



Colegio de médicos del estado de Veracruz



**Entre el orgullo patrio y la urgencia
del cambio, amar a México es
construirlo**



VEN A RELAJARTE

ALBERCA Y JACUZZI

ÁREA DE PLAYA

BAR

EXPERIENCIAS

EVENTOS AL EXTERIOR

VEN A DIVERTIRTE



CASAROCA

Descanso y Más

WWW.CASA-ROCA.MX

Índice

6

Nuestras actividades

29

Infografía clave en el diagnóstico y tratamiento del Evento Vascular Cerebral

32

Planes personales de retiro

37

México
Entre el orgullo patrio y la urgencia del cambio

44

Día Mundial de la Seguridad del Paciente
Prioridad estratégica para los sistemas de salud

49

9 de octubre
Día Mundial de la Visión.

56

16 de septiembre, Día Mundial de la Cardiología Intervencionista

59

La disfunción sexual femenina como presagio de enfermedad cardiovascular en mujeres posmenopáusicas

65

17 de octubre
Día Mundial contra el dolor.

Índice

70

18 de octubre
Día Mundial de la
Menopausia.

77

Poliomielitis.

91

14 de septiembre Día
Mundial de la
Dermatitis Atópica.

98

Transición del modelo
patogénico al salutogénico

103

Herbolaria ficticia
Un problema de índole
internacional.

108

La Crianza como factor
determinante para una vida
saludable y resiliente



Colegio de Médicos del Estado
de Veracruz A.C.

Nuestras actividades





COLEGIO DE CIRUJANOS GENERALES DE VERACRUZ

REUNIÓN REGIONAL SUR DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA GENERAL (AMCG)



Del 16 al 19 de julio de 2025, en el marco del World Trade Center de Boca del Río, se llevó a cabo la Reunión Regional Sur de la Asociación Mexicana de Cirugía General (AMCG), con la participación de las delegaciones de Puebla, Oaxaca, Guerrero y Veracruz. El Colegio de Cirujanos Generales de Veracruz, presidido por el Dr. Serafín Guillermo Ortiz Navarrete, fungió con orgullo como anfitrión y organizador de este magno evento.

El encuentro contó con el valioso respaldo de la Gobernadora del Estado, Ing. Rocío Nahle García, a través de la Secretaría de Turismo de Veracruz, así como con la presencia de distinguidas autoridades nacionales de la AMCG, entre ellas el Dr. Javier Carrillo Silva, presidente nacional, y el Dr. Antonio Chalita Manzur, segundo vicepresidente. El aval académico fue otorgado por la Universidad Veracruzana, a través del Dr. Jorge Genaro Vicente Martínez, vicerrector de la región Veracruz, y el Dr. Julio César Viñas Dosal, director de la Facultad de Medicina.

La respuesta fue entusiasta: 320 congresistas se inscribieron, incluyendo cirujanos socios y no socios, residentes de cirugía general, personal de enfermería y estudiantes de medicina beneficiados con becas de la UV.

El programa inició el 16 de julio con el Taller teórico-práctico de confección segura de anastomosis intestinales por abordaje mínimamente invasivo, dirigido por el Dr. Ricardo Martínez Abundis, con la participación de profesores nacionales y locales, además del apoyo de Johnson & Johnson, que proporcionó instrumental especializado.

Durante los días 17 al 19 de julio, se desarrollaron módulos temáticos de gran relevancia, abordando:

- Cirugía segura y sepsis
- Hernias
- Simulación quirúrgica
- Colon y recto
- Hígado y vías biliares
- Pie diabético
- Cirugía robótica
- Misceláneos: trasplante multivisceral, patología tiroidea
- Historia de la medicina prehispánica en Veracruz
- Poesía dedicada al cirujano





El 18 de julio destacó el Taller de confección de simuladores de bajo costo para cirugía general y la sesión sobre fotoluminiscencia en heridas, innovaciones que despertaron gran interés entre los asistentes.

Como cierre, se realizó una rifa académica con generosas donaciones: dos Tratados de Cirugía General de la AMCG, ocho ejemplares del Dr. Justo Cabriales sobre pie diabético, cinco libros de Historia de la Medicina del Dr. Federico Roesch D., y una lámpara de fotoluminiscencia.



Concluyó así una reunión memorable, que reafirmó el compromiso del Colegio de Cirujanos Generales de Veracruz y de la AMCG con la excelencia académica, la innovación en la práctica quirúrgica y la formación de nuevas generaciones de profesionales de la salud.



El Colegio de Médicos del Estado de Veracruz, como organismo que representa la unidad y el respaldo del gremio médico, refrenda su compromiso de estar siempre presente y de apoyar todas las actividades académicas que fortalezcan la actualización, la investigación y la calidad en la atención de la salud.





HOMENAJE AL SR. DR. ROBERTO BAUTISTA VÁZQUEZ

En el marco de la Reunión Regional Sur de la AMCG y del Colegio de Cirujanos Generales de Veracruz, celebrada del 16 al 19 de julio de 2025 en el World Trade Center de Boca del Río, el día jueves 17 de julio se rindió un merecido y emotivo homenaje al SR. DR. ROBERTO BAUTISTA VÁZQUEZ, cirujano general que, entre otros méritos, es fundador del Colegio de Cirujanos Generales de Veracruz.

La semblanza estuvo a cargo del Dr. Alfonso Pérez Morales, quien con elocuencia y profundo afecto narró la vida del Dr. Bautista: desde sus orígenes y formación básica en el puerto de Veracruz, su trayectoria profesional en la especialidad de cirugía en Monterrey, N.L., hasta su destacada labor en la UMAE 14 del IMSS Lic. Adolfo Ruiz Cortines, donde ejerció con entrega hasta el día de su jubilación.

Se resaltó su personalidad férrea y luchadora, siempre defensora de las causas justas, vigilante de la legalidad en su hospital y en el colegio, y sobre todo, un médico entregado al cuidado de sus pacientes, a quienes atendió sin distinción alguna, con responsabilidad, honestidad y un profundo sentido humano.

En alguna ocasión expresó con claridad su visión:

“Yo tengo un sueño.
Sueño con una sociedad de cirujanos egresados de mi hospital, una sociedad fuerte y representativa, una sociedad creativa y propositiva, una sociedad reconocida y respetada, una sociedad orgullosa de su Alma Mater. Espero muy pronto ver realizado mi sueño.”

Hoy, ese anhelo se ha concretado. El colegio que ayudó a nacer y por el que luchó con pasión, es ahora la realidad que imaginó: un gremio fuerte, unido y respetado.

Gracias, Dr. Roberto Bautista Vázquez, por ser un visionario, un luchador incansable y un ejemplo de entrega. Su legado permanece vivo en la historia y en el corazón de la cirugía veracruzana.



PRIMER CONGRESO REGIONAL DE GERIATRÍA DEL ESTADO DE VERACRUZ: “GERIATRIZANDO LA MEDICINA”

El Primer Congreso Regional de Geriatría del Estado de Veracruz: “Geriatriizando la Medicina” representó un hecho histórico para nuestro gremio médico, pues puso en el centro de la atención a una de las poblaciones más valiosas y, a la vez, más vulnerables: nuestros adultos mayores.

Este evento representa no sólo un logro académico, sino también un paso fundamental para atender una de las realidades más trascendentes de nuestro tiempo: el envejecimiento poblacional.

Hoy sabemos que México, y particularmente nuestro estado de Veracruz, enfrenta un crecimiento sostenido de su población adulta mayor. Atender a este sector no puede limitarse a la buena voluntad; requiere conocimiento especializado, trabajo interdisciplinario y un profundo sentido humano. Y eso es precisamente lo que ofrece la Geriatría: una visión integral que no sólo trata enfermedades, sino que valora la fragilidad, la funcionalidad, la dignidad y la calidad de vida en cada etapa.

Este congreso es un llamado a “geriatriizar” la medicina, a recordar que la práctica médica debe adaptarse a las nuevas realidades demográficas, y que todo médico —independientemente de su especialidad— necesita herramientas para atender con competencia y sensibilidad a los pacientes de edad avanzada.



Se llevó a cabo con gran éxito, logrando un aforo sobresaliente que superó las expectativas de los organizadores.

A lo largo de las jornadas, se abordaron temas de enorme trascendencia para la atención integral de las personas mayores: síndromes geriátricos, sarcopenia, fragilidad, deterioro cognitivo, demencia, insuficiencia cardíaca, hipertensión, fibrilación auricular, diabetes, hipotiroidismo, discriminación y maltrato, cuidados paliativos y vacunación, entre otros. Cada una de las conferencias despertó un profundo interés, siendo altamente valoradas por los participantes.

El ambiente del Congreso se distinguió por un marco de cordialidad, compañerismo y amistad, que facilitó el intercambio de experiencias entre especialistas, residentes, médicos de diversas áreas y profesionales de la salud. La riqueza académica se complementó con el espíritu humano que caracteriza a la Geriátrica: una medicina comprometida con la dignidad y el cuidado de las personas mayores.

Como Colegio de Médicos del Estado de Veracruz, expresamos nuestro reconocimiento a los organizadores, ponentes y asistentes por hacer posible este evento histórico, que marca el inicio de una nueva etapa en la atención geriátrica en nuestra región.

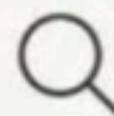
Con este primer congreso, confirmamos que “geriatrizar la medicina” no es sólo una necesidad, sino una realidad en construcción que beneficiará a toda nuestra sociedad.





Finca Monarca

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



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

Más información: 2299037869 ✨

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

Contacto:
mail: fincamonarcacafe@gmail.com
Facebook: Finca Monarca
Instagram: [finca.monarca](https://www.instagram.com/finca.monarca)



XXI CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA Y VI FORO DE INVESTIGACIÓN

UN ESPACIO DE ACTUALIZACIÓN, CIENCIA Y TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

El Colegio de Médicos del Estado de Veracruz tuvo el honor de participar en la inauguración del XXI Curso de Actualización en Anestesiología y VI Foro de Investigación, un evento que reunió a especialistas, residentes y estudiantes en torno a uno de los pilares de la práctica médica moderna: la anestesiología.

Se destacó la importancia de esta especialidad al señalar que “detrás de cada procedimiento exitoso existe siempre la mano experta y la mirada vigilante de un anestesiólogo. La anestesiología no es solamente la ciencia del control del dolor y la estabilidad hemodinámica, sino también un arte de acompañar al paciente en sus momentos de mayor vulnerabilidad”.

El acto inaugural contó también con la participación del Presidente del Colegio de Anestesiólogos del Estado de Veracruz, Dr. Francisco Cruz, quien ofreció unas emotivas palabras de bienvenida, resaltando la relevancia del curso para la actualización y el fortalecimiento del gremio. Posteriormente, el Dr. Alberto Tenorio, en representación del Dr. Julio César Viñas, Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, tuvo a su cargo la inauguración oficial del evento, subrayando la importancia del trabajo académico y la vinculación interinstitucional, Así como también contamos con la presencia del Presidente del Colegio de Médicos del Estado de la Cruz, el Dr. Rafael Álvaro Barragán Castañeda.

El programa académico incluyó temas de gran relevancia clínica, como la anestesia en el trasplante renal, la disfunción cognitiva perioperatoria, el dolor neuropático, la rotación de opioides en el perioperatorio, los bloqueos guiados por ultrasonido en niños, el protocolo de extubación en pacientes neuro críticos, el manejo de comorbilidades en escenarios críticos, las actualidades en reanimación cardiopulmonar avanzada y el abordaje del evento vascular cerebral en pacientes anticoagulados, entre otros.



Además del programa de conferencias, el curso contó con espacios prácticos de gran éxito, entre los que sobresalió el taller de ultrasonografía para anestesia pediátrica, ampliamente reconocido por los participantes por su utilidad y aplicación directa en la práctica clínica. De igual manera, el taller de investigación y la presentación de carteles brindaron la oportunidad de fortalecer la cultura científica, promover el intercambio de experiencias y estimular la participación de las nuevas generaciones en la construcción de conocimiento.

El encuentro se caracterizó por un clima de colaboración, amistad y profundo interés académico, convirtiéndose en un espacio donde la anestesiología reafirmó su papel central dentro de la práctica médica moderna. Más allá de la técnica y la ciencia, este foro evidenció la capacidad de la especialidad para mejorar la seguridad del paciente y elevar la calidad de la atención en cada procedimiento.

La clausura estuvo marcada por un merecido reconocimiento a los organizadores, ponentes y asistentes, cuyo esfuerzo y participación dieron realce a esta vigésima primera edición.

La clausura estuvo marcada por un merecido reconocimiento a los organizadores, ponentes y asistentes, cuyo esfuerzo y participación dieron realce a esta vigésima primera edición.



Homenaje a la Dra. Germania Zarrabal Ramírez

Semblanza de vida, sabiduría y legado profesional

En el marco del XXI Curso de Actualización en Anestesiología y VI Foro de Investigación, se rindió un merecido homenaje a la Dra. Germania Zarrabal Ramírez, ejemplo de entrega, ética y compromiso con la medicina. Su trayectoria, marcada por la excelencia académica y la cercanía humana, ha dejado huella en generaciones de anestesiólogos y en la historia de la medicina veracruzana.



Nacida en el puerto de Veracruz, hija de la señora Estela Ramírez y del Lic. Francisco Zarrabal Muñoz, la doctora Zarrabal creció en un ambiente donde los valores familiares marcaron el rumbo de su vida. Fue madre de Germania, Ángel, Amauri y Cristian, quienes han sido parte esencial de su mayor orgullo: su familia.

Cursó sus estudios en el Ilustre Instituto Veracruzano y posteriormente en la Facultad de Medicina “Miguel Alemán Valdés” de la Universidad Veracruzana. Su vocación la llevó a especializarse en Anestesiología en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz, obteniendo el título en 1968.

