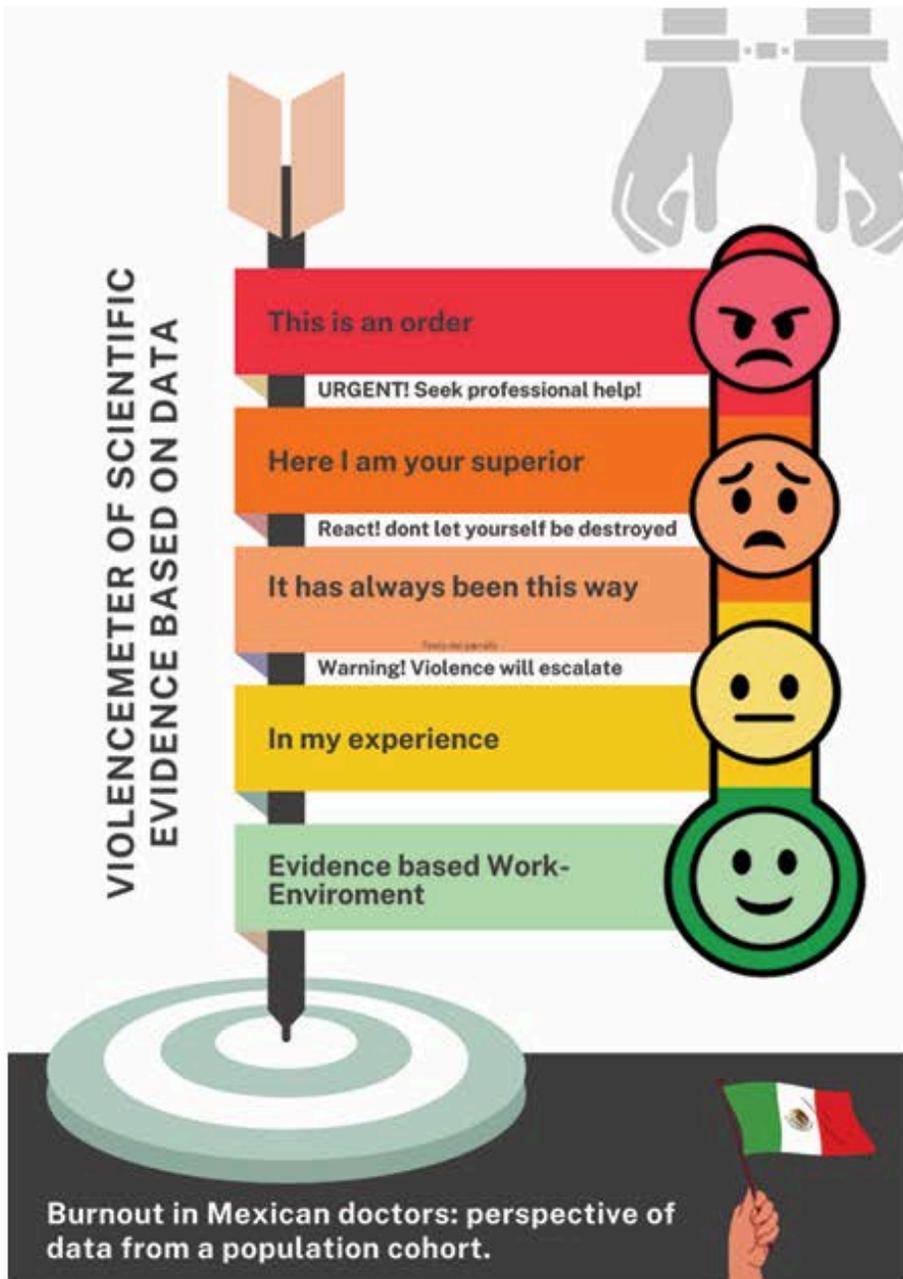


Figure 3. Violence meter of scientific evidence based on data

A population-based cohort study was conducted to obtain the population characteristics of the variables of interest, where 58% were male and 40.7% female; a survey was conducted among residents of medical specialties, where the highest percentage was in the area of internal medicine, with 18.6%, followed by general surgery and traumatology and orthopaedics with 14.5%, and the lowest percentage by the ophthalmology service with 4.1%. The collection instrument used obtained

scores in relation to the characteristics of burnout syndrome; for burnout, a total of 68 residents out of 172 respondents, representing 39.5% of the hospital's resident population; personal accomplishment, a total of 60 residents out of 172 respondents, representing 34.9%; depersonalisation 46 residents out of 172 respondents, representing 26.7%. The characteristics of burnout syndrome in different degrees of severity were explored, and the following data were obtained: degree I 48 residents (27.2%),

degree II 55 residents (32%), degree III 69 residents (40.1%) (Lopez et al. in prep).

Discussion

The study conducted in this hospital in Southeastern Mexico reveals a close relationship between competency assessment practices, job mistreatment and burnout. Although appraisals serve a valuable purpose, their inadequate implementation can have adverse effects on employees' mental health. Moreover, workplace mistreatment intensifies these effects, perpetuating a cycle of stress and emotional burnout. It is crucial that healthcare institutions adopt a holistic approach that considers both individual well-being and the creation of a healthy work environment (Shanafelt et al. 2016).

Low et al. (2019), in a systematic review and meta-analysis with a total of 22,778 physicians in training, demonstrated a high prevalence of burnout syndrome in medical and surgical residents, with a prevalence of 51% (95% CI, 45-57%, I² = 97%) in 22778 residents, as measured by the Maslach tool. Among the specialties with the highest prevalence, radiology (177.16%, 95% CI: 5.99-99.45), neurology (71.93%, 95% CI: 33.09-15.58), and general surgery (58.39%, 95% CI: 32.69-44.37) were the most affected specialties, while psychiatry, oncology and family medicine were the least affected.

Vargas et al. (2023) conducted a systematic review, according to the PRISMA criteria, identifying how work overload, assigned work shift, and the hospital area are relevant factors for the development of burnout syndrome, including 1506 patients with nursing occupations, and correlating burnout syndrome with low work commitment, showing a correlation of 0.46 (95% CI 0.58-0.31).

Ishak et al. (2013) document in a systematic review with meta-analysis with trials described from 1974 to 2011 where burnout syndrome was found to be related to a negative major experience OR 2.594, students rotating on hospital wards and those on night duty were also found to have an increased risk of burnout OR 1.69

and OR 1.48 respectively, no significant frequency was observed with number of duty shifts, number of patients or hospital admissions. A strong relationship was observed between the severity of burnout syndrome and suicidal ideation OR 3.46.

It is important to promote support networks, seek professional support to create and develop a personal strategy to find or maintain meaning in work and training, engage in recreational activities, hobbies, sports and exercise to avoid a delayed gratification mentality (survival mindset), ensure adequate sleep, and maintain personal health and positive reframing (Van der Heijden et al. 2008).

Strategies of Approach

1. Personal adaptation process
2. Balance in vital areas: family, friends, hobbies, rest, work
3. A good working atmosphere with team vision
4. Limiting work schedule
5. Continuous training within the working day

Medical training programmes today need to introduce the concept and curriculum

of self-care, well-being and resilience, as well as mindfulness, work-life balance, dealing with suffering and medical errors, debt management, and positive reframing strategies are useful in primary prevention. It goes without saying that there is a need for a curriculum that includes as a priority the strategies of study, understanding and accompaniment of colleagues in difficulty in order to be empathetic and to project the physician as a health professional, avoiding the accusatory attitude of 'that's your problem' as well as bullying and discrimination as social stigmas that would limit training opportunities (West et al. 2006).