Una maestra entre maestras

Su vida profesional se distinguió no sólo por la práctica clínica, sino por su pasión docente. Generaciones de médicos recuerdan su mirada clínica y su palabra serena, que inspiraban confianza y transmitían la esencia de la vocación médica.



Vida personal y legado humano

La calidez y cercanía que la caracterizaron en su vida profesional tuvieron origen en su seno familiar. Celebró con alegría su jubilación en 1998, rodeada del cariño de sus seres queridos, hijos políticos, nietos y entrañables amistades como la de la Dra. Ángela Medina.

Su vida se enriqueció con colegas que se volvieron amigas y con un círculo de amistades que permaneció firme a lo largo de los años.



Reconocimientos y aportación académica

El Colegio de Anestesiólogos del Estado de Veracruz reconoció ampliamente su trayectoria y compromiso con la educación continua. Participó activamente en sesiones mensuales de actualización, convencida de que el aprendizaje nunca se detiene y que la enseñanza es también un acto de servicio.



Un legado de gratitud

En este homenaje, sus alumnos, colegas y amigos expresaron su admiración y cariño a una mujer que supo unir la sabiduría académica con la sencillez y el calor humano.

“Con admiración y cariño: tus alumnos, colegas y amigos. ¡Gracias!” fue la frase que cerró el emotivo tributo, recordando que la vida de la Dra. Zarrabal trasciende en cada médico que tuvo la fortuna de aprender de ella.





Respira tranquilo con Infra Médica

Oxigenoterapia clínica y domiciliaria.

¿Qué es?

Terapia de administración controlada de oxígeno suplementario en pacientes con hipoxemia aguda o crónica.

Infra Médica ofrece:

- Renta y venta de concentradores de oxígeno.
(renta por día, semana o mes)
- Instalación y monitoreo profesional domicilio.
- .Capacitación para pacientes y cuidadores.
- Mantenimiento de equipos.

Contáctanos

Eduardo Molina Juárez
Especialista Clínico
Tel: +52 221 181 0195
eduardo.molina@infra.com.mx

Julio Cesar Bolaños
Ejecutivo de Cuenta
Tel: +525565316019
julio.bolanos@infra.com.mx



8º FORO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA Y DERECHOS HUMANOS Y 1ER ENCUENTRO VERACRUZANO DE EDUCACIÓN MÉDICA

"Dignidad y excelencia, costumbres en la educación y salud"

Del 25 al 29 de agosto de 2025 se llevó a cabo, en distintas sedes de la Universidad Veracruzana y del Hospital de Alta Especialidad de Veracruz, el 8º Foro Internacional de Educación Médica y Derechos Humanos, en conjunto con el 1er Encuentro Veracruzano de Educación Médica, un espacio académico de gran relevancia que reunió a estudiantes, docentes, investigadores y profesionales de la salud.

Antecedentes y objetivos

El Observatorio de Educación Médica y Derechos Humanos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, que desde 2018 organiza este foro anual, en esta edición sumó esfuerzos con la Academia Nacional de Educación Médica, Capítulo Veracruz y la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, Región Sur-Sureste, con el propósito de:

- Analizar la problemática de la planta docente de internos, pasantes y residentes desde un enfoque de derechos humanos.
- Generar propuestas para fortalecer la educación médica en el Estado de Veracruz.
- Consolidar la vinculación entre las instituciones académicas y los establecimientos de salud.



Desarrollo del programa

El foro se distinguió por su amplitud y riqueza académica, con conferencias magistrales, mesas redondas, simposios, talleres y webinars en los que participaron especialistas de México, Argentina, Colombia y Perú.

Entre los temas abordados destacaron:

- La educación médica como un problema de salud pública.
- Bioética y salud mental en la formación médica.
- Calidad y seguridad del paciente.
- Situación actual y perspectivas de la docencia en el sistema de residencias médicas, tanto en México como en Latinoamérica.
- El panorama y los retos del servicio social de medicina.
- Innovación y herramientas tecnológicas, como la inteligencia artificial generativa y aplicaciones móviles para la educación médica.

Asimismo, se ofrecieron talleres especializados en análisis crítico de artículos científicos, planeación didáctica, estrategias de elección de sedes clínicas, bioética geriátrica, ciberacoso y derecho a la salud mental, así como la promoción de una educación inclusiva.

Impacto y conclusiones

El foro logró reunir a un amplio público conformado por estudiantes, docentes, jefes de enseñanza, personal directivo de facultades y hospitales, e integrantes de la Comisión Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación en Salud del Estado de Veracruz.

Este esfuerzo conjunto consolidó a Veracruz como un referente nacional en el análisis de la educación médica desde la perspectiva de los derechos humanos. El diálogo plural, la calidad de las ponencias y la riqueza de las conclusiones reafirmaron el compromiso de las instituciones participantes con la formación de profesionales de la salud íntegros, críticos y sensibles a las necesidades de la sociedad.

El evento concluyó con un llamado a fortalecer la dignidad y la excelencia como pilares de la educación y la práctica médica, sentando bases firmes para la mejora continua de la enseñanza en beneficio de las nuevas generaciones de médicos y de la población en general.



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





Sesión Académica de Agosto X Curso Regional de Medicina Interna

El Colegio de Medicina Interna del Estado de Veracruz (CMIEV) continúa fortaleciendo la actualización académica de sus miembros mediante sesiones mensuales en las que se abordan temas de alto impacto clínico.

En su reunión correspondiente al mes de agosto, realizada el pasado 29 de agosto de 2025 en el Restaurante “El Llagar” de Veracruz, se contó con la participación del Dr. Daniel Benjamín Elías López, endocrinólogo, quien impartió la conferencia titulada:

“¿Cómo implementar terapias modificadoras de la enfermedad en el paciente con síndrome CRM?”

El encuentro se desarrolló en un ambiente de fraternidad médica y permitió a los asistentes reflexionar sobre las estrategias más actualizadas para el abordaje integral de estos pacientes, contribuyendo a enriquecer la práctica clínica cotidiana



Invitación al X Curso Regional de Medicina Interna de Veracruz



En seguimiento a estas actividades académicas, el CMIEV extiende una cordial invitación a todos los colegas médicos a participar en su X Curso Regional de Medicina Interna, que se llevará a cabo los días 5 y 6 de septiembre de 2025 en el Hotel Holiday Inn Boca del Río, Veracruz.

El programa académico incluye conferencias magistrales, mesas redondas y actualizaciones en temas prioritarios para la práctica de la medicina interna, entre los que destacan:

- Hipertensión y enfermedades autoinmunes en el embarazo.
- Incontinencia urinaria en el adulto mayor.
- Enfermedad renal crónica y su tratamiento oportuno.
- Actualización en hipertensión arterial y riesgo cardiovascular.
- Insomnio, ansiedad y depresión en enfermedades crónicas.
- Sarcopenia y salud ósea en el adulto mayor.
- EPOC y oxigenoterapia.
- Medicina hiperbárica: mito o realidad.
- Avances en terapias endocrinológicas, metabólicas y cardiovasculares.
- Actualización en valoración preoperatoria, hiperplasia prostática, ERGE y más.

Un Espacio de Convivencia y Conocimiento

Este curso, que celebra ya su décima edición, representa un espacio de encuentro para la comunidad médica veracruzana y una oportunidad invaluable para fortalecer la práctica clínica con base en evidencia científica de actualidad.

El CMIEV reitera la invitación a médicos internistas, residentes, médicos generales y especialistas afines a ser parte de esta jornada académica que, además de la calidad de sus ponencias, ofrece la posibilidad de compartir experiencias entre colegas y generar nuevas sinergias profesionales.

¡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.



Oxigenando tus pasos...



Sociedad de Neumología y Cirugía de Tórax de Veracruz

La Sociedad de Neumología y Cirugía de Tórax del Estado de Veracruz ha mantenido durante este año un dinámico programa académico, fortaleciendo la actualización y el intercambio de conocimientos entre especialistas de distintas áreas. Durante el mes de agosto de 2025 se llevaron a cabo dos importantes sesiones en la ciudad de Veracruz, ambas en el Restaurante El Llagar, Costa de Oro, con una gran asistencia de médicos neumólogos, alergólogos e invitados de diversas especialidades.

El 1 de agosto de 2025, en punto de las 20:00 horas, se realizó la sesión titulada “Perspectivas multidisciplinarias para el manejo del asma grave eosinofílica”, organizada en conjunto con médicos alergólogos.

La mesa académica estuvo integrada por:

- Dr. Yair Humberto González Tuyub, neumólogo.
- Dra. Dulce Iliana Navarro Vergara, alergóloga.

En esta actividad se abordó la importancia de la colaboración interdisciplinaria para lograr un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz en pacientes con asma eosinofílica grave, destacando los avances en terapias biológicas y estrategias de seguimiento clínico.

La segunda sesión se llevó a cabo el 29 de agosto de 2025 a las 20:30 horas, bajo el tema “Optimización del tratamiento de la EPOC”, Este encuentro académico permitió revisar los lineamientos más recientes en el abordaje de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, enfatizando la personalización de la terapia farmacológica, el papel de la rehabilitación pulmonar y la necesidad de educación continua para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Ambas actividades reflejan el compromiso de la Sociedad de Neumología y Cirugía de Tórax de Veracruz por mantener un alto nivel académico y promover la actualización continua de sus agremiados. La colaboración con otras especialidades, como en el caso de la sesión conjunta con los alergólogos, fortalece la atención integral del paciente y enriquece la práctica clínica de todos los participantes.

Abordaje multidisciplinario de pacientes con Asma grave eosinofílica.

Caso clínico

Agosto 01, Veracruz, México

© AstmaVeracruz 2024

Actividades Académicas del Colegio de Alergia e Inmunología Clínica del Estado de Veracruz

El Colegio de Inmunología Clínica y Alergia del Estado de Veracruz continúa consolidándose como un referente académico en la región, desarrollando actividades científicas que promueven la actualización constante de sus miembros y fomentan la colaboración entre distintas especialidades médicas.

Durante el mes de julio se llevó a cabo una sesión a cargo de tres destacados miembros del comité de investigación de alergia a medicamentos, quienes abordaron un tema de gran relevancia en la práctica clínica diaria: “Reacciones adversas a medio de contraste yodado”.

Los ponentes fueron:

- Dra. Maciel Monserrat Moreno González
- Dra. Kitzia González Juárez
- Dr. Jaime Omar Jiménez Sandoval

A través de sus intervenciones se revisaron los aspectos clínicos más frecuentes, los mecanismos de reacción, así como las estrategias actuales de prevención y manejo en pacientes expuestos a medios de contraste, enfatizando la importancia del diagnóstico temprano y la seguridad del paciente.

En agosto, el Colegio realizó una sesión conjunta bajo el lema “Porque en equipo es mejor”, con el tema “Asma grave”. En esta ocasión participaron de manera activa neumólogos e inmunólogos alergólogos del Estado de Veracruz, enriqueciendo el análisis desde diversas perspectivas clínicas-

Gracias al apoyo de las plataformas tecnológicas, se contó también con la colaboración remota de especialistas de otras ciudades, lo que permitió una discusión más amplia y con alcances interinstitucionales. Se destacó la necesidad de un abordaje multidisciplinario en los pacientes con asma grave, así como los avances terapéuticos disponibles para mejorar su calidad de vida.



Actividades Académicas del Colegio de Cirujanos Ortopedistas y Traumatólogos del Estado de Veracruz, A.C.

El Colegio de Cirujanos en Ortopedia y Traumatología del Estado de Veracruz, A.C. continúa con su firme compromiso de actualizar y fortalecer el conocimiento médico de sus agremiados, promoviendo el análisis de temas de gran relevancia clínica y quirúrgica. Durante los meses de julio y agosto se llevaron a cabo importantes sesiones académicas en beneficio del gremio y de la comunidad médica.

Tema: Artrodesis del tobillo en paciente diabético
Ponente: Dr. Miguel Ángel Pérez López

En el mes de julio se presentó un tema de alta trascendencia para la práctica traumatológica y ortopédica: la artrodesis del tobillo en pacientes con diabetes mellitus. El Dr. Miguel Ángel Pérez López expuso las principales indicaciones, técnicas quirúrgicas y consideraciones especiales en este grupo de pacientes, quienes representan un reto por sus comorbilidades y mayor riesgo de complicaciones. La discusión permitió a los asistentes compartir experiencias clínicas y reforzar la importancia de un abordaje multidisciplinario para lograr resultados exitosos.

Tema: Lesiones asociadas a fracturas de radio distal
Ponente: Dr. Aulio César Ibarra Zavala

Durante el mes de agosto, el Dr. Aulio César Ibarra Zavala presentó una revisión integral sobre las lesiones asociadas a fracturas de radio distal, una de las más frecuentes en la práctica ortopédica. La charla incluyó aspectos de diagnóstico clínico e imagenológico, así como estrategias terapéuticas para prevenir secuelas funcionales. El tema generó gran interés, al ser una patología común en pacientes de diferentes grupos etarios, que requiere precisión en su tratamiento para asegurar la recuperación de la movilidad y la calidad de vida.





**MEDICO
LEGAL**
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?

¿Tienes alguna duda?

Contáctame!

Lic. Sonia Herrera

Tel 2294229056

Email: soniaherrer@hotmail.com

Reconocimiento a la aportación académica

El Colegio de Médicos del Estado de Veracruz celebra y reconoce este aporte académico, que refleja el compromiso de nuestras colegas con la innovación educativa y la mejora continua en la atención médica. Este tipo de contribuciones fortalecen la práctica clínica y reafirman la importancia de la educación médica basada en la evidencia, orientada siempre al beneficio de los pacientes.



*Dra. Analí López Meléndez, Especialista en Medicina de Urgencias, Adscrita al Departamento de Urgencias, *HR #37 Matías Romero, Oaxaca
 **Dra Michell Estrella Montalvo Aguilar. Especialista en Medicina de Urgencias, Adscrita al Departamento de Urgencias, CMN UMAE 14 Veracruz.

Ganti, L. Management of acute ischemic stroke in the emergency department: optimizing the brain. Int J Emerg Med 18, 7 (2025).

Alamowitch S, Turc G, Palaiodimou L, et al. European Stroke Organisation (ESO) expedited recommendation on tenecteplase for acute ischaemic stroke. Eur Stroke J. 2023;8(1):8-54.

owers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. diciembre de 2019;50(12):e344-418.

DRENTECH[™]

Soluciones
en drenaje
para
procesos
oncológico
en cavidad
torácica.



www.frmedical.com.mx



FR[®]
MEDICAL

ALICIA CORDOVA

Economista con Maestría en Finanzas.

Cumbrista de GNP.  ALETIA.COM.MX



“Los PPR NO SIRVEN”

Tal vez ya viste el video que se hizo viral, en el que un hombre le dice a dos presentadores muy famosos de TV que los PPR no sirven. En lo personal, tuve tres clientes que me lo enviaron y preguntaron por sus planes de retiro.

Debo decir la verdad: creo que el objetivo de quien lo afirmó era hacer conciencia de que no todos los PPR sirven, y en eso estoy de acuerdo con él.

Antes de empezar con el análisis, quiero dejar aquí esta frase: “La ignorancia es atrevida”. Así que espero de corazón que quien dijo esto lo haya hecho para resaltar los puntos que voy a dar en breve y no porque es ignorante.

De entrada, PPR significa Plan Personal de Retiro y no está casado el término con ninguna estrategia, aseguradora o plan específico.

Tu plan de retiro puede consistir, por ejemplo, en que en tu vejez vivas un 30% de rentas de inmuebles, 40% de lo que juntaste de capital y 30% de tu Afore... y eso está perfecto. El plan personal de retiro es, como su nombre lo indica, personal.

Ahora bien, en donde le doy la razón es en que no todos los PPR sirven. Y esto puede deberse a una o varias de las siguientes razones:

1. El PPR que te diseñaron destina más del 25% al pago del seguro, y el resto al ahorro.
2. No se analizaron bien tus declaraciones ante el SAT, de modo que cuando quisiste deducir el plan ya no había espacio para hacerlo. Esto es clave, porque en la devolución de impuestos es donde aparece un ingreso extraordinario que puede hacer al plan más rentable que otras opciones.
3. No se compararon otras alternativas considerando el plazo que tienes para ahorrar y tu afinidad o aversión al riesgo. Es importante, porque existen fondos indexados a bolsa (ETF´s) que, dependiendo del plazo, pueden dar mayores rendimientos que un plan de retiro, aun siendo estos deducibles.
4. Por último, te dijeron que en tu retiro ibas a recibir \$18,000,000 de pesos, pero no te aclararon que, con la inflación actual, eso equivale a menos de \$3.5 millones en poder adquisitivo.

La moraleja aquí es que, como en todo, lo que estudiaste sí importa; la capacitación continua sí importa.

Mi recomendación es que te asegures de que tu asesor tenga conocimiento y experiencia en manejo de portafolios de inversión o en banca privada, para que pueda darte la mejor opción.

 **Aletia**



hola@aletia.com.mx



229 339 70 01



aletia.com.mx



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



ANKOR TUBO ENDOBRONQUIAL

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



Innovación y calidad para tu salud





Centro de Investigación Clínica



Centro de Investigación Clínica



Centro de Investigación Clínica



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:

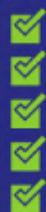
- Participan miles de personas (300-3,000 o más).
- Compara el nuevo tratamiento con los tratamientos actuales o placebo.
- Confirma eficacia, monitorea efectos adversos y recopila más datos.



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.

A close-up photograph of a person's eye, looking slightly to the right. The eye is framed by dark, thick eyelashes. Overlaid on the eye is the Mexican national flag, showing the green, white, and red vertical stripes and the central coat of arms. The text is centered over the image.

MÉXICO

ENTRE EL ORGULLO PATRIO Y LA URGENCIA DEL CAMBIO

Dr. Rafael Álvaro Barragán Castañeda

Septiembre, mes de la patria, representa un momento especial para reflexionar sobre lo que significa ser mexicano. Es tiempo de recordar con respeto a los héroes de la independencia, de admirar nuestras tradiciones, de saborear nuestros platillos típicos, de cantar con fuerza nuestro himno nacional y de vestir con orgullo los colores verde, blanco y rojo.

México es grande por su historia, por su diversidad, por su música, su lengua, sus raíces indígenas, sus volcanes, selvas y mares. Es grande por su gente: por los millones de trabajadores, campesinos, maestras, médicos, estudiantes, científicos y artistas que cada día luchan por un país mejor.

Pero este amor no debe cegarnos: México también duele, y celebrar su independencia no puede ser excusa para ignorar las cadenas que aún nos atan al atraso, la injusticia, la desigualdad y la corrupción. Amar a México no es callar sus errores: es enfrentarlos con valor y con propuestas.

Corrupción: el cáncer del sistema

La corrupción no es un tema menor. Se trata de un mal estructural que ha carcomido por décadas al aparato gubernamental y que afecta directamente a la ciudadanía. De acuerdo con México Evalúa, cada año se pierden más de 500 mil millones de pesos en prácticas corruptas: desvíos, sobornos, contratos amañados, moches, licitaciones simuladas.

Estas prácticas no solo vacían las arcas públicas, sino que provocan obras inacabadas, hospitales sin medicamentos, escuelas sin pupitres, calles sin pavimentar y justicia que solo llega a quien puede pagarla. El resultado es una ciudadanía cansada, frustrada, desconfiada de sus autoridades y desencantada de sus instituciones.

Violencia e impunidad: una herida abierta

México sigue siendo uno de los países más violentos del mundo. No estamos en guerra declarada, pero muchas regiones viven una guerra cotidiana no oficial. En 2024, se registraron más de 28 mil homicidios dolosos, más de 800 feminicidios y cerca de 90 mil personas continúan desaparecidas, de acuerdo con cifras del INEGI y la CNDH.

Pero lo más alarmante no es solo el número de crímenes, sino la impunidad: más del 93% de los delitos no se denuncian o no se investigan adecuadamente. Las fiscalías están saturadas o comprometidas, la policía mal pagada y poco profesionalizada, y las víctimas suelen ser revictimizadas. Esta crisis de seguridad está generando miedo, desplazamiento interno, pérdida de confianza y descomposición social.

Sistema de salud en crisis: entre carencias y desorganización

La pandemia expuso crudamente las debilidades estructurales de nuestro sistema de salud. Lejos de fortalecerse, en los años recientes ha enfrentado recortes, cambios de modelo mal ejecutados y una burocracia cada vez más pesada.

El CONAPO y el CONEVAL señalan que más de 30 millones de mexicanos carecen de acceso efectivo a la salud, especialmente en comunidades rurales y marginadas. Se han reportado hospitales sin insumos básicos, desabasto de medicamentos oncológicos, equipos obsoletos, personal insuficiente y agotado. La medicina privada se vuelve, para muchos, la única opción, lo cual agrava la desigualdad.

En medio de todo esto, los profesionales de la salud —médicos, enfermeras, residentes— trabajan muchas veces en condiciones precarias, con sobrecarga laboral y pocas garantías. ¿Cómo avanzar si quienes cuidan no tienen quien los cuide?

Educación rezagada y desconectada de la realidad

La educación es otra gran deuda. A pesar de los esfuerzos por garantizar acceso, los resultados académicos de nuestros estudiantes son preocupantes. Según la prueba PISA 2022, México retrocedió en matemáticas, lectura y ciencias, quedando por debajo del promedio de la OCDE.

Además, los constantes cambios en los planes de estudio —sin diálogo real con docentes ni investigadores— han generado incertidumbre y confusión. Los maestros siguen enfrentando desafíos: falta de infraestructura, escaso acceso a tecnologías, inseguridad en algunas zonas, y programas de capacitación inadecuados.

A esto se suma el abandono escolar, agudizado tras la pandemia. La desigualdad digital dejó a millones de niñas y niños fuera de las aulas. Un país que no invierte en la educación de su gente, condena su futuro.

Medio ambiente: un México que se agota

La riqueza natural de México es inmensa, pero también está en riesgo. La deforestación, la contaminación de ríos, la pérdida de biodiversidad, el crecimiento urbano descontrolado y los megaproyectos mal planeados están afectando seriamente nuestros ecosistemas.

Según el INECC, México pierde más de 150 mil hectáreas de bosque al año, y muchas zonas rurales enfrentan crisis por la escasez de agua. El cambio climático está afectando cultivos, elevando las temperaturas y generando fenómenos extremos. Proteger el medio ambiente ya no es un lujo: es una urgencia.

Democracia fatigada y polarización social

En los últimos años hemos visto una creciente polarización en el discurso público, desconfianza entre ciudadanos, ataques a medios, a la ciencia, a jueces, a médicos. La democracia no se sostiene solo con elecciones: necesita diálogo, pluralismo, instituciones sólidas y ciudadanía crítica.

La participación cívica ha caído. Muchos sienten que sus voces no cuentan. Pero sin una sociedad involucrada, la democracia se convierte en un ritual vacío. El silencio también es una forma de renunciar.

¿Y entonces, por qué seguir creyendo en México?

Porque a pesar de todo, México sigue siendo un país con alma. Porque miles de personas se levantan todos los días con dignidad y trabajan por los suyos. Porque hay jóvenes que crean ciencia, arte, tecnología. Porque hay campesinos que alimentan al país, y médicos que salvan vidas en medio de la adversidad.

Porque México tiene memoria, cultura, corazón. Y sobre todo, potencial.

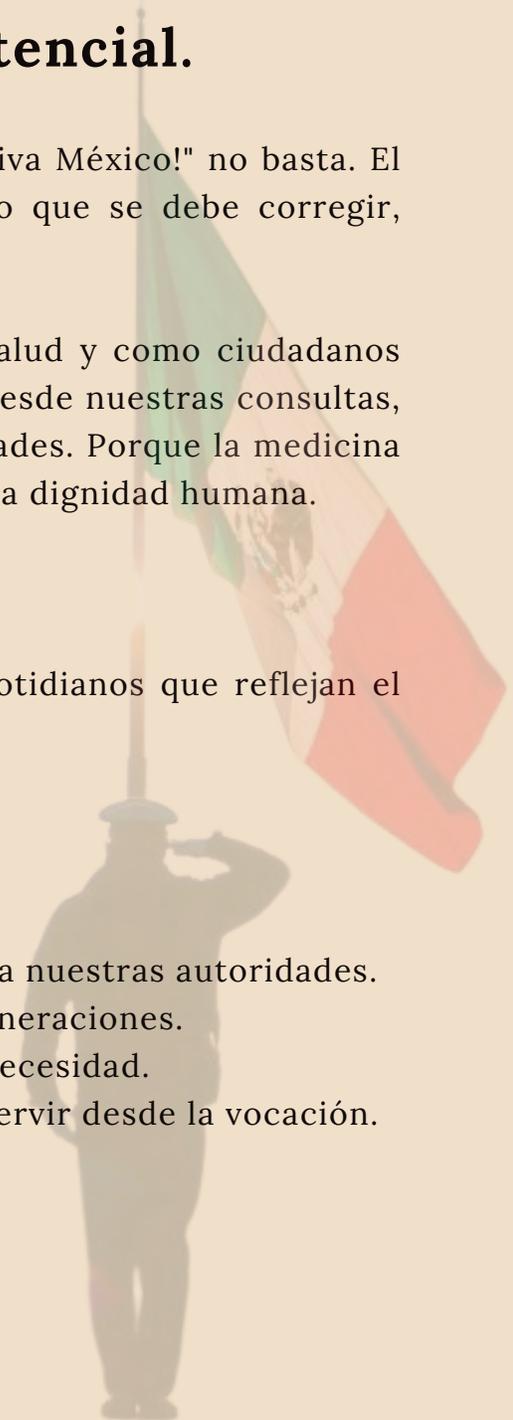
El amor se demuestra también con exigencia, gritar "¡Viva México!" no basta. El verdadero amor a la patria implica también señalar lo que se debe corregir, exigir transparencia, actuar con ética, y no resignarse.

Como Colegio de Médicos, como profesionales de la salud y como ciudadanos comprometidos, debemos ser parte activa del cambio: desde nuestras consultas, nuestras aulas, nuestros congresos y nuestras comunidades. Porque la medicina también es un acto social, un compromiso con la vida y la dignidad humana.

¿Qué puede hacer cada uno de nosotros por México?

No se trata solo de grandes reformas, sino de actos cotidianos que reflejan el país que queremos:

- Actuar con ética, aunque nadie lo vea.
- No normalizar la trampa, el soborno, la impunidad.
- Cuidar los espacios públicos como si fueran propios.
- Informarse y participar, votar con conciencia, exigir a nuestras autoridades.
- Apoyar la educación, inculcar valores a las nuevas generaciones.
- Proteger el medio ambiente, no por moda, sino por necesidad.
- Sanar desde la medicina, educar desde la ciencia, y servir desde la vocación.



El cambio empieza en lo cotidiano

Cada uno de nosotros tiene una parte de responsabilidad en el país que vivimos. No hay transformación posible sin ciudadanos conscientes. Cambiar a México no depende solo de gobiernos o instituciones: también empieza con los pequeños gestos diarios.

Podemos hacerlo:

- Respetando a las personas que tenemos al lado, sin importar si piensan distinto, si vienen de otro lugar o si no coinciden con nosotros.
- Ayudando a quienes podamos, con empatía, con tiempo, con una palabra oportuna, con solidaridad.
- Cuidando el entorno, separando basura, ahorrando agua, evitando contaminar, sembrando árboles.
- Dejando un mejor planeta para nuestros hijos, siendo más conscientes de cómo vivimos, consumimos y nos relacionamos con la naturaleza.
- Mejorando nuestro presente para vivir con dignidad y esperanza, no esperando a que alguien más lo haga por nosotros.