Conclusion

Competence assessment and job abuse are key factors in the development of burnout in hospital settings. Combating this problem requires a coordinated effort that includes improvements in assessment practices, the eradication of mistreatment and the establishment of support programmes for staff. This is the only way to ensure a healthier work environment and higher-quality care for patients.

Conflict of Interest

None.

Acknowledgements

We thank all of the resident physicians who participated in the survey for this project, as well as Dr Abad I. Gómez Medrano, resident of the specialty in emergency medicine at Hospital General de Zona No. 13, 'Norberto Treviño Zapata' of IMSS Matamoros for his contribution.

References

- Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care for the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12:573-6.
- Dyrbye LN, Shanafelt TD. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ*. 2016;50:132-49.
- Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014;89:443-51.
- Ishak W, Nikravan R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*. 2013 Aug;10(4):242-5.
- Lachiner S, et al. Síndrome de Burnout, revisión bibliográfica. *Med Leg Costa Rica*. 2015;32(1):Heredia Jan-Mar.
- Low ZX, Yeo KA, Sharma VK, Leung GK, McIntyre RS, Guerrero A, Lu B, Sin Fai Lam CC, Tran BX, Nguyen LH, Ho CS, Tam WW, Ho RC. Prevalence of burnout in medical and surgical residents: a meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 26;16(9):1479.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
- Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: A social psychological analysis. *Social Psychology of Health and Illness*. 1982;227-251.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1991;2(2):99-113.
- Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA*. 2009;302:1338-40.
- Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA. Potential impact of burnout on the US physician workforce. *Mayo Clin Proc*. 2016;91:1667-8.
- Ungur AP, Bărsan M, Socaciu AI, Răjioveanu AG, Ionuț R, Goia L, Procopciuc LM. A narrative review of burnout syndrome in medical personnel. *Diagnostics [Basel]*. 2024 Sep 6;14(17):1971.
- Van der Heijden F, Dilling G, Barkker A, Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res*. 2008;12:346-6.
- Vargas-Bonítez MÁ, Izquierdo-Espín FJ, Castro-Martínez N, Gómez-Urquiza JL, Albandín-García L, Velando-Soriano A, Cañadas-De la Fuente GA. Burnout syndrome and work engagement in nursing staff: a systematic review and meta-analysis. *Front Med [Lausanne]*. 2023 Jul 10;10:1125133.
- West C, Huschka M, Novotny P, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006;296:1071-8.
- Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Med J Aust*. 2004;181:357-60.



Lesión renal aguda y terapia de soporte renal lenta continua en la unidad de cuidados intensivos; una ventana de probabilidades en población mexicana; del arte a la realidad

Acute kidney injury and continuous slow renal support therapy in the intensive care unit; a window of probability in the Mexican population; from art to reality

Lesão renal aguda e terapia de suporte renal lento contínuo na Unidade de Cuidados Intensivos; uma janela de probabilidade na população mexicana; da arte à realidade

Nancy Rubí Correa Beauregard,* Jorge López Fermín,* Karla Patricia Sánchez Domínguez,* Miguel Ángel Luis Ruiz*

RESUMEN

La lesión renal aguda es una afección frecuente en pacientes críticos, los cuales llegan a ameritar uso de terapia de reemplazo renal. La modalidad de prescripción sigue siendo un pilar fundamental por el costo-beneficio que implica. La prescripción de una modalidad de terapia de reemplazo aún no se esclarece en las indicaciones y criterios establecidos en la literatura (ELAIN, AKIKI, IDEAL ICU, STARRT AKI y AKIKI-2) para someter a pacientes con patologías críticas controversiales a terapias renales lentas continuas y comúnmente manipuladas a conveniencia en unidades de cuidados intensivos, incluso de forma empírica o influenciado por la industria. Al analizar esta problemática en la falta de congruencia en la toma de decisiones de nuestro centro hospitalario, se realizó un estudio local con el fin de obtener el desenlace de los pacientes que inician la terapia de reemplazo renal lenta continua en sus primeras horas de estancia en la unidad, observando una tasa de supervivencia sin un efecto clínico relevante. Considerando las limitaciones como la heterogeneidad de variables implicadas (severidad de la enfermedad condicionante, prescripción, modalidades, datos demográficos de la población estudiada) nuestro grupo de trabajo realizó el siguiente estudio con el fin de obtener líneas de investigación con datos de población del sureste mexicano.

Palabras clave: lesión renal aguda, terapia de reemplazo renal continua, unidad de cuidados intensivos, acidosis metabólica.

ABSTRACT

Acute kidney injury is a frequent condition in critically ill patients, who may require renal replacement therapy. The prescription modality continues to be a fundamental pillar due to the cost-benefit involved. The prescription of a replacement therapy modality is still unclear in the indications and criteria established in the literature (ELAIN, AKIKI, IDEAL ICU, STARRT AKI and AKIKI-2) for subjecting patients with controversial critical pathologies to continuous and commonly manipulated slow renal therapies at convenience in intensive care units, even in an empirical or industry-influenced manner. In analyzing this problem in the lack of congruence in decision making in our hospital center, a local study was carried out in order to obtain the outcome of patients who initiate continuous slow renal replacement therapy in their first hours of stay in the unit, observing a survival rate without a relevant clinical effect. Considering the limitations such as the heterogeneity of the variables involved (severity of the conditioning disease, prescription, modalities, demographic data of the population studied), our working group conducted the following study in order to obtain lines of research with data from the population of southeastern Mexico.

Keywords: acute kidney injury, continuous renal replacement therapy, intensive care unit, metabolic acidosis.

RESUMO

A lesão renal aguda é uma condição comum em pacientes em estado crítico que podem necessitar de terapia de substituição renal. A modalidade de prescrição continua a ser um pilar fundamental da relação custo-benefício. A

prescrição de uma modalidade de terapia de substituição ainda não é clara nas indicações e critérios estabelecidos na literatura (ELAIN, AKIKI, IDEAL ICU, STARRT AKI e AKIKI-2) para submeter os pacientes com patologia crítica controversa a terapias renales lentas contínuas e comumente manipuladas, de acordo com as conveniências das unidades de terapia intensiva, mesmo de forma empírica ou influenciada pela indústria. Ao analisar este problema de falta de congruência na tomada de decisões do nosso centro hospitalar, foi realizado um estudo local com o objetivo de obter a evolução dos pacientes que iniciam terapêutica renal substitutiva lenta contínua nas primeiras horas de internamento na unidade, observando-se uma taxa de sobrevivência sem efeito clínico relevante. Considerando as limitações como a heterogeneidade das variáveis envolvidas (gravidade da doença condicionante, prescrição, modalidades, dados demográficos da população estudada), o nosso grupo de trabalho realizou o seguinte estudo com o objetivo de obter linhas de investigação com dados da população do sudeste do México.

Palavras-chave: lesão renal aguda, terapia de substituição renal contínua, unidade de terapia intensiva, acidose metabólica.