Las revoluciones más profundas comienzan en el corazón. En cómo tratamos al otro, en cómo usamos nuestro tiempo, en cómo decidimos actuar cuando nadie nos ve.

México será mejor si tú y yo decidimos ser mejores.

Valores y civismo: cimientos de una sociedad justa

En medio de la crisis de violencia, corrupción, desinformación y polarización, es urgente volver a lo esencial: los valores humanos y el civismo. Sin ellos, ningún proyecto político, económico ni social tendrá éxito duradero.

Necesitamos recuperar:

- La honestidad, como práctica diaria, no como discurso.
- El respeto, hacia la ley, hacia la diferencia, hacia la dignidad de cada persona.
- La responsabilidad, para cumplir con nuestros deberes antes de exigir derechos.
- La solidaridad, para construir comunidad y tender la mano en tiempos difíciles.
- La empatía, para entender al otro, especialmente al que sufre.
- La justicia, no solo en tribunales, sino en nuestras acciones cotidianas.

Y sobre todo, necesitamos civismo: ese conjunto de valores que nos recuerda que vivimos en comunidad, que nuestras decisiones afectan a otros, y que participar en la vida pública no es opcional, sino parte de nuestro deber como ciudadanos.

Educar en civismo es educar para la paz, para la legalidad, para el bien común. Y debemos hacerlo desde casa, desde la escuela, desde el consultorio, desde cualquier trinchera donde podamos influir, aunque sea en una sola persona.

Amar a México es construirlo

Este septiembre no solo celebremos con fuegos artificiales. Celebremos también con reflexión, con crítica honesta y con acciones. Porque México no es solo un lugar: es una responsabilidad compartida.

Ser mexicano es más que haber nacido en este territorio.

- Es cargar con una historia de lucha, de resistencia y de esperanza.
- Es hablar con palabras que mezclan lenguas ancestrales y herencias coloniales.
- Es sentir orgullo por nuestras tradiciones y al mismo tiempo exigir modernidad y justicia.
- Es tener cicatrices como país, pero también sueños intactos.
- Es trabajar con dignidad, ayudar al vecino, cantar aunque duela, resistir aunque falte, y nunca dejar de creer que este país puede ser mejor.

Ser mexicano es abrazar nuestras virtudes, pero también enfrentar nuestros errores, es tener claro que el futuro no se hereda, se construye. Y que ese futuro se llama justicia, educación, salud, seguridad y respeto.

Y si buscamos una guía para entender este compromiso, miremos los colores de nuestra bandera, porque en ellos también se encuentra el camino:

- El verde, que representa la esperanza, debe recordarnos que aún es posible construir un país más justo, más equitativo, más humano.
- El blanco, que simboliza la unidad y la paz, nos convoca a dejar atrás la polarización, la violencia y el odio, para trabajar juntos en la reconciliación nacional.
- El rojo, que representa la sangre derramada por quienes nos dieron patria, nos obliga a honrar su memoria no solo con palabras, sino con acciones que dignifiquen su legado.

Viva México, por lo que hemos sido, por lo que somos y por lo que aún podemos llegar a ser, pero también: mejoremos México, porque está en nuestras manos, en nuestros actos, y en nuestro deber con las futuras generaciones.

Ser médicos en México: sanar como forma de amor a la patria

Quienes ejercemos la medicina sabemos que nuestra profesión no es solo ciencia, sino vocación, entrega y compromiso social. En cada consulta, en cada guardia, en cada cirugía o diagnóstico difícil, está presente el deseo de servir, de aliviar, de acompañar a quien sufre.

Pero ser médico en México va más allá de una carrera profesional: es también una forma de defender la vida en un país donde, a veces, parece que la vida vale poco. Es luchar por la salud en medio de carencias, burocracia y desigualdad. Es dar más de lo que se recibe, porque detrás de cada paciente hay una historia, una familia, una esperanza.

Amar a México desde la medicina es no rendirse ante el sistema roto.

- Es alzar la voz cuando faltan medicamentos.
- Es formar nuevas generaciones con ética y valores.
- Es seguir atendiendo con dignidad, aun en condiciones adversas.
- Es también cuidarnos a nosotros mismos y a nuestros colegas, porque no hay sistema de salud funcional si sus profesionales están agotados, maltratados o desmoralizados.

El bisturí, el estetoscopio, la receta, la palabra del médico... también pueden ser herramientas de transformación social.

Porque sanar es, también, una forma de construir patria.

DÍA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PRIORIDAD ESTRATÉGICA PARA LOS SISTEMAS DE SALUD



Mtro. Rafael San Germán Vásquez

Resumen

La seguridad del paciente constituye una dimensión crítica de la calidad en la atención sanitaria. Desde 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido el 17 de septiembre como el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, con el propósito de fomentar una cultura global de prevención de riesgos y eventos adversos evitables en los procesos asistenciales. Este artículo aborda los avances, desafíos y estrategias internacionales y nacionales (México) en torno a esta problemática de salud pública

Introducción

Hagamos una reflexión, si en México diariamente se estrellaran 7 aviones, morirían aproximadamente 250 personas al día a causa de accidentes aéreos, esto significa que al año morirían 91250 personas, con estos datos estadísticos ¿viajaríamos en avión?, la respuesta evidente es que buscaríamos otra opción de transporte, la mejor y más segura opción... Dentro de la industria de la salud y respecto a estadística de Seguridad del Paciente, nuestra realidad no está tan lejos de esta suposición, a nivel mundial entre 44000 y 98000 personas muere al año por errores durante la atención de un paciente, esto es equiparable a la caída de un avión por día según datos estadísticos de la OMS.

Si a lo anterior le sumamos los costos por los errores de la atención, en el reino unido se calculan 2400 millones de libras al año, en estados unidos de 17000 a 29000 millones de dólares al año, en España 6300 millones de euros al año de acuerdo con datos reportados a la Organización Mundial de la Salud, lo cual confirma la importancia de atender esta problemática de salud pública.

La seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable (1). Este concepto ha evolucionado en las últimas décadas como respuesta a la creciente evidencia sobre el impacto negativo de los eventos adversos, tanto en países desarrollados como en entornos con recursos limitados. De acuerdo con estimaciones de la OMS, uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre algún tipo de evento adverso, y hasta el 80% de estos eventos pueden prevenirse mediante prácticas clínicas seguras (2).

Panorama internacional

En el ámbito global, los errores relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales, las fallas en la identificación de pacientes, la omisión de procedimientos de seguridad quirúrgica y las deficiencias en la continuidad asistencial constituyen los principales factores de riesgo para la seguridad del paciente (3).

La OMS ha establecido siete áreas clave de acción para mejorar la seguridad del paciente, entre ellas:

- Seguridad en el uso de medicamentos.
- Higiene de manos y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
- Seguridad quirúrgica.
- Cultura organizacional de reporte sin sanción.
- Empoderamiento del paciente.
- Sistemas de aprendizaje basado en eventos adversos.
- Formación y sensibilización del personal de salud (4).

El Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente 2021–2030 de la OMS promueve una visión estratégica centrada en sistemas resilientes, prácticas seguras y participación activa de pacientes y profesionales (5).





Contexto nacional: situación en México

En México, la Secretaría de Salud ha incorporado la seguridad del paciente como eje transversal de la política de calidad en la atención. A través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), se han impulsado programas institucionales como:

- Red de Seguridad del Paciente (2013).
- Manual de prácticas esenciales para la seguridad del paciente en unidades hospitalarias.
- Sistema Nacional de Notificación de Eventos Adversos.
- Programas de capacitación continua en seguridad clínica, gestión del riesgo y análisis causa-raíz.

Adicionalmente, instituciones tanto públicas como privadas han integrado protocolos como la identificación correcta de los pacientes, el asegurar la comunicación entre profesionales via verbal o telefónica para indicaciones, solicitudes o resultados, asegurar la correcta aplicación de los medicamentos de alto riesgo con estrategias como la doble verificación y alertas visuales, la lista de verificación de cirugía segura, el tiempo fuera antes del inicio de cirugía, el marcaje quirúrgico, asegurar el programa integral del lavado de manos que incluya, el abastecimiento de insumos, capacitación continua, evaluación de apego a los momentos y técnica correcta, la estandarización de medidas para disminuir el riesgo de daño al paciente a causa de caídas estableciendo protocolos enfocados en la prevención de riesgos, adicional a todas estas estrategias han establecidos protocolos como el modelo de atención centrado en la persona, y mecanismos de gestión de la calidad con enfoque en riesgos clínicos (6).

Cada día vemos a más instituciones del sector privado apostando por certificaciones nacionales e internacionales de calidad en pro de la seguridad del paciente como estrategia comercial y de competitividad, la brecha entre el sector privado y público sigue marcando un diferencial importante en el nivel de calidad y seguridad en atención médica, algunas de estas certificaciones son:

1.- Certificaciones nacionales :

Organismo / Programa	Enfoque	Descripción
Certificación de Establecimientos de Atención Médica - Consejo de Salubridad General (CSG)	Calidad y seguridad en hospitales y clínicas	Modelo basado en estándares alineados a la Joint Commission International . Evalúa estructura, procesos y resultados, priorizando la seguridad del paciente.
Distintivo Hospital Seguro - CENAPRECE / Secretaría de Salud	Seguridad hospitalaria ante desastres	Evalúa la capacidad de un hospital para seguir funcionando durante y después de emergencias.
Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)	Medición de calidad en servicios de salud	Plataforma nacional para la evaluación de indicadores hospitalarios y de primer nivel.
Acreditación en el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	Cumplimiento de criterios de calidad para servicios financiados por el gobierno	Requisito para recibir financiamiento de intervenciones de alta especialidad.
ISO 9001:2015 (implementada en México)	Gestión de calidad	Estándar de gestión aplicable a procesos administrativos, clínicos y de apoyo en salud.
Premio Nacional de Calidad	Excelencia organizacional	Reconocimiento oficial a organizaciones que destacan por su sistema de gestión y resultados.

2.- Certificaciones internacionales :

Organismo / Programa	Enfoque	Descripción
Joint Commission International (JCI)	Seguridad y calidad hospitalaria	Estándares globales centrados en la seguridad del paciente, calidad clínica y gobernanza hospitalaria.
Planetree International Certification	Atención centrada en la persona	Evalúa experiencia del paciente, participación familiar y cultura organizacional.
DNV GL Healthcare - National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO)	Gestión integrada y seguridad	Combina requisitos de ISO 9001 con estándares clínicos y hospitalarios.
Canadian Council on Health Services Accreditation (Accreditation Canada)	Mejora continua en salud	Modelo Qmentum con fuerte énfasis en seguridad del paciente y liderazgo clínico.
Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS)	Madurez digital hospitalaria	Niveles de certificación para sistemas de información y expediente clínico electrónico (EMRAM).
ISO 45001:2018	Seguridad y salud en el trabajo	Aplica a la gestión de riesgos laborales en entornos de salud.
ISO 15189:2022	Laboratorios clínicos	Requisitos de calidad y competencia técnica para laboratorios de diagnóstico.
Magnet Recognition Program - ANCC	Excelencia en enfermería	Reconoce instituciones con alta calidad en cuidados de enfermería y resultados clínicos.

3. Áreas clave evaluadas por estas certificaciones

- **Seguridad del paciente** (prevención de eventos adversos, protocolos, trazabilidad).
- **Gestión clínica** (guías de práctica clínica, procesos basados en evidencia).
- **Experiencia del paciente** (comunicación, respeto, atención centrada en la persona).
- **Gestión de riesgos** (clínicos, laborales, estructurales).
- **Mejora continua** (indicadores, auditorías internas, comités de calidad).
- **Cumplimiento normativo** (nacional e internacional).

Estas certificaciones de calidad y seguridad del paciente en hospitales son procesos formales que evalúan el cumplimiento de estándares específicos en el sector salud. Estas certificaciones son esenciales para asegurar la calidad en la atención médica y la seguridad que se brinda a los pacientes.

Conclusión

La seguridad del paciente es una condición indispensable para garantizar una atención de calidad, equitativa y centrada en la persona. Los esfuerzos deben dirigirse a consolidar una cultura de seguridad proactiva, mejorar los procesos clínicos, promover la educación continua del personal sanitario y establecer mecanismos efectivos de vigilancia y aprendizaje. En este sentido, el Día Mundial de la Seguridad del Paciente representa una oportunidad para reforzar el compromiso multisectorial y fomentar prácticas asistenciales basadas en la evidencia, centradas en la seguridad y dignidad del paciente.

Síntesis curricular

Mtro. Rafael San Germán Vásquez



- ❑ Maestría en Administración de los Servicios de Salud / Instituto Universitario Veracruzano.
- ❑ Especialidad en Inhaloterapia / EP de México, Estudios de Posgrado de México.
- ❑ Licenciatura en Enfermería / Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas / ICEST.
- ❑ Certificación Microsoft Office – Competencias tecnológicas
- ❑ Curso Manejo de la vía aérea normal y difícil en adultos y niños – Aventho
- ❑ Certificación White Belt - Sistema de mejora continua – Lean Six Sigma
- ❑ Certificación como proveedor de soporte vital básico (BLS) y Soporte Vital Avanzado (ACLS) - American Heart Asociación.
- ❑ Supervisor de Enfermería – Hospital Star Médica Veracruz (2016 – 2022)
- ❑ Coordinador de Enseñanza – Hospital Star Médica Veracruz (2022-2025)
- ❑ Profesor titular – Diplomado de Enf. Cuidado al Adulto en Estado Crítico / FENO – UNAM
- ❑ Profesor adjunto – Diplomado de Enfermería Quirúrgica y Diplomado en Pediatría – FENO – UNAM
- ❑ Inhaloterapeuta - Hospital de Alta Especialidad de Veracruz – SSA (2012 - actualmente)
- ❑ Jefe de Calidad – Hospitales MAC – Boca del Río (Actualmente)

Hospital MAC Boca del Río

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Patient safety: Making health care safer. Geneva: WHO; 2017.
2. World Health Organization. Patient Safety Fact File. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
4. World Health Organization. Global action on patient safety. WHA72.6. Geneva: WHO; 2019.
5. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Geneva: WHO; 2021.
6. Secretaría de Salud. Manual de prácticas esenciales para la seguridad del paciente. México: SSA; 2017.
7. Schwappach DLB. Engaging patients as vigilant partners in safety: A systematic review. Med Care Res Rev. 2010;67(2):119–48.