Abreviaturas:

AKI = Acute Kidney Injury (lesión renal aguda)

KDIGO = Kidney Disease: Improving Global Outcomes (enfermedad renal: mejora de los resultados globales)

RIFLE = acrónimo de Risk, Injury, Failure, Loss of kidney function, and End-stage kidney disease (riesgo, lesión, insuficiencia, pérdida de la función renal y enfermedad renal terminal)

TRR = terapia de reemplazo renal

TRRLC = terapia de reemplazo renal lenta continua

UCI = unidad de cuidados intensivos

INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo se han generado conclusiones discrepantes sobre el tiempo de inicio de la terapia de reemplazo renal temprana a diferencia de la tardía, dando importancia a la mayor supervivencia, recuperación renal y reducción de estancia en la unidad de cuidados intensivos y hospitalaria.¹ Para el inicio de la terapia de reemplazo renal necesitamos la colocación de vía intravenosa previo a su ingreso o bien a su llegada a la unidad de cuidados intensivos (UCI). La técnica de referencia para la colocación del catéter debe ser la guiada ecográficamente, generando menor riesgo en falla y mayor prevalencia en su colocación al primer intento en la inserción en sitio yugular, así como menor riesgo de complicaciones como sangrado,

* Hospital de alta especialidad ISSSTE, Veracruz, México.

Recibido: 20/09/2024. Aceptado: 25/09/2024.

Citar como: Correa BNR, López FJ, Sánchez DKP, Luis RMÁ. Lesión renal aguda y terapia de soporte renal lenta continua en la unidad de cuidados intensivos; una ventana de probabilidades en población mexicana; del arte a la realidad. Med Crit. 2024;38(7):575-580. <https://dx.doi.org/10.35366/119530>

disfunción por estenosis o infecciones, en comparación con otros sitios de referencia anatómicos, tomando en cuenta el mayor riesgo de colonización de bacterias en región femoral cuando el paciente cuenta con mayor índice de masa corporal.¹ Se recomienda el uso de catéter de al menos 24 cm de longitud, para así evitar la recirculación, con el puerto venoso 2-3 cm distal a la localización del puerto arterial.¹ Para la valoración del compromiso renal, se ha tomado importancia al índice de resistencia renal, con el cual se evalúa la resistencia vascular al flujo renal como medida de perfusión, con limitaciones propias de los estudios ecográficos al ser operador dependiente y alterado por presencia de taquicardia o presión intraabdominal elevada, teniéndose como predictor de desarrollo de lesión renal aguda estadio 2 a 3 en los próximos siete días, obteniendo la medición a nivel de las arterias segmentarias renales, calculando la diferencia de la velocidad sistólica máxima con la velocidad de fin de diástole, dividida entre la velocidad sistólica máxima, teniendo como valor normal de corte 0.6, alterado en 0.7 para riñones nativos y 0.8 en riñones trasplantados, su precisión aumenta al correlacionar con las escalas de severidad de la Unidad de Cuidados Intensivos para el Adulto (UCIA) y un control estricto de la terapia hídrica.² El principio de la hemodiálisis consiste en el movimiento de solutos de menor tamaño (peso molecular < 500 daltons) por ejemplo urea (60 Da), creatinina (113 Da), electrolitos como sodio (23 Da), fósforo (31 Da), potasio (39 Da) y agua hacia el compartimento dializado. Para definir la insuficiencia renal aguda, a pesar de la presencia de los biomarcadores predictores, aún gira en torno a la creatinina, debido a su fácil disponibilidad y bajo costo.³ Dentro de las modalidades conocemos: 1) hemodiálisis, que es la difusión de moléculas desde el compartimento sanguíneo a la solución del dializado, efectiva en la eliminación de moléculas de bajo peso molecular; 2) hemofiltración, terapia exclusivamente convectiva, en la que se obtiene el ultrafiltrado del plasma a través de una membrana de alto flujo en ausencia de líquido de dializado, la hemofiltración de alto volumen por dosis de sustitución de 50-70 mL/kg/h de administración continua ha sido utilizada como estrategia de soporte en pacientes con choque séptico por la eliminación de mediadores de respuesta inflamatoria por método convectivo; 3) hemodiafiltración, técnica combinada de hemodiálisis y hemofiltración en la que la eliminación de los solutos se realiza mediante los mecanismos de difusión y convección; y 4) hemoperfusión, permite la eliminación de sustancias unidas a proteínas o liposolubles por mecanismo de adsorción.⁴

El consenso ADQI (*Acute Disease Quality Initiative*) en 2020 propone la inclusión de biomarcadores en la estratificación de la lesión renal aguda como medida adicional a los elementos clínicos y funcionales ya utili-

zados, mediante la medición del inhibidor tisular de metaloproteinasas 2 (TIMP-2) y de la proteína 7 de unión al factor de crecimiento similar a la insulina (IGFBP-7), NGAL (proteína asociada a la gelatinasa del neutrófilo humano). Múltiples estudios han intentado resolver la incógnita de cuándo es el momento exacto de inicio de la terapia de reemplazo renal, siendo las mismas indicaciones emergentes: sobrecarga de líquidos resistente a la terapia diurética, acidosis metabólica (pH < 7.15) refractaria al tratamiento médico, hiperkalemia (K > 6.5 mEq/L) refractaria al tratamiento médico, signos y síntomas de hiperuremia (encefalopatía, pericarditis), así como también cuando exista intoxicación con toxinas o drogas dializables, hipertermia refractaria a técnicas de enfriamiento, alteraciones electrolíticas que amenacen la vida en el contexto de una lesión renal aguda, hiperazotemia (BUN > 112 mg/dL) y oliguria sin respuesta al tratamiento médico.² Dentro de los estudios de referencia destacados se encuentran el ELAIN (2016) en el cual se indicó como inicio temprano de la TRR dentro de las ocho horas después del diagnóstico de AKI KDIGO 2, tardío dentro de las 12 horas con AKI KDIGO 3, dentro sus resultados concluyen que la duración de la terapia de reemplazo renal y la duración de la estancia hospitalaria fueron significativamente más cortas en el grupo temprano que en el grupo tardío.⁵ El estudio AKI-KI publicado en 2016 fue un estudio aleatorizado controlado realizado en 31 unidades de cuidados intensivos de Francia de septiembre de 2013 a enero de 2016, incluyendo pacientes adultos con enfermedades críticas con lesión renal aguda grave, 312 recibiendo terapia de reemplazo renal temprana en las seis horas posteriores al diagnóstico de la lesión renal aguda en etapa 3 y 308 terapia de reemplazo tardía hasta 57 horas después del diagnóstico, su resultado primario en cuanto a mortalidad a los 60 días no tuvo diferencia significativa (48.5% en temprano vs 49.7% en retraso). Concluyeron que en pacientes críticos con insuficiencia renal aguda grave, un enfoque temprano de la TRR no proporcionó un beneficio de mortalidad en comparación con un enfoque retrasado cuando la modalidad era predominantemente intermitente, lo que evidencia una debilidad del estudio.⁶ El estudio IDEAL-ICU (2018) es aleatorizado controlado realizado en 29 UCI en Francia (22 hospitales universitarios y siete hospitales generales) entre julio de 2012 y octubre de 2016, en pacientes con choque séptico e insuficiencia renal aguda que marcó como inicio temprano dentro de las 12 horas con AKI RIFLE-F, tardío dentro de las 48 horas con AKI RIFLE-F, teniendo como resultado que no hay diferencia entre las estrategias en cuanto a la mortalidad a 90 días.⁷

En el estudio STARRT-AKI (2020) no hay diferencia en los resultados entre los grupos de terapia de reemplazo renal temprano y tardío⁸ y en el estudio AKIKI-2 (2021) no hay diferencia en los resultados entre los gru-

pos de terapia de reemplazo renal temprano y tardío,⁹ por lo tanto, en general continuamos sin contar aún con resultados concluyentes en cuanto al inicio de la terapia de reemplazo renal.¹ La hemodiálisis intermitente (HDI) y la TRR lenta continua (TRRLC) con hemofiltración son las dos modalidades principales en la unidad de cuidados intensivos. Existe controversia sobre cuál es el óptimo en este entorno. De hecho, la TRRLC permite una eliminación de fluidos más lenta, lo que puede garantizar una mejor estabilidad hemodinámica y un control más lento de la concentración de soluto que la hemodiálisis intermitente (minimizando así el desplazamiento de fluidos). Esta es la razón por la que muchos médicos de cuidados intensivos favorecen el TRRLC al menos en la etapa inicial de la estancia en la UCI.¹⁰

La posible ventaja de iniciar la diálisis más temprano en la lesión renal aguda es que puede mejorar el equilibrio ácido-base, electrolítico y de líquidos, previniendo así complicaciones más graves de la lesión renal aguda y quizás también mejorando la eliminación de toxinas; sin embargo, los datos obtenidos en la actualidad en la literatura publicada a nivel mundial no favorece los desenlaces al evaluar las tasas de supervivencia.⁷

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: analítico, longitudinal, observacional y retrospectivo.

Universo: pacientes con lesión renal aguda ingresados a la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional de Alta Especialidad ISSSTE Veracruz del 01 de enero de 2023 al 30 de julio de 2024.

Diseño de estudio: se analizaron el tiempo de inicio, días de uso de la terapia de reemplazo renal, mejoría de acidosis metabólica y la mortalidad.

Cálculo de la muestra: tipo de muestra no probabilístico por conveniencia. Muestreo no aleatorizado. Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó la fórmula de población finita. El tamaño de muestra total es de 24 pacientes. Intervalo de confianza 95%, margen de error 5%.

Obtención de datos: después de obtener la autorización por parte del comité local de investigación y aprobación, se obtuvieron datos del expediente electró-

nico del departamento de terapia intensiva del Hospital Regional de Alta Especialidad ISSSTE Veracruz.

Consideraciones éticas: se registró de acuerdo con la Declaración de Helsinki, al Código de Núremberg, a la Ley General de Salud de México. Se considera investigación con riesgo mínimo, ya que no se realizará algún tipo de manipulación de variables, de acuerdo con lo establecido por el reglamento de investigación (LGS), con base en el artículo 17 en su fracción I mencionando que será considerada investigación sin riesgo ya que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada.

Variables de interés: se registraron variables de pH inicial y al final de la TRRL, HCO₃ inicial y final, EB inicial y final, fue considerado sobreviviente el individuo al ser dado de alta de la unidad de cuidados intensivos (Tabla 1).

RESULTADOS

Se realizó el registro de 24 pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Alta Especialidad ISSSTE Veracruz.

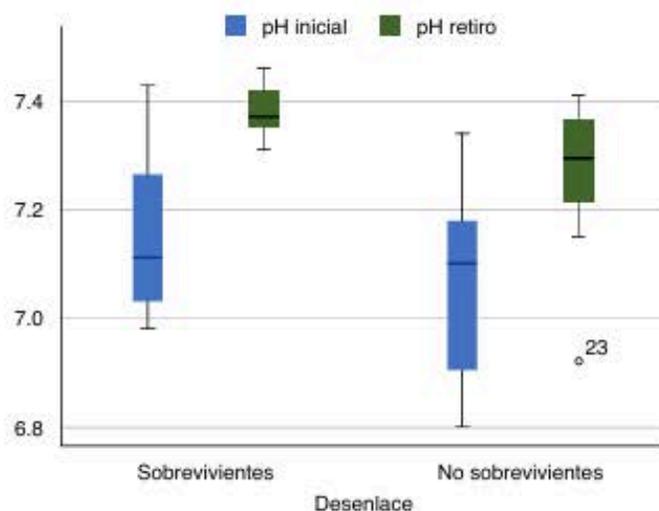


Figura 1: Gráfica de Box plot de sobrevivientes y no sobrevivientes respecto a pH inicial y pH retiro.

Tabla 1: Pruebas de normalidad de variables de interés: prueba de Shaphiro-Wilk y pruebas de forma sin encontrar normalidad en los grupos, representando 52% de desenlace fatal.

	Tiempo (días)	pH		HCO ₃		EB		Desenlace
		Inicial	Retiro	Inicial	Retiro	Inicial	Retiro	
N	válido	23	23	23	23	23	23	23
Asimetría	2.500	-0.087	-2.080	-1.082	0.072	1.800	0.105	
Curtosis	6.071	-0.369	5.796	2.095	-0.310	5.505	0.588	12 (52%)
Prueba S-W	< 0.001	0.199	0.420	0.015	0.055	0.009	0.703	

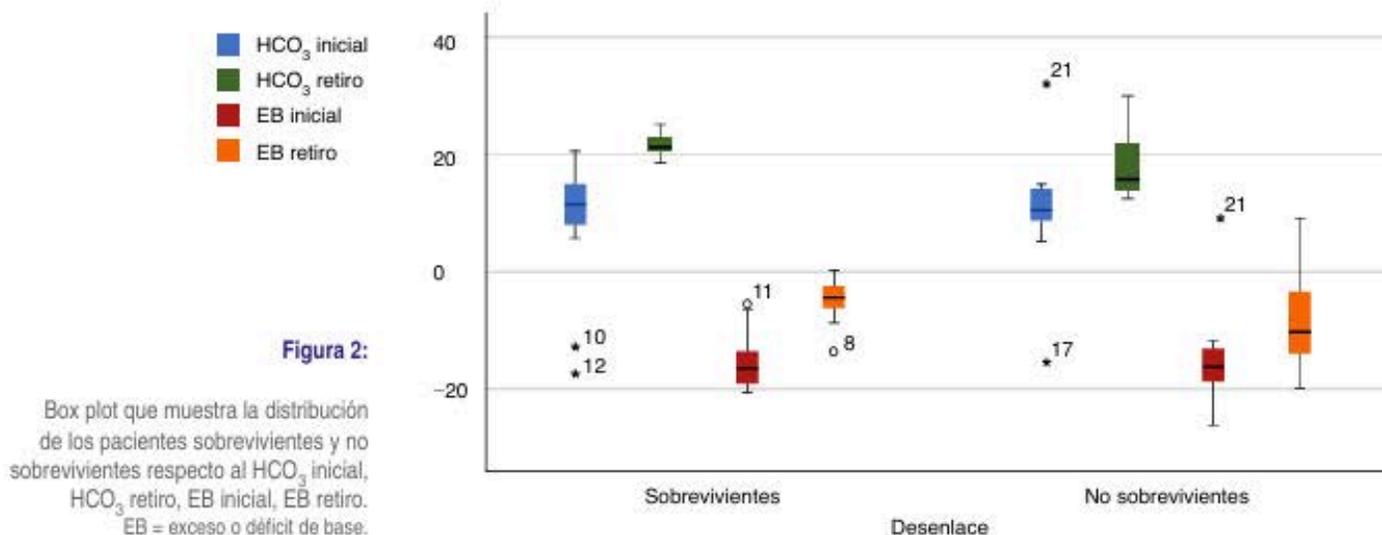
EB = exceso o déficit de base.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos (N = 23).