DIA MUNDIAL DE LA VISIÓN

9 DE OCTUBRE

Dra. Ariadna Ma. López Molina
Cirujana Oftalmóloga

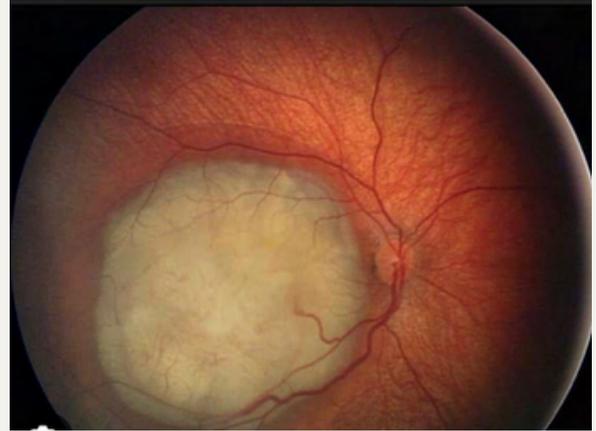
En el marco del **Día Mundial de la Visión** se considera concientizar a la población y la prevención y detección oportuna de ciertas afecciones oculares que se pueden evitar o tratar.

Es muy importante que el pediatra y/o médico familiar envía a los recién nacidos a su tamiz oftalmológico, donde podemos detectar glaucoma congénito, catarata y alteraciones en la retina que podrían generar mal desarrollo de su agudeza visual

El tamiz neonatal oftalmológico se realiza tanto en niños sanos como en niños prematuros; en el recién nacido sano se debe realizar dentro del primer mes de vida, en el prematuro se debe realizar entre la segunda y cuarta semana de vida para detectar oportunamente el desarrollo de retinopatía del prematuro, que es la primera causa de ceguera evitable en México, este tipo de retinopatía se asocia con el nacimiento antes de las 34 semanas de gestación y bajo peso al nacer.



Obstrucción de la vía lagrimal



Retinoblastoma

Gracias al tamiz oftalmológico es posible detectar:

- Obstrucción de vía lagrimal
- Opacidades corneales
- Malformaciones del segmento anterior
- Catarata congénita
- Glaucoma congénito
- Infecciones oculares congénitas (Toxoplasmosis, citomegalovirus)
- Hipoplasia o alteraciones del nervio óptico
- Malformaciones de la retina
- Retinoblastoma (cáncer ocular)
- Microftalmos
- Graduaciones elevadas de astigmatismo, miopía e hipermetropía



En el paciente preescolar se debe evaluar agudeza visual para detectar estrabismo o errores refractivos; que debemos corregir para el buen desarrollo de la agudeza visual y evitar el desarrollo de ambliopía.

La ambliopía es la diferencia de visión entre un ojo y otro, que se puede mejorar antes de los 8 años edad, ya que aún se presenta la plasticidad cerebral. El diagnóstico precoz es de gran importancia.

Las dos principales causas de ambliopía son el estrabismo y los errores refractivos; pero también puede estar ocasionado por alteraciones oculares como ptosis palpebral, catarata, enfermedades de la retina.

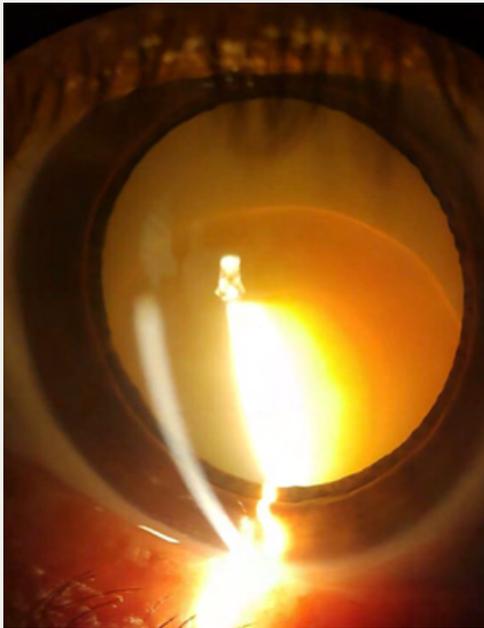
Por lo cual de acuerdo con la causa que motiva la ambliopía es posible estimular la visión para el mejor desarrollo de esta. Y es posible con el manejo de lentes, terapias de oclusión (en el ojo de mejor visión) con lo cual se intenta estimular el ojo con menor visión o incluso la corrección quirúrgica del estrabismo en algunos casos para el alineamiento ocular que ayuda a la mejor estimulación visual.



Estrabismo



Corrección quirúrgica del estrabismo



En el adulto mayor es importante además de valorar agudeza visual, también descartar o detectar presencia de catarata, **aumento de la presión ocular con la posibilidad de desarrollar glaucoma; que es una de las principales causas de ceguera irreversible.**

En pacientes con diabetes es importante detectar retinopatía diabética y en pacientes con hipertensión arterial se puede desarrollar retinopatía hipertensiva.

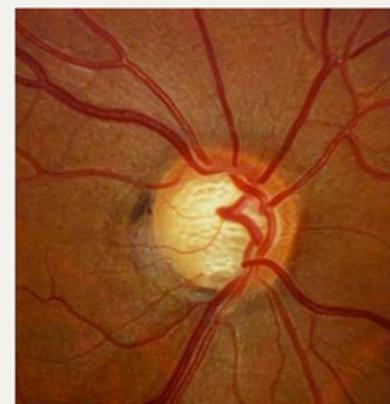
La catarata es uno de los padecimientos causantes de ceguera reversible, por lo cual es importante la detección y el retiro de la misma, para que el paciente logre ser nuevamente independiente.

Caso contrario al glaucoma, que es uno de los padecimientos causantes de ceguera irreversible (segunda causa de ceguera). Por lo que su detección temprana nos da la posibilidad de tratarlos en etapas tempranas y retrasar su progresión.

Es importante que el paciente ya con el diagnóstico siga periódicamente sus valoraciones con el oftalmólogo; ya que, de acuerdo con la toma de presión ocular, valoración clínica del nervio óptico y en conjunto con estudios de campos visuales y tomografía óptica coherente del nervio óptico y fibras nerviosas es como se evalúa la estabilidad y/o progresión rápida en cada paciente, y se toman decisiones para el manejo personalizado; que puede ser solo tratamiento médico con medicamentos en gotas, o cirugía para intentar ayudar al mejor estado del nervio óptico, porque de esto depende la calidad visual en paciente con glaucoma.

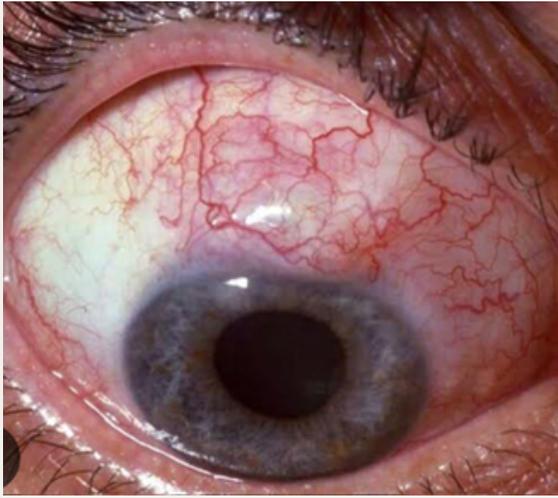


Nervio óptico sano.

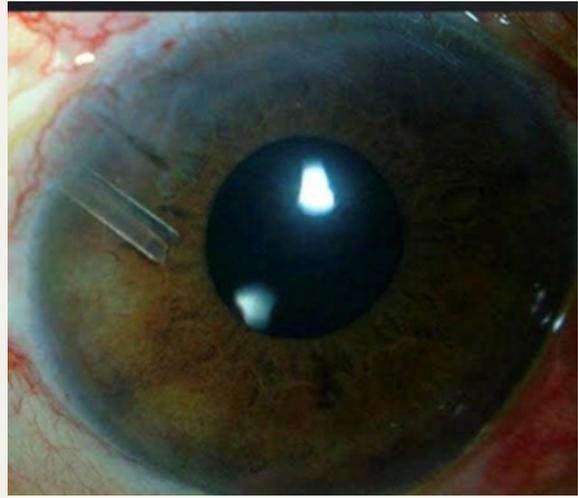


Glaucoma avanzado

Cirugías para control de la presión ocular.



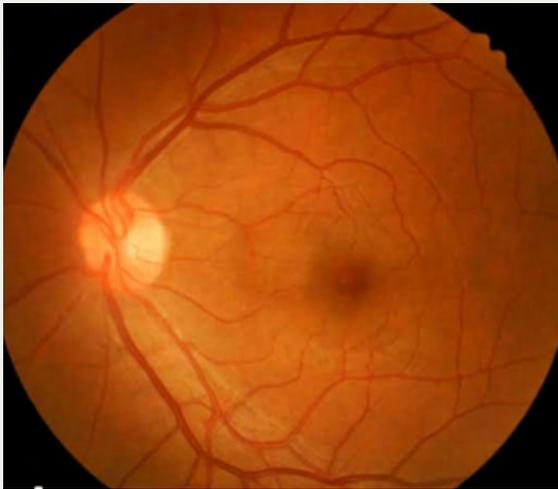
Trabeculectomía



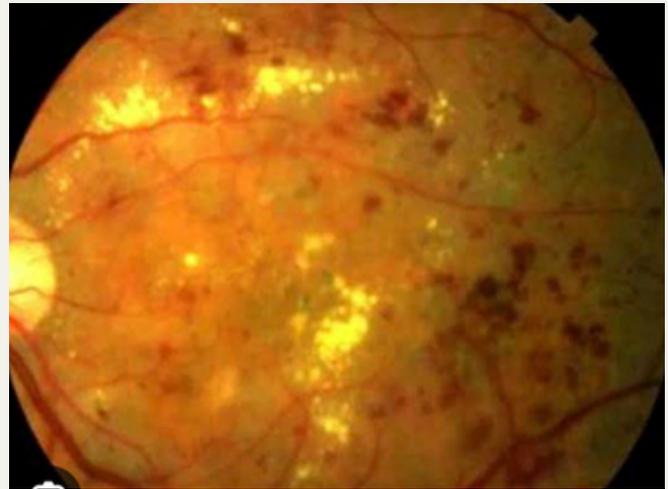
Colocación de válvula

La retinopatía diabética como su nombre lo indica es ocasionado por los altos niveles de glucosa en los pacientes con diabetes ocasionando daño en los vasos sanguíneos de la retina, que provocan fugas de líquidos, oclusión de los vasos (mala circulación), que conllevan al daño visual y/o pérdida visual, siendo tratable en determinados estadios, también puede desarrollar hemorragia vítrea, tejido fibroso que puede derivar en desprendimiento de retina ocasionando baja visual. En algunos casos con algunos procedimientos quirúrgicos es posible recuperar visión, en algunos otros casos de acuerdo con el daño abarcado en la retina ya no es posible recuperar la vista.

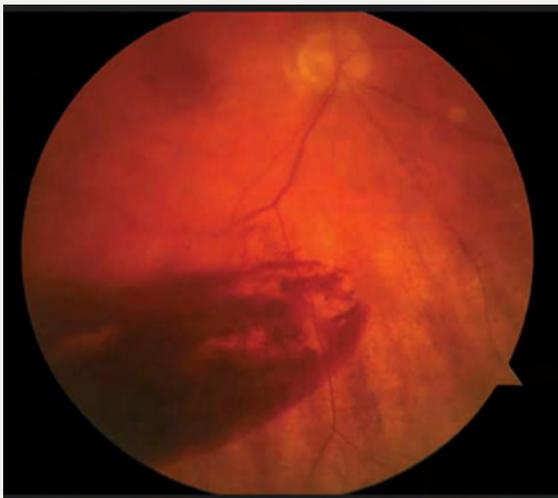
Dentro de algunos procedimientos para intentar mejorar el daño ocasionado a la retina por la diabetes se puede utilizar aplicación de laser a la retina (para retraer los vasos anormales), aplicación de inyecciones con anti angiogénicos que se utilizan para disminuir el edema de la mácula y cirugía de vitrectomía que se emplea para retirar la hemorragia en el vitreo.



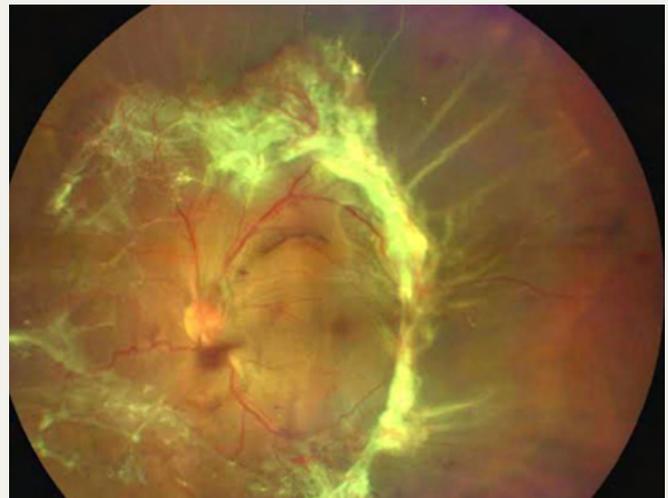
Retina sana.



Retinopatía proliferativa.



Hemorragia vítrea.



Desprendimiento de retina.

En la retinopatía hipertensiva las alteraciones que aparecen en el fondo de ojo son consecuencia de la presencia de hipertensión arterial y se observan cruces anómalos entre las arterias y las venas, hemorragias retinianas, disminución del calibre de los vasos y edema de papila en etapas avanzadas.

Dentro de las complicaciones de la retinopatía hipertensiva esta la oclusión tromboembólica de los vasos sanguíneos y pueden ser de 3 tipos: obstrucción arterial, obstrucción venosa, o neuropatía óptica isquémica.

Cierro invitándolos a la detección oportuna, y al control adecuado de los padecimientos crónico-degenerativos de los pacientes.



Dra. Ariadna Ma. López Molina
Cirujana Oftalmóloga
Estrabismo y segmento anterior

Clínica Walfer



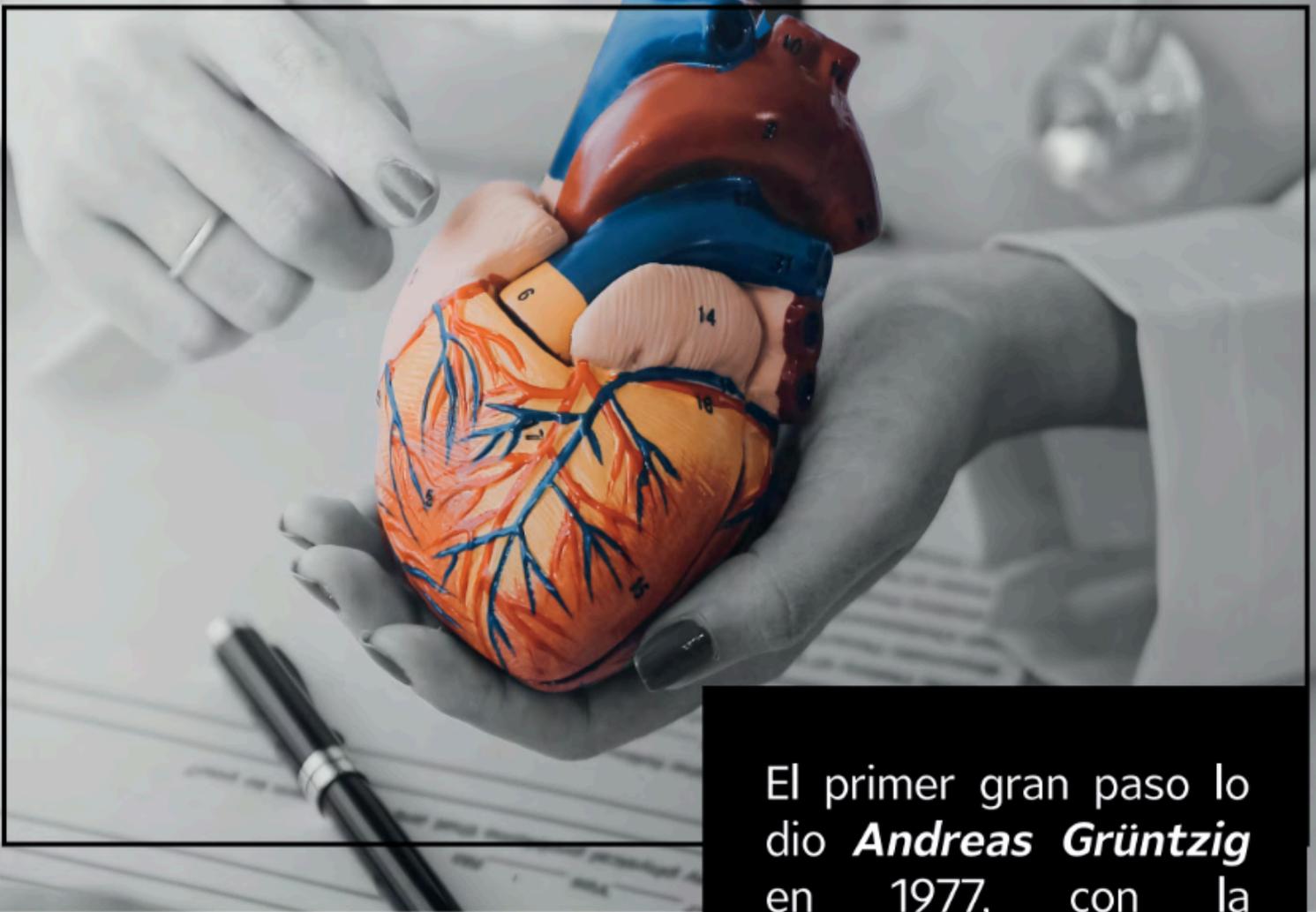
Avenida Salvador Díaz Mirón # 2420
entre Catemaco y Tehuantepec
fraccionamiento moderno
Veracruz, Ver.



229 100 35 10
229 935 31 10



229 361 27 90



La Evolución de la Cardiología Intervencionista

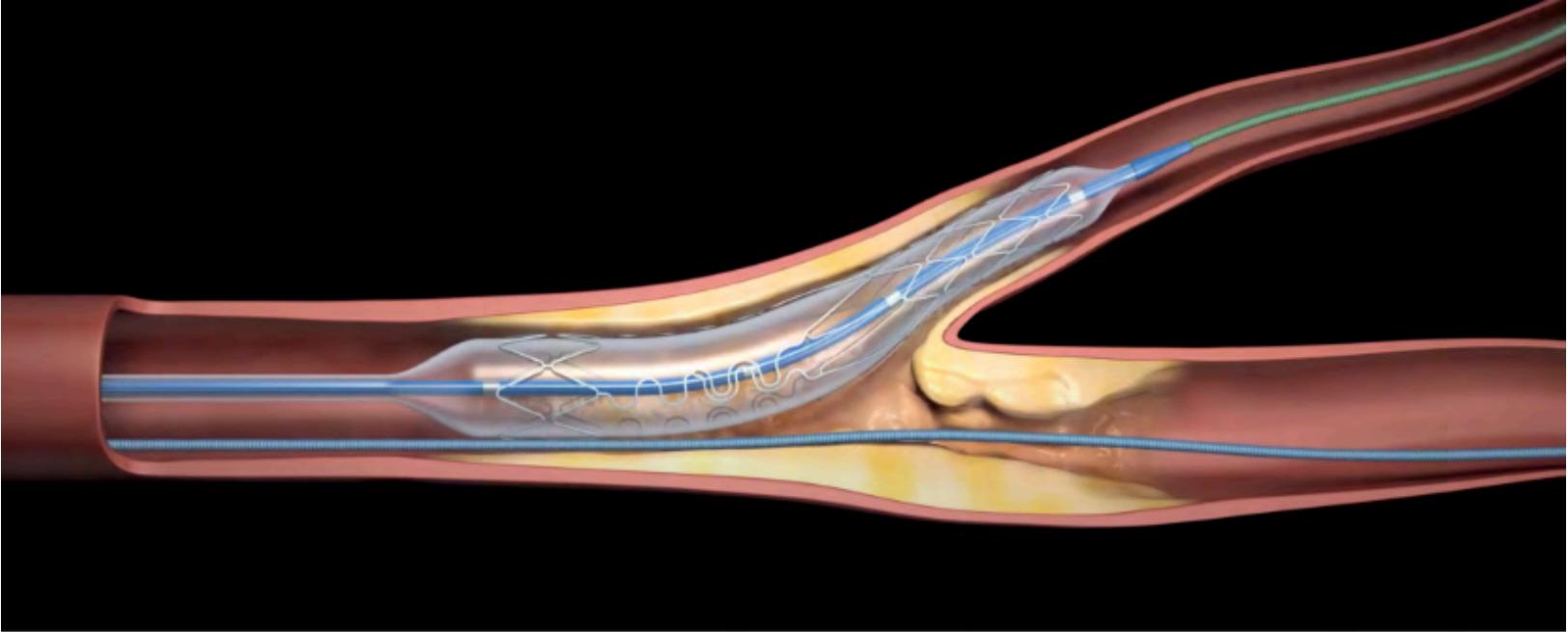
16 de septiembre | Día mundial de la Cardiología Intervencionista

Dr. Roberto de Jesús López Rosas

CED PROF: 6593585 UNAM | CED ESP: 9714491 UNAM

La *cardiología intervencionista* ha transformado radicalmente el manejo de las *enfermedades cardiovasculares* en las últimas cinco décadas. Ha pasado de ser una técnica experimental a convertirse en una de las ramas más revolucionarias de la medicina cardiovascular. Gracias a ella, hoy es posible tratar enfermedades del corazón de forma mínimamente invasiva, evitando cirugías abiertas y acortando significativamente los tiempos de recuperación.

El primer gran paso lo dio **Andreas Grüntzig** en 1977, con la **introducción de la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP)**. A partir de ahí, la especialidad avanzó de manera vertiginosa: se introdujeron los stents metálicos y, posterior, los stents liberadores de fármacos, que ayudaron a disminuir drásticamente el riesgo de reestenosis.



La cardiología intervencionista ha trascendido el ámbito coronario. Hoy incluye:

Intervenciones estructurales: cierre de defectos septales, reemplazo valvular aórtico transcatóter (TAVI/TAVR), reparación mitral y tricuspídea percutánea.

Tratamiento de arritmias: con la electrofisiología intervencionista como aliada en ablaciones complejas.

Avances en imagenología: integración de tomografía de coherencia óptica (OCT), IVUS y angiografía por fusión 3D para optimizar resultados.

Los desafíos actuales incluyen la reducción de complicaciones vasculares, el acceso radial universal, la optimización de terapias duales antiplaquetarias y la equidad en la disponibilidad de estas tecnologías. El futuro se vislumbra prometedor, dispositivos bioabsorbibles de nueva generación, robótica intervencionista y terapias personalizadas basadas en inteligencia artificial, para procedimientos de mayor precisión.

En definitiva, la cardiología intervencionista ha cambiado la historia de la medicina moderna, *transformando enfermedades antes mortales en condiciones tratables y mejorando la calidad de vida de millones de pacientes en todo el mundo.*



Dr. Roberto López Rosas
CARDIOLOGÍA CLÍNICA E INTERVENCIONISTA
CED. PROF. 9714491



AGENDA TU CITA



cardio.lopezrosas



cardio.lopezrosas@gmail.com



CITAS: 229 589 6832
WHATSAPP: 2291115768

📍 Kento consultorios
Antón lizaro 324, entre paseo jacarandas
y paseo jardín. CP 94294. Veracruz, Ver.



**Good
munchies
Good mood**

**Enchilado
is always better**





La disfunción sexual femenina como presagio de enfermedad cardiovascular en mujeres posmenopáusicas

Una mirada integral desde la consulta ginecológica

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

Introducción

La disfunción sexual femenina (DSF) es una condición frecuente pero subdiagnosticada que afecta significativamente la calidad de vida de las pacientes.

Afecta entre el 40 y el 50 % de las mujeres en la población general.

Puede afectar todas las fases de la respuesta sexual femenina fisiológica, que se manifiesta como una reducción en el deseo sexual, excitación, orgasmo y satisfacción, manifestando dolor persistente por al menos 6 meses, que genera malestar significativo.

Factores etiológicos

El debate sobre la influencia relativa de los parámetros orgánicos psicológicos, socioculturales y relacionados en la sexualidad femenina aún continúa, pero es probable que los factores sean múltiples y de forma individual en cada mujer.

En los hombres, la disfunción eréctil (DE), es actualmente un precursor bien establecido de enfermedades cardiovasculares (ECV), ya que es un marcador reconocido de ECV subclínica y un predictor de futuros eventos cardiovasculares adversos mayores, con disfunción endotelial como fisiopatología unificadora.

La excitación (a diferencia de la DE en los hombres) no es tan fácil de evaluar cualitativa o cuantitativamente; la excitación central podría complicar la evaluación específica del componente neurovascular de la disfunción eréctil femenina.

Comportamiento en la Postmenopausia

Las mujeres en la postmenopausia pueden tener y de hecho tienen actividad sexual. Aunque el envejecimiento se caracteriza por cambios fisiopatológicos, psicosociales, hormonales y de comportamiento que pueden influir en el funcionamiento sexual, y sus efectos individuales no son fáciles de identificar, por lo que considerar la disfunción sexual en las mujeres postmenopáusicas como algo socialmente obvio, no es una razón suficiente y es importante considerar.

Las mujeres en la postmenopausia tienen actitudes negativas sobre la sexualidad debido al miedo, la fatiga, el dolor, u otros factores, como un deseo sexual intrínsecamente bajo, problemas físicos, discapacidad pero se les considera se les considera erróneamente como personas que han perdido el interés en el sexo.

En la postmenopausia la actividad sexual puede seguir siendo una modalidad de puro placer físico, pero también podría ayudarles a mantener un sentido de identidad y reforzar la confianza en sí mismas así como prevención de ansiedad.

Efecto cardiovascular en la DSF

Cabe destacar que una vascularización genital femenina sana es fundamental para la vasodilatación y el aumento de flujo sanguíneo subyacente a la lubricación vaginal y la erección del clítoris, que son eventos críticos para la excitación genital femenina, similar a una erección masculina.

Las mujeres premenopáusicas con enfermedad de la arteria coronaria mostraron disfunción sexual en un porcentaje significativamente mayor (60%), en comparación con las mujeres sanas (33,3%).

El envejecimiento (cardio)vascular y los factores de riesgo, se hace evidente que las hormonas, la función sexual y el envejecimiento parecen estar relacionados. Sin embargo está ampliamente documentado que la función sexual se deteriora con el avance del estado de menopausia, independientemente de edad.