	DM	Intervalo de confianza al 95%	p	Desviación estándar	Varianza
pH inicial	7.10	6.80-7.43	0.459	0.17451	0.030
pH retiro	7.32	6.92-7.46	0.008	0.11624	0.014
HCO ₃ inicial	9.23	7.3-32.2	0.601	11.0601	122.325
HCO ₃ retiro	19.68	12.4-30.0	0.031	4.5521	20.722
EB inicial	-15.17	-26.3-9.2	0.926	7.1588	51.249
EB retiro	-6.83	-19.9-9.2	0.140	6.5089	42.366

El promedio de pH fue 7.1 al inicio, en el peor de los casos 6.8 y en el mejor de los casos 7.43 ($p = 0.459$), al retiro 7.32 ($p = 0.008$). El promedio de HCO₃ inicial fue 9.23, en el peor de los casos 7.3 y en el mejor de los casos 32.2 ($p = 0.601$), al retiro 19.68 ($p = 0.031$). El promedio de EB fue de -15.17, en el peor de los casos de -26.3 y en el mejor de los casos de -9.2 ($p = 0.926$), al retiro de -6.83 ($p = 0.140$).

DM = diferencia de medias. EB = exceso o déficit de base. IC = intercuartílico.



Se realizó un análisis de normalidad de variables de internet mediante prueba de Shaphiro-Wilk y pruebas de forma sin encontrar normalidad en los grupos, representando 52% de desenlace fatal.

En la estadística descriptiva el promedio de pH fue de 7.1 al inicio, en el peor de los casos 6.8 y en el mejor de los casos de 7.43 ($p = 0.459$), al retiro de 7.32 ($p = 0.008$) (Figura 1), el promedio de HCO₃ inicial fue de 9.23, en el peor de los casos 7.3 y en el mejor de los casos de 32.2 ($p = 0.601$), al retiro de 19.68 ($p = 0.031$), el promedio de exceso o déficit de base (EB) fue de -15.17, en el peor de los casos de -26.3 y en el mejor de los casos de -9.2 ($p = 0.926$), al retiro de -6.83 ($p = 0.140$) (Tabla 2 y Figura 2).

En cuanto a la distribución de supervivencia del tiempo en días de conexión a terapia de soporte renal, se muestra una línea temporal en la cual se observa que a medida que incrementan los días desde el momento en que se inicia la terapia de reemplazo renal lenta continua, podría disminuir la supervivencia (Figura 3).

Mediante análisis no paramétrico de variables de interés y probabilidad de desenlace se analizó que previo al inicio de TRRLC el pH, HCO₃ y EB inicial no

tiene cambio significativo en la mortalidad, al retiro de la TRRLC se observa un cambio significativo en los valores de pH y HCO₃, sin la probabilidad de cambios en el EB (Figura 4).

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se realizó el análisis de los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos con lesión renal aguda en cualquiera de los estadios de acuerdo a la clasificación de KDIGO. La terapia de reemplazo renal lenta continua fue la modalidad utilizada por ser la que garantiza una mejor estabilidad hemodinámica en los pacientes críticos por criterio del intensivista en turno. Diversos ensayos han sido la base para el análisis de las diferentes modalidades, el inicio de la terapia de reemplazo renal, así como los desenlaces de los pacientes que ingresan a una unidad de cuidados intensivos por diferentes causas.

En el estudio ELAIN, publicado por Zarbock A y colaboradores, se realizó un ensayo clínico aleatorizado de un solo centro de 231 pacientes críticamente enfermos con enfermedad renal aguda en etapa 2 (dos veces el

valor inicial o producción urinaria < 0.5 mL/kg/h durante 12 horas) y un nivel plasmático de lipocalina asociada a gelatinasa de neutrófilos superior a 150 ng/mL, inscritos

entre agosto de 2013 y junio de 2015 en un hospital universitario de Alemania, sus resultados refieren que el inicio temprano de la TRR (KDIGO 2 en ocho horas de diagnóstico) redujo significativamente la mortalidad a los 90 días, en comparación con el inicio tardío (KDIGO 3 en 12 horas de diagnóstico). La duración de la terapia de reemplazo renal y la duración de la estancia hospitalaria fueron significativamente más cortas en el grupo temprano que en el grupo tardío. El estudio AKIKI publicado en 2016 por Gaudry S y su equipo fue aleatorizado controlado realizado en 31 unidades de cuidados intensivos de Francia de septiembre de 2013 a enero de 2016, incluyendo pacientes adultos con enfermedades críticas con lesión renal aguda grave, 312 recibiendo TRR temprana en las seis horas posteriores al diagnóstico de la LRA en etapa 3 y 308 TRR tardía hasta 57 horas después del diagnóstico, su resultado primario en cuanto a mortalidad a los 60 días no tuvo diferencia significativa (48.5% en temprano vs 49.7% en retraso).

El estudio STARRT AKI publicado en 2020 por Bagshaw S y su grupo es un ensayo controlado, aleatorizado y multinacional en pacientes con insuficiencia renal aguda grave en estado crítico, los pacientes fueron asignados aleatoriamente para recibir una estrategia

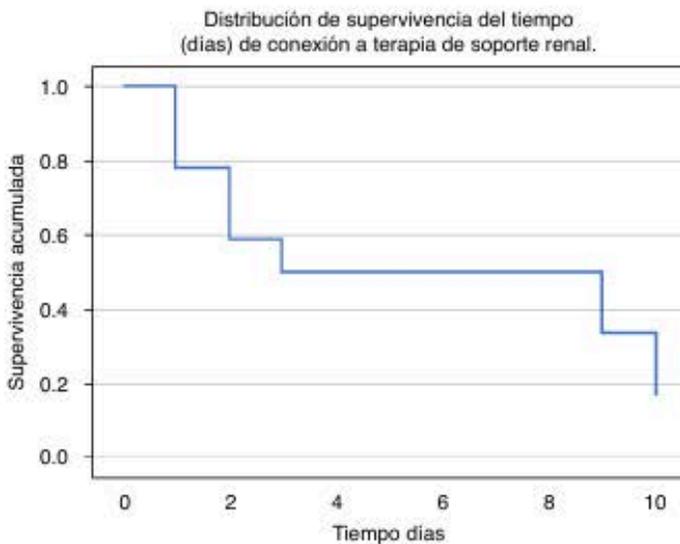


Figura 3: Análisis de supervivencia. Línea temporal en la cual se observa que, a medida que incrementan los días desde el momento en que se inicia la terapia de reemplazo renal lenta continua, podría disminuir la supervivencia.

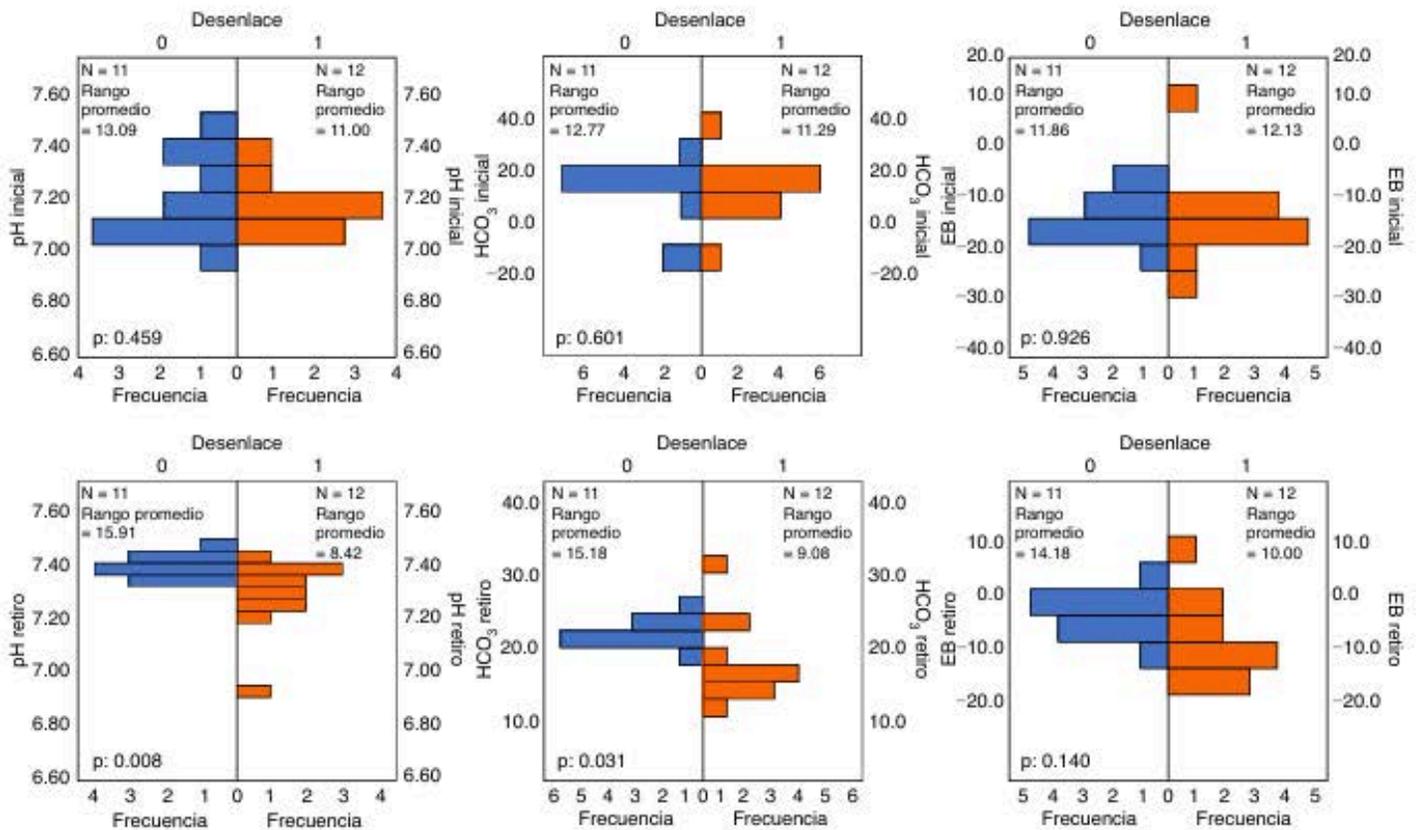


Figura 4: Análisis no paramétrico de variables de interés y probabilidad de desenlace. Previo al inicio de terapia de reemplazo renal lenta continua (TRRLC), el pH, HCO₃⁻ y EB inicial no tienen cambios significativos en la mortalidad; al retro de la TRRLC se observa un cambio significativo en los valores de pH y HCO₃⁻, sin la probabilidad de cambios en el EB. EB = exceso o déficit de base.

acelerada de terapia de reemplazo renal (en la que la terapia se iniciaba dentro de las 12 horas posteriores a que el paciente cumpliera los criterios de elegibilidad) o una estrategia estándar (en la que se desaconseja la terapia de reemplazo renal a menos que se desarrollaran indicaciones convencionales o la insuficiencia renal aguda persistiera durante más de 72 horas). El resultado primario fue la muerte por cualquier causa a los 90 días, concluyendo que en los pacientes con insuficiencia renal aguda grave, una estrategia de reemplazo renal acelerado no se asoció con un menor riesgo de muerte a los 90 días que una estrategia estándar.

De igual manera en el estudio AKIKI 2 publicado en 2021 no se encontró ninguna diferencia relacionada con el uso temprano vs tardío de la TRR con respecto a la mortalidad. Una ventaja del inicio temprano es que puede mejorar el estado ácido base, desequilibrio electrolítico, sobrecarga hídrica disminuyendo complicaciones graves; sin embargo, esto no disminuiría la mortalidad en pacientes muy críticamente enfermos. Nuestro estudio tiene como relevancia que los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos tuvieron un inicio temprano de la TRR en modalidad lenta continua en las primeras 24 horas de su ingreso, como diagnósticos principales sepsis pulmonar, choque séptico y acidosis metabólica refractaria. Bioquímicamente presentan mejoría durante las primeras 12-24 horas después del inicio de la TRRLC, por lo que el tiempo de uso en promedio es de 72 horas. Sin embargo, el desenlace primario < 28 días es la muerte por diferentes causas en 52%. Con lo cual identificamos que el inicio temprano de la terapia de reemplazo renal no se asocia con mejores desenlaces de los pacientes.

CONCLUSIONES

Los pacientes con diagnóstico de lesión renal aguda en estadio 3 con inicio de terapia de reemplazo renal en la modalidad lenta continua en la unidad de cuidados intensivos muestran mejoría bioquímica en las primeras 24 horas posteriores al inicio de la terapia; sin embargo, el desenlace final de estos pacientes incluyen una importante mortalidad debida a otras causas, principal-

mente choque séptico, por lo que es un área de oportunidad para futuras investigaciones, y nuestros resultados sólo debieran considerarse para la generación de otras hipótesis como la comparación de modalidades y las prescripciones en nuestro centro de investigación.