La disminución de los esteroides sexuales endógenos contribuye al empeoramiento de la función sexual típicamente observada en la edad menopáusica. Además, se reconoce comúnmente como el principal determinante del riesgo CV más pronunciado que presentan las mujeres posmenopáusicas.

Es bien sabido que la menopausia está asociada con una disminución de los niveles de estrógeno, lo que contribuye a la sequedad vaginal y a la lubricación reducida o ausente, y los estrógenos vaginales son un tratamiento eficaz para los síntomas que caracterizan al ahora definido síndrome genitourinario de la menopausia (GSM). Además, los aspectos de la disfunción sexual que se ven afectados negativamente por la menopausia incluyen dificultades para el orgasmo y dolor sexual.

Falta de excitación mental y disminución del deseo sexual con frecuencia, siguen una historia de dolor sexual, con una consiguiente reducción de frecuencia e intensidad orgásmicas, así como satisfacción sexual, o que a su vez afecta negativamente el deseo sexual, la actividad y la relación de pareja.

Evaluación clínica

Historia clínica detallada:

- Inicio, duración y contexto de los síntomas
- Historia sexual, ginecológica y psicológica
- Uso de medicamentos
- Estado de la relación de pareja

Examen físico:

- Inspección vulvovaginal
- Evaluación de signos de atrofia, dolor o dispareunia

Herramientas útiles:

- FSFI (Female Sexual Function Index)
- Cuestionario de salud sexual
- Diario sexual

Intervenciones generales:

- Educación sexual y consejería
- Promoción de comunicación con la pareja
- Cambios en estilo de vida

Terapia psicológica:

- Terapia cognitivo-conductual
- Psicoterapia sexual individual o de pareja

Tratamiento farmacológico:

- Estrogenoterapia local (atrofia vaginal)
- Prasterona vaginal

Otras opciones:

- Lubricantes y humectantes
- Terapias regenerativas (láser vaginal – aun en estudio)

Conclusión

Cada vez hay más evidencia que demuestra que la función sexual en las mujeres, especialmente la excitación, se ve significativamente afectada por el deterioro vascular genital, lo que puede conducir a la DSF. Para muchos factores de riesgo cardio metabólicos y enfermedades, como la hipertensión y la diabetes.

El abordaje debe ser individualizado, centrado en la paciente y sin tabúes, el ginecólogo tiene un papel crucial en la detección temprana, el acompañamiento y la orientación terapéutica de estas mujeres.



Dra. Alejandra de Jesús Valencia Hernández
Ginecóloga y obstetra

Especialista en climaterio, menopausia y colposcopia

Consultorio 425 piso 4 Hospital Star médica, Veracruz

 **52 1 229 169 7279**

CAFÉ FINCA MONARCA

PEDIDOS:
2299037869





17 de Octubre

DÍA MUNDIAL CONTRA EL DOLOR

Dra. Nexái Reyes Sampieri

Todos los seres humanos hemos sentido dolor en nuestra vida. De un pinchazo con una aguja, un golpe o una caída, hemos experimentado sensaciones dolorosas desde nuestro nacimiento. Y es que el dolor es exactamente eso, un producto de la experiencia.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el dolor se define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”. Esta definición puede dejarnos pensando en varios puntos: en primer lugar, no debemos pasar por alto que los animales también sienten dolor, ya que el hecho de no poder expresar de manera verbal la percepción de un estímulo doloroso no quiere decir que éste no sea sentido; así mismo, los bebés o aquellas personas que por alguna razón no pueden hablar no deben ser excluidos en la experiencia del dolor. Pero esta definición va mucho más allá, pues el dolor puede presentarse y acompañar a muchas enfermedades orgánicas, pero también se puede presentar en situaciones donde todo en el organismo se encuentra aparentemente normal, por ejemplo, en presencia de estrés, ansiedad, depresión, etc.

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 5 individuos en el mundo vive con dolor, es decir, alrededor del 20% de la población mundial, lo que representa 1.5 millones de personas. La cifra es tan alarmante que, si nos referimos a nuestro país, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) señala que hasta el 27% de los mexicanos sufren condiciones dolorosas diariamente. Dentro de las que más prevalecen se encuentran los adultos mayores con osteoartritis (entidad que se considera la primera causa de incapacidad en nuestro continente y que genera además grandes gastos a la salud pública); enfermedades oncológicas y otras afecciones como dolor lumbar crónico.

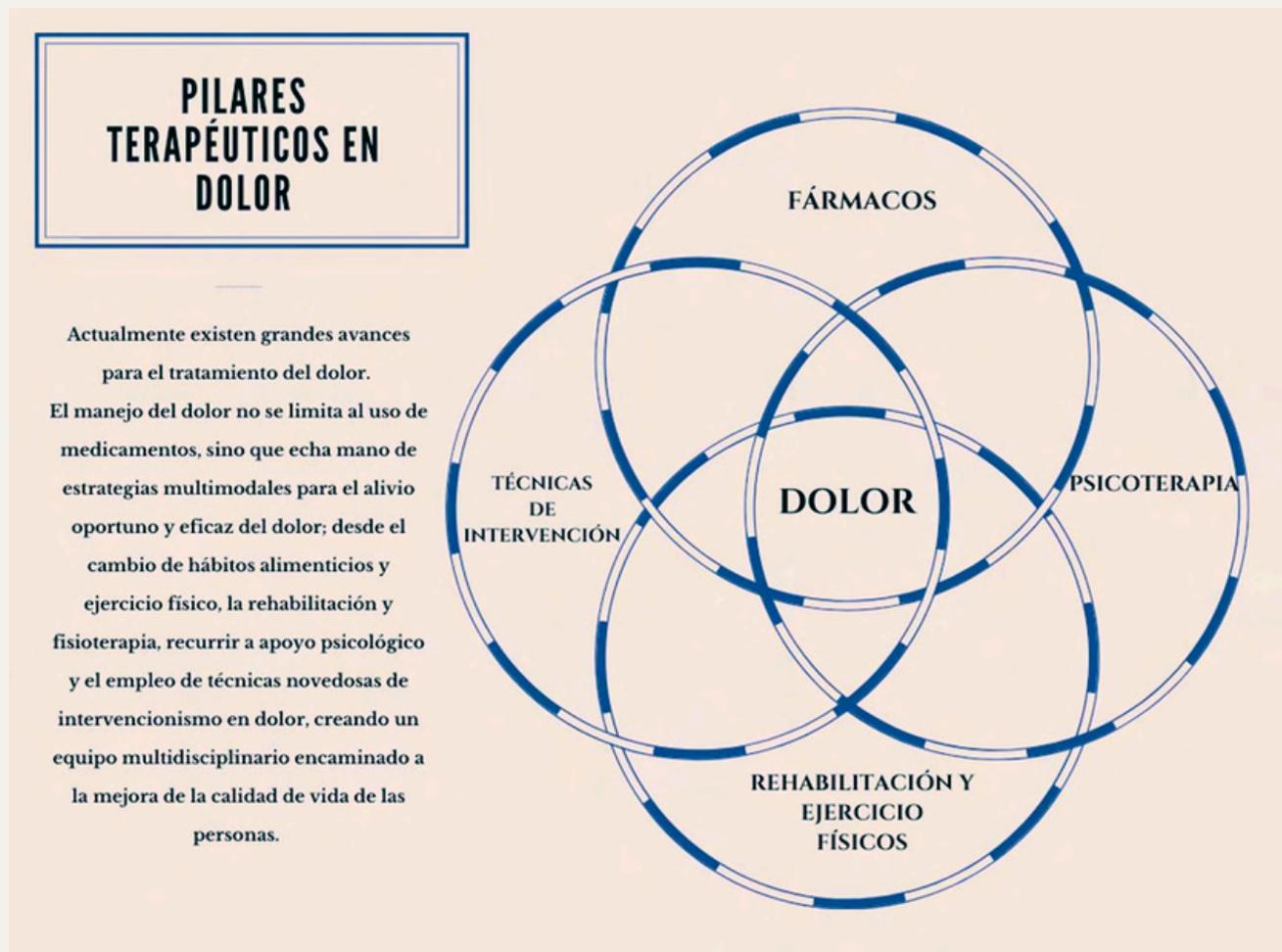


Fue entonces que el 11 de octubre de 2004, en Ginebra, Suiza, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), la Federación Europea del Dolor (EFIC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reunieron para establecer el Día Mundial contra el Dolor el 17 de octubre, declarando por fin la importancia sobre la concientización del impacto que tiene el dolor en la vida de las personas y establecieron que "el alivio del dolor debe ser considerado como un derecho humano básico y universal". Este día fue conmemorado con el objetivo de informar sobre las diversas formas en que el dolor afecta a las personas y destacar la importancia de la investigación, el diagnóstico y el tratamiento adecuado, especialmente en el caso del dolor crónico, pues este en particular, es una preocupación incipiente, ya que puede afectar significativamente la calidad de vida de las personas y tiene repercusiones sociales y económicas.

Si bien es cierto, no está acentuado de manera explícita artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, lo que incluye el acceso a la atención médica y, por ende, al alivio del dolor.

Pero ¿por qué hacer énfasis en la importancia en el alivio del dolor? Distintos estudios han demostrado que el dolor nunca se presenta solo, sino que está acompañado por una triada característica de alteraciones del estado afectivo y problemas de insomnio, es decir, una persona que cursa con dolor posiblemente tenga o desarrolle de manera secundaria estrés, ansiedad, depresión, quinesiofobia, etc. Así mismo, esa condición dolorosa traerá consigo problemas para conciliar o mantener un sueño reparador, produciendo una cadena de eventos orgánicos que desembocan en un dolor más intenso que puede llegar a perpetuarse en el tiempo. Ahí radica la importancia de encontrar un manejo oportuno del dolor para recuperar la funcionalidad y la calidad de vida. El dolor es responsable también en casos graves de problemas cardiovasculares como hipertensión, infartos y accidentes cerebrovasculares, alteraciones metabólicas y del sistema inmune que pueden afectar la curación y la recuperación de cirugías, por ejemplo. El dolor no tratado también puede llevar a la inactividad, la pérdida de la función y altas tasas de incapacidad.

Dentro de las principales limitantes para el alivio del dolor se encuentran la falta de reconocimiento de la condición dolorosa, el desconocimiento del manejo adecuado y el acceso limitado a los medicamentos especializados para el dolor.



Actualmente existen grandes avances para el tratamiento del dolor. El enfoque más conservador consiste en la utilización de fármacos para el alivio del dolor, diferentes grupos farmacológicos pueden combinarse entre sí para disminuir el dolor; sin embargo, el dolor puede ser abordado desde otros pilares terapéuticos, como la rehabilitación física, la salud mental, el ejercicio físico y los hábitos alimenticios saludables. Así mismo, el uso de técnicas intervencionistas en dolor ha cobrado gran importancia como herramientas efectivas y novedosas para combatir dolores que antes se conocían como incurables.

El algólogo es el médico especialista en dolor que se encuentra capacitado para trazar un plan específico para el alivio del tipo de dolor que tiene cada paciente. Vivir con dolor no es normal y puede tener serias consecuencias en la calidad de vida. No es aceptable que una persona tenga dolor sin importar cual sea la causa, ya que siempre puede encontrarse una opción más para ofrecer a los pacientes a mejorar sus condiciones de vida y para erradicar el dolor.



Dra. Nexaí Reyes Sampieri
Anestesióloga
Algóloga y Paliativista
Consultorio 508
Hospital Star Médica
Tel.- 228 148 9808

PIPICOSO

en tu evento

 2965932554   @pipicoso.mx

18 de Octubre

Día Mundial de la Menopausia



Dra. Jenny Garrido Déctor
Ginecología y Obstetricia

Se celebra cada año para crear conciencia sobre una etapa importante en la salud de la mujer, fue elegida de forma conjunta por la Sociedad Internacional de la Menopausia (SIM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrándose este día desde el año 2000, ya que cada vez existe un incremento en el número de mujeres que son afectadas y que puede tener un gran impacto en la salud, en la vida diaria; incluidas las relaciones, la vida social, familiar y en el trabajo. En México se estima que más de 6 millones de mujeres se encuentran iniciando ésta etapa.

La menopausia se define como la interrupción definitiva de la menstruación, se diagnostica después de 12 meses consecutivos de amenorrea. Ésta sucede por atresia de los folículos ováricos y su capacidad de producir estrógenos ante el estímulo de las hormonas foliculoestimulante y luteinizante, oscila entre los 40 a 50 años de edad; y puede ocurrir de forma natural, por razones quirúrgicas, tratamientos oncológicos o por causa genética. Los síntomas varían de acuerdo a cada persona.

Cambios en el patrón menstrual:

Uno de los primeros signos de la menopausia suele ser los cambios en los ciclos menstruales, se vuelven irregulares y con el tiempo cesan por completo.

Cambios psicológicos:

Puede afectar el estado de ánimo, producir ansiedad, cambios en el humor e inclusive depresión. También se puede manifestar problemas en la memoria o en la concentración.

Síntomas mas comunes:

Sofocos, palpitaciones, insomnio, sudoración, cefalea, dolor muscular o articular, aumento de peso, disminución en el apetito sexual, atrofia urogenital, dispareunia.



Tratamiento :

La menopausia y la terapia hormonal siguen siendo temas de considerable controversia y debate, se aconseja individualizar dicho tratamiento de acuerdo a los antecedentes, síntomas y factores de riesgo de cada paciente.

Los síntomas vasomotores representan los síntomas más molestos de la menopausia y son la razón más común por la que las mujeres buscan atención médica en el momento de la transición menopáusica, se ha demostrado que el estrógeno representa el tratamiento más efectivo para dichos síntomas, así como los problemas relacionados con alteración del sueño, irritabilidad y disminución de la calidad de vida.