REFERENCIAS

1. Bagshaw SM, Darmon M, Ostermann M, et al. Current state of the art for renal replacement therapy in critically ill patients with acute kidney injury. *Intensive Care Med.* 2017;43:841-854. Available in: <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4762-8>
2. Correa S, Montero O. Lesión renal aguda ¿Qué hay de nuevo en la evidencia? *RFS Revista Facultad de Salud.* 2023; 99-113. Disponible en: <http://journalusco.edu.co/index.php/RFS>
3. Roesler E. Insuficiencia renal aguda en pacientes críticos. *Revista Chilena de Urología.* 2016;81:20-29.
4. Fuentes AV. Terapias de reemplazo renal agudo en pacientes críticos. *Rev Med Clin Condes.* 2024;35(1):14-21. doi: 10.1016/j.rmcl.2023.12.001.
5. Zarbock A, Kellum JA, Schmidt C, et al. Effect of early vs delayed initiation of renal replacement therapy on mortality in critically ill patients with acute kidney injury. *JAMA.* 2016;315(20):2190.
6. Gaudry S, Hajage D, Schortgen F, et al. Initiation strategies for renal-replacement therapy in the intensive care unit. *N Engl J Med.* 2016;375(2):122-133.
7. Barbar SD, Clere-Jehl R, Bourredjem A, et al. Timing of renal-replacement therapy in patients with acute kidney injury and sepsis. *N Engl J Med.* 2018;379(15):1431-1442.
8. STARRT-AKI Investigators; Canadian Critical Care Trials Group; Australian and New Zealand Intensive Care Society Clinical Trials Group, et al. Timing of initiation of renal-replacement therapy in acute kidney injury. *N Engl J Med.* 2020;383(3):240-251.
9. Gaudry S, Hajage D, Martin-Lefevre L, et al. Comparison of two delayed strategies for renal replacement therapy initiation for severe acute kidney injury (AKIKI 2): a multicentre, open-label, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2021;397(10281):1293-1300.
10. Gaudry S, Grolleau F, Barbar S, et al. Continuous renal replacement therapy versus intermittent hemodialysis as first modality for renal replacement therapy in severe acute kidney injury: a secondary analysis of AKIKI and IDEAL-ICU studies. *Crit Care.* 2022;26(1):93.

Financiamiento: los autores declaran no tener algún tipo de patrocinio.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener algún tipo de conflicto de intereses.

Correspondencia:

Jorge López Fermin

E-mail: salemcito@gmail.com



CON EL USO DE
ILAPRAZOL
PARA EL MÉDICO
DE PRIMER CONTACTO

CASO 31

ERGE típico

Introducción

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) se define como el ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica, que causa síntomas o daño estructural afectando el bienestar y la calidad de vida de los individuos que la padecen. La ERGE tiene una prevalencia variable dependiendo de la zona geográfica y es difícil de estimar debido a la heterogeneidad de los estudios. La prevalencia más alta se ha reportado en el

sur de Asia y sudeste de Europa siendo mayor a 25%, y la más baja, menor de 10%, en Francia y Canadá. En los Estados Unidos, la prevalencia de síntomas de ERGE tiene un rango de 6% hasta 30%, dependiendo del cuestionario utilizado, la duración y frecuencia de los síntomas para el diagnóstico. En México, de acuerdo con lo reportado en el estudio SIGAME (Síntomas Gastrointestinales en México), la presencia de pirosis al menos una vez la semana puede afectar hasta 12.1% de la población (IC 95%, 11.09 a 1.3).

Es una entidad heterogénea con diferentes formas de presentación, considerándose de acuerdo con el Consenso de Montreal, la pirosis y la regurgitación. De acuerdo con esta clasificación, el dolor torácico de posible origen esofágico (una vez que se ha descartado patología cardíaca de forma adecuada) forma parte de los síndromes sintomáticos de la ERGE. Por otra parte, existen manifestaciones atípicas o extraesofágicas como son la tos, laringitis, asma, erosiones dentales e incluso otitis media que probablemente pueden asociarse a la ERGE. Sin embargo, es muy importante destacar que estos síntomas atípicos en ausencia de síntomas típicos (pirosis o regurgitación), la probabilidad de que sean por ERGE es muy baja. Además de la clasificación sintomática, existe una clasificación fenotípica endoscópica que permite establecer si existe daño mucoso o no.

De acuerdo con esta la ERGE puede clasificarse en:

A. ERGE no erosiva

Dr. José María Remes Troche

- Médico Gastroenterólogo y Endoscopista egresado del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
- Posgrado en Neurogastroenterología por parte de la Universidad de Iowa.
- Maestría en Ciencias Médicas, UNAM.
- Director del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana.
- Miembro de la Academia Nacional de Medicina de México.
- Investigador Nacional Nivel III del Sistema Nacional de Investigadores.
- Presidente de la Asociación Mexicana de Neurogastroenterología de México.



Video introductorio
del autor

- B. ERGE erosiva
- C. Esófago de Barrett

Al igual que en la población mundial, la variedad fenotípica más frecuente en México es la Enfermedad por Reflujo No Erosiva (ERNE), la cual se estima que está presente en 50-60% de los pacientes con ERGE. Por otro lado, la ERGE erosiva si bien en la actualidad es menos común, es la que más se asocia a los síntomas típicos de la ERGE.

Paradójicamente los pacientes con esófago de Barrett son los que menos intensidad de síntomas reportan a lo largo de años, quizás explicado un poco por la desensibilización que puede ocasionar el epitelio metaplásico.

Historia clínica

Identificación y antecedentes

Se trata de una paciente femenina de 43 años, contadora pública, niega tabaquismos. Consumo ocasional de alcohol (vino tinto 2 copas los fines de semana). Antecedentes heredofamiliares irrelevantes. Toma múltiples suplementos vitamínicos como vitamina C, vitamina A y calcio. Refiere que para el manejo del estrés toma frecuentemente jengibre o menta. Reporta que, debido a su trabajo, sus hábitos alimentarios son muy irregulares con ayunos prolongados y en ocasiones cenas abundantes. Padece de insomnio y ocasionalmente migraña que mejora con la ingesta de ketorolaco.

Padecimiento actual

Acude a consulta por padecer pirosis y regurgitaciones que ella refiere de toda la vida (al menos 15 años). Recuerda que las crisis se han asociado en el pasado a malos hábitos higiénico dietéticos, ayunos prolongados y estrés. También refiere múltiples episodios de dolor epigástrico y náuseas, así como inflamación y distensión abdominal. Ha tomado de forma intermitente a lo largo de su vida omeprazol,

pantoprazol y trimebutina por temporadas que van de 2 a 4 semanas con mejoría parcial.

Refiere que en los últimos 6 meses la pirosis se ha acentuado durante el día (2-3 veces a la semana) y que incluso ha tenido episodios nocturnos que han requerido la ingesta de antiácidos. Decidió aumentar la dosis de omeprazol a 40 mg cada 12 horas, sin mejoría.

Aunque ha estado tomando tratamiento a demanda y ha acudido con varios médicos generales le preocupa que nunca ha tenido un diagnóstico correcto y la cronicidad de sus síntomas. Acude con un médico general a quién le externa esta preocupación, y decide referirla a gastroenterología para su apropiado estudio y valorar tratamiento y la duración de estos.

Exploración física

La exploración física demuestra que es una paciente con peso normal (índice de masa corporal de 24.8 kg/m²), frecuencia cardíaca de 84 latidos por minuto, presión arterial de 120/80 mmHg. Sin datos de irritación laríngea, campos pulmonares limpios y bien ventilados. El abdomen discretamente plano, sin palpase tumores, con adecuados ruidos peristálticos. El resto de la exploración fue irrelevante.

Sospecha diagnóstica

Esta paciente tiene síntomas típicos de ERGE (pirosis), y de acuerdo con los antecedentes (consumo ocasional de antiinflamatorios, suplementos, etc.) y sus hábitos alimenticios es probable que estos sean los factores desencadenantes. Además, tiene historia de síntomas compatibles con síndrome de intestino irritable. En ese sentido, la paciente tiene síntomas típicos de ERGE de larga evolución (más de 5 años), y no conocemos cual es su fenotipo desde el punto de vista endoscópico. Como se mencionó previamente, es importante conocer el fenotipo de la enfermedad para entonces orientar de forma apropiada el tratamiento. Así pues, la paciente es candidata para estudiarse endoscópicamente.



Figura 1. Endoscopia que demuestra la presencia de una erosión mayor a 5 mm, que corresponde a una esofagitis grado B de la clasificación de Los Ángeles (A). Maniobra de retroflexión donde se muestra un pinzamiento diafragmático normal (B).

Pruebas complementarias

Se realizó una endoscopia superior en donde se demuestra (figura 1), a nivel de la unión esofagogástrica una erosión mayor a 5 mm en un pliegue compatible con una esofagitis erosiva grado B de Los Ángeles (A). No existe evidencia de endoscópica de hernia hiatal, sin embargo, y a la maniobra de retroversión (B) se observa el pinzamiento del diafragma normal. El fondo, cuerpo y antro gástrico con eritema discreta sin evidencia de úlceras o erosiones.

Diagnóstico diferencial

Es claro que este paciente tiene una enfermedad erosiva grado B leve (una sola erosión en un pliegue, pero mayor a 5 mm), lo cual la clasificaría como una ERGE erosiva. No existe hernia hiatal ni lesiones gástricas, por lo cual es probable que el factor más relacionado con su enfermedad sean sus hábitos alimentarios y estilo de vida. Por otro lado, al tener síntomas de más de 5 años de evolución se descarta complicaciones crónicas de la ERGE como el esófago de Barrett.

Diagnóstico final

ERGE erosiva grado B de Los Ángeles con síntomas típicos.

Plan terapéutico

El objetivo del tratamiento de la ERGE debe de individualizarse y dependerá de la variante de la enfermedad y de la intensidad de los síntomas. Así pues, de acuerdo con su fenotipo (ERGE erosiva) el control sintomático, la cicatrización de las erosiones y evitar el desarrollo de estenosis. Las guías actuales recomiendan iniciar con dosis estándar durante 4 a 8 semanas en pacientes con sintomatología típica de ERGE leve (A y B) y hasta 12 semanas en los casos severos (C y D) para obtener cicatrización. Posterior a esto y en caso de lograr control sintomático, reducir la dosis hasta alcanzar la dosis mínima terapéutica. En algunos casos puede llegarse incluso a suspender el medicamento y reiniciar con dosis mínima en caso recaída y plantear un tratamiento a demanda.

Con estas consideraciones se decidió iniciar con una dosis de 20 mg de ilaprazol y se explicó que la debería de tomar al menos 30 minutos antes del desayuno por 2 semanas y así poder evaluar la eficacia. Se le recomienda también dejar de consumir el jengibre y la menta (se han asociado a incremento de relajaciones transitorias del esfínter) y evitar ayunos prolongados y la ingesta de alimentos irritantes, alcohol y grasa sobre todo por la noche.

A las dos semanas acude a valoración y refiere una mejoría de 90%, prácticamente sin episodios nocturnos. Se baja la dosis de ilaprazol a 10 mg y se le recomienda completar 6 semanas más (total de 8 semanas para lograr la cicatrización de las lesiones previamente descritas). A las 8 semanas de haber iniciado el tratamiento regresa prácticamente asintomática y se le recomienda quedarse con tratamiento a demanda.

En este caso se optó por utilizar ilaprazol, ya que este inhibidor de la bomba de protones (IBPs) de segunda generación tiene el mejor perfil farmacológico en comparación con los IBPs convencionales. En los estudios pivote de este fármaco se ha demostrado que para esofagitis erosiva, la dosis de 20 mgs durante 8 semanas brinda un porcentaje de cicatrización de 86.7% y la resolución de síntomas aparece en una mediana de 32 días.

Después de 5 días de administración oral de 10 o 20 mg se logra mantener el pH intragástrico por arriba de 4 (el parámetro fisiológico que más se correlaciona con cicatrización) durante un tiempo promedio de 17.6 y 191 horas, respectivamente. Incluso se describe que la proporción de pacientes que mantienen el pH intragástrico por arriba de 4

durante el tiempo después de la administración entre 0.4 horas, >4-9 horas, > 9-12 horas, >12-16 horas y 16 a 24 horas para ilaprazol de 10 mgs es de 84.8%, 83.7%, 78.7%, 91.7% y 50.1%, respectivamente.

Con esta decisión terapéutica garantizamos la resolución de síntomas y la cicatrización en este caso.

Bibliografía

- Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol*. 2022; 117(1):27-56.
- Huerta F, Tamayo JL, Noble A, et al. Consenso Mexicano de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. Parte I. *Rev Gastroenterol Mex*. 2012; 77:193-213.
- Vakil N, Van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*. 2006; 101:1900-20.
- Huerta F. Epidemiología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Remes JM. Síntomas gastrointestinales en México. Un estudio epidemiológico. ASECOM. 2015; 27-49. ISBN 978-607-96924-0-7.
- Huerta F, Bielsa MV, Remes JM, et al. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease: recommendations of the Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016; 81:208-222.
- Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E, et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut*. 2018 Jul; 67(7):1351-1362.
- Yadlapati R, Kahrilas PJ, Fox MR, et al. Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0. *Neurogastroenterol Motil*. 2021 Jan; 33(1):e14058. DOI: 10.1111/nmo.14058.

Para Chinoín Productos Farmacéuticos es un honor poder compartir el lanzamiento de un nuevo espacio diseñado y creado para usted, nuestro mejor aliado en la salud.

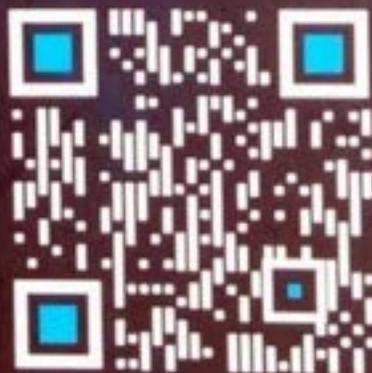
¿LO IMAGINA?

- Actualización médica con puntaje de recertificación.
- Casos clínicos y perspectivas de líderes de opinión.
- Acceso a eventos y contenido exclusivo.

Gastro-In
www.gastroin.com

DONDE EL UNIVERSO DE LA
GASTROENTEROLOGÍA COBRA VIDA

¿CÓMO ME
REGISTRO?



Clic en "Acceso al Profesional de la Salud"
Complete sus datos, y ¡listo!

CHINOÍN®



Colegio de Médicos del Estado
de Veracruz A.C.



Cajoncito

4x3x2m

Castillo

4x3x3m



Escaladora

5x3x2m



 INFLABLES
 CHIQUIKIDS
 229 265 9150



Renta de Inflables



¡GRATIS! tu personaje favorito 🎉

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

CHIKI
KIDS
INFLABLES

INFLABLES
CHIKIKIDS
229 265 9150

© 2023 Chiqui Kids Inflatables