Terapia hormonal :

Las hormonas más comúnmente utilizadas para tratar los síntomas de la menopausia son el estrógeno y la progesterona. A menudo, estas dos hormonas se usan en conjunto, pero algunas mujeres reciben estrógeno por sí solo. Es importante saber qué hormonas está considerando tomar para evaluar los riesgos.

Los estrógenos comúnmente usados para tratar los síntomas de la menopausia incluyen estrógenos equinos conjugados y estradiol, aunque también se dispone de varias otras formas o tipos de estrógenos. Los andrógenos, como la testosterona también son utilizados a veces para tratar los síntomas de la menopausia.

Existen en diferentes presentaciones: parches en la piel, gel o spray para aplicar sobre la piel, implantes, tabletas.

Hormonas bioidénticas: Existen compuestos hormonales que contienen estrógeno y progesterona con la misma estructura química que las encontradas de forma natural en las personas. Sin embargo, hasta el momento, no se ha realizado ningún estudio a largo plazo sobre las hormonas bioidénticas. Asimismo, ningún estudio ha demostrado que las mujeres que toman hormonas bioidénticas presentan menos efectos secundarios graves que las mujeres que toman otras formas de estas hormonas. Por esta razón, se debe asumir que el uso de hormonas bioidénticas presenta los mismos riesgos a la salud que cualquier otro tipo de terapia hormonal.



Medicamentos no hormonales:

Los tratamientos tópicos no hormonales (hidratantes, lubricantes) pueden proponerse en todas las mujeres como primera elección.

Medicamentos para mejorar el estado de ánimo:

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (más comúnmente usados para tratar la depresión), así como los medicamentos anticonvulsivantes (más comúnmente usados para tratar dolor neuropático) se utilizan cada vez más para uso en el manejo no hormonal de los síntomas vasomotores y pueden ayudar con los síntomas del estado de ánimo si le han diagnosticado depresión o ansiedad.

Terapia cognitivo-conductual

Ayuda a tomar conciencia de los patrones de pensamiento que pueden estar generando problemas en la vida diaria. Observar la relación entre sus pensamientos, sentimientos y comportamientos que ayudan a identificar situaciones difíciles con más claridad y a responder a ellas de forma más eficaz.

Para finalizar podemos concluir que todas las mujeres necesitan una evaluación integral del estado de salud actual y de los riesgos de enfermedades futuras, una detección adecuada y la promoción de un estilo de vida saludable para que el manejo sea el más adecuado. Es recomendable acudir con un equipo multidisciplinario en el que intervengan : Ginecólogo, Endocrinólogo, Médico Internista, Psicología y Psiquiatría para un resultado exitoso.



Medicamentos no hormonales:

Los tratamientos tópicos no hormonales (hidratantes, lubricantes) pueden proponerse en todas las mujeres como primera elección.

Medicamentos para mejorar el estado de ánimo:

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (más comúnmente usados para tratar la depresión), así como los medicamentos anticonvulsivantes (más comúnmente usados para tratar dolor neuropático) se utilizan cada vez más para uso en el manejo no hormonal de los síntomas vasomotores y pueden ayudar con los síntomas del estado de ánimo si le han diagnosticado depresión o ansiedad.

Terapia cognitivo-conductual

Ayuda a tomar conciencia de los patrones de pensamiento que pueden estar generando problemas en la vida diaria. Observar la relación entre sus pensamientos, sentimientos y comportamientos que ayudan a identificar situaciones difíciles con más claridad y a responder a ellas de forma más eficaz.

Para finalizar podemos concluir que todas las mujeres necesitan una evaluación integral del estado de salud actual y de los riesgos de enfermedades futuras, una detección adecuada y la promoción de un estilo de vida saludable para que el manejo sea el más adecuado. Es recomendable acudir con un equipo multidisciplinario en el que intervengan : Ginecólogo, Endocrinólogo, Médico Internista, Psicología y Psiquiatría para un resultado exitoso.



Dra. Jenny Garrido Déctor
Ginecología y Obstetricia
Ced. Prof. 5404466
Ced. Esp. 7674677
HOSPITAL STAR MÉDICA VERACRUZ
Consultorio 614

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hormone therapy during menopause and the risk of cancer/ 2024 American Cancer Society.
2. Are bioidentical or natural hormones safer and more effective than hormones used in traditional hormone therapy for menopause symptoms, Mayo Clinic, 2024
3. Management of menopause. Karen Magraith, Christina Jang, Aust Prescr 24 October 2023
4. Menopausia y terapia hormonal de la menopausia (THM) en 2024: Abordando las principales Controversias - Sociedad Internacional de Menopausia
5. Menopause- Diagnosis and treatment. Mayo Clinic 2024
6. The Menopause transition: symptoms and management options. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2021. Vol 106, no.1
7. Hormone Therapy for Menopause, ACOG 2021
8. A review of hormone and non-hormonal therapy options for the treatment of menopause. International Journal of Women's Health 2023.



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

POLIOMIELITIS



Historia de la Poliomielitis | Rotary E-Club Puerto Rico y Las Américas

****Dra. Crisostomo Morfines Eva, Dr. Martínez Martínez Marcelo, Dr. Terrones Castro Raúl, Dr. Cruz Márquez Miguel Ángel, Dr. Matadamas Rodríguez Diego Armando, Dr. Morales Reyes Benito.*

***Mrta. Anaya Casson Jaziel*

**Dr. Hurtado Capetillo José Manuel*

****Médicos residentes de epidemiología Hospital Regional de alta especialidad ISSSTE Veracruz*

***Responsable de actividades en Medicina Preventiva.*

**Coordinador de Medicina Preventiva y Epidemiología.*

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA POLIOMIELITIS ANTES DE LA VACUNA

A principios del siglo XX, la poliomielitis era una de las enfermedades más temidas en los países industrializados, paralizando a cientos de miles de niños cada año. La poliomielitis es una enfermedad conocida desde la antigüedad; por ejemplo, una estela egipcia muestra una persona con una pierna atrofiada, probablemente por polio. Se describió clínicamente por primera vez en 1789 por Michael Underwood y fue identificada como entidad clínica por Heine y Medin hacia 1840.¹

Aunque inicialmente fue rara y endémica, las epidemias surgieron a finales del siglo XIX debido a mejoras en el saneamiento y la higiene, que retrasaron la exposición temprana y redujeron la inmunidad infantil. Es una ironía de la historia médica que la transformación de la poliomielitis en una enfermedad epidémica ocurrió solo en aquellos países industrializados de América del Norte y Europa que habían experimentado mejoras significativas en la higiene durante los siglos XIX y XX. Eso ha llevado a los expertos en salud a conjeturar que la infección era común en épocas anteriores, pero que las personas estaban expuestas e infectadas (en entornos típicamente antihigiénicos) a edades muy tempranas, cuando tenían menos probabilidades de sufrir parálisis permanente como resultado. Los primeros brotes significativos ocurrieron en Noruega (1868), Suecia (1881 y 1905) y en Estados Unidos: Vermont en 1894 (132 casos), y especialmente el brote en Nueva York en 1916 con más de 27 000 casos y alrededor de 6 000 muertes.²

Entre 1949 y 1959 se presentaron brotes epidémicos graves: en 1949 afectaron siete estados, y los años 1951-1959 registraron entre 1 787 y 1 877 casos por año en todo el país, con una incidencia de 6 a 10 casos parálisis por 100 000 habitantes y una letalidad del 1-5 %. En el Distrito Federal, solo, hubo hasta 1 205 casos en 1959. La polio se popularizó más durante las décadas de 1940 y 1950, en parte debido a la urbanización, la aglomeración demográfica y la movilidad, especialmente hacia la frontera con Estados Unidos. En Orizaba, Veracruz, entre 1946 y 1956, se registraron más de 9 000 casos en una década, siendo uno de los brotes más graves en el país. Ante estas crisis, se creó el Comité Nacional de Estudio Contra la Poliomielitis, integrado por figuras como Carlos Calderón y Juan Farill, encargado de diseñar medidas de control, como el aislamiento de casos agudos por 14 días y restricciones a la movilidad de niños menores de cinco años. Entre 1937 y 1990, México registró alrededor de 29 000 casos de poliomielitis, con la mayoría concentrados en las décadas de 1950 y 1960. Antes de la introducción masiva de la vacunación, se estimaba que ocurrían cerca de 700 casos al año, cifra que descendió a 250 casos anuales hacia los años 1980, gracias a medidas preventivas y epidemiológicas.³

Sin embargo, poco después de la introducción de vacunas efectivas en las décadas de 1950 y 1960, la poliomielitis fue controlada y prácticamente eliminada como un problema de salud pública en estos países. Tomó un poco más de tiempo para que la poliomielitis fuera reconocida como un problema importante en los países en desarrollo.

Las encuestas sobre cojera durante la década de 1970 revelaron que la enfermedad también prevelece en los países en desarrollo. Como resultado, durante la década de 1970 se introdujo la inmunización sistemática en todo el mundo como parte de los programas nacionales de inmunización, lo que ayudó a controlar la enfermedad en muchos países en desarrollo. Rotary International lanzó un esfuerzo mundial para inmunizar a los niños del mundo contra la poliomielitis en 1985, seguido del establecimiento de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Polio (GPEI) en 1988.

Desde entonces, más de 2.500 millones de niños han sido inmunizados contra la poliomielitis gracias a la cooperación de más de 200 países. El polio virus salvaje sigue circulando en solo dos países, y la incidencia mundial de casos de poliomielitis ha disminuido en un 99%. También ha habido éxito en la erradicación de ciertas cepas del virus; de los tres tipos de polio virus salvajes (WPV), el último caso de tipo 2 se notificó en 1999 y su erradicación se declaró en septiembre de 2015; el caso más reciente de tipo 3 data de noviembre de 2012 y esta cepa fue declarada erradicada a nivel mundial en octubre de 2019.⁴

CUADRO CLÍNICO

Hablar del cuadro clínico, nos ayuda a delimitar las 4 formas en las que se puede presentar desde asintomático hasta complicaciones graves (que pueden llegar a una parálisis):^{5,6}

- 1.- Asintomático: comúnmente las personas que se infectan por polio virus no presentan ningún síntoma.⁶
 - 2.- Abortiva (No paralizante): Se conoce de esta manera, a aquella en donde la sintomatología puede ser desde un cuadro gripal, como fiebre, cefalea, faringitis, náuseas, emesis de contenido gástrico y fatiga.⁵
 - 3.- Poliomielitis no paralizante (meníngea): es con el mismo cuadro de la abortiva, sumándole rigidez de cuello y espalda.⁶
 - 4.- Poliomielitis paralizante: en esta forma, considerada la más grave, el sistema nervioso es atacado por el virus y causa debilidad muscular, atrofia muscular y hasta parálisis. Esta última, puede ser temporal y de forma permanente, afectando extremidades y de manera grave a los músculos respiratorios o los músculos de la deglución.^{6,7}
-

COMPONENTES VIRALES

En 1955, el Dr. Jonas Salk, desarrolló la primera vacuna (Universidad de Pittsburgh) contra la polio (duró ocho años su elaboración), la cual era inyectada intramuscularmente y se basaba en la inoculación de virus muertos (inactivados) Esta vacuna utilizaba las tres variedades del virus (PV1, PV2 y PV3), cultivadas en tejido de monos e inactivada en formol. Una vez que se inyectaban los virus, estos recorrían el torrente sanguíneo y el sistema inmune desarrollaba anticuerpos contra ellos. Una vez que se inyectaban los virus, estos recorrían el torrente sanguíneo y el sistema inmune desarrollaba anticuerpos contra ellos. Las personas vacunadas no contraían la enfermedad, pero sí podían ser portadoras de los virus adquiridos de otras personas, los cuales se seguían propagando a través de sus heces y saliva.

En 1961, el Dr. Albert Sabin fue quien descubrió que el polio virus se transmite de forma oral. También desarrolló una nueva vacuna (Universidad de Cincinnati) luego de 20 años de constantes investigaciones. Esta segunda vacuna era de administración oral de virus vivos y se denominó trivalente ya que utilizaba los tres tipos de virus Brunhilde, Lansing y León, siendo el tipo 1 el responsable de la mayoría de los casos de parálisis). Lo único importante en estas campañas de vacunación era mantener la cadena de frío.⁸

La vacunación logró que se redujeran los casos en más de un 99%, de forma tal que en 1991 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó el último caso de poliomielitis salvaje en todas las Américas, el cual fue detectado en un niño de tres años llamado Luis Tenorio de la ciudad de Junín en Perú.⁹

En el 2016, se implementó en todo el mundo el cambio de la vacuna oral trivalente por la bivalente en forma sincronizada, lo cual sería la primera parte del retiro de todas las vacunas orales contra la poliomielitis. Para el 2019 sólo se reportaron 174 casos de polio por virus salvaje, específicamente en Afganistán, Paquistán y Nigeria. Hasta mayo del 2020, sólo hubo reportes de apenas 48 casos. El tipo "salvaje" es el virus encontrado evidentemente en la naturaleza, mientras que el "tipo de vacunas" es el derivado de una cepa utilizada para vacunar.^{8,10}

Desde 2016 se usa la vacuna antipolio oral bivalente (VPOb), con VP1 y VP3, junto con la vacuna inactivada trivalente (VPI), o solo esta última, en los programas de vacunación en el mundo. Adicionalmente, se usa la vacuna oral monovalente (VPOm), con VP2, excepcionalmente para el control de brotes por virus derivados de la vacuna tipo 2 (VPdv2) en áreas infra inmunizadas mediante intervenciones amplias y de corta duración. Las vacunas antipolio orales contienen virus de la polio atenuados que se replican en la faringe y en el tracto intestinal del vacunado y después traspasan la barrera intestinal, dando lugar a respuestas inmunes a nivel local en la mucosa intestinal y sistémica. Los virus vacunales, como en el caso del virus natural, son excretados con las heces durante varias semanas.¹¹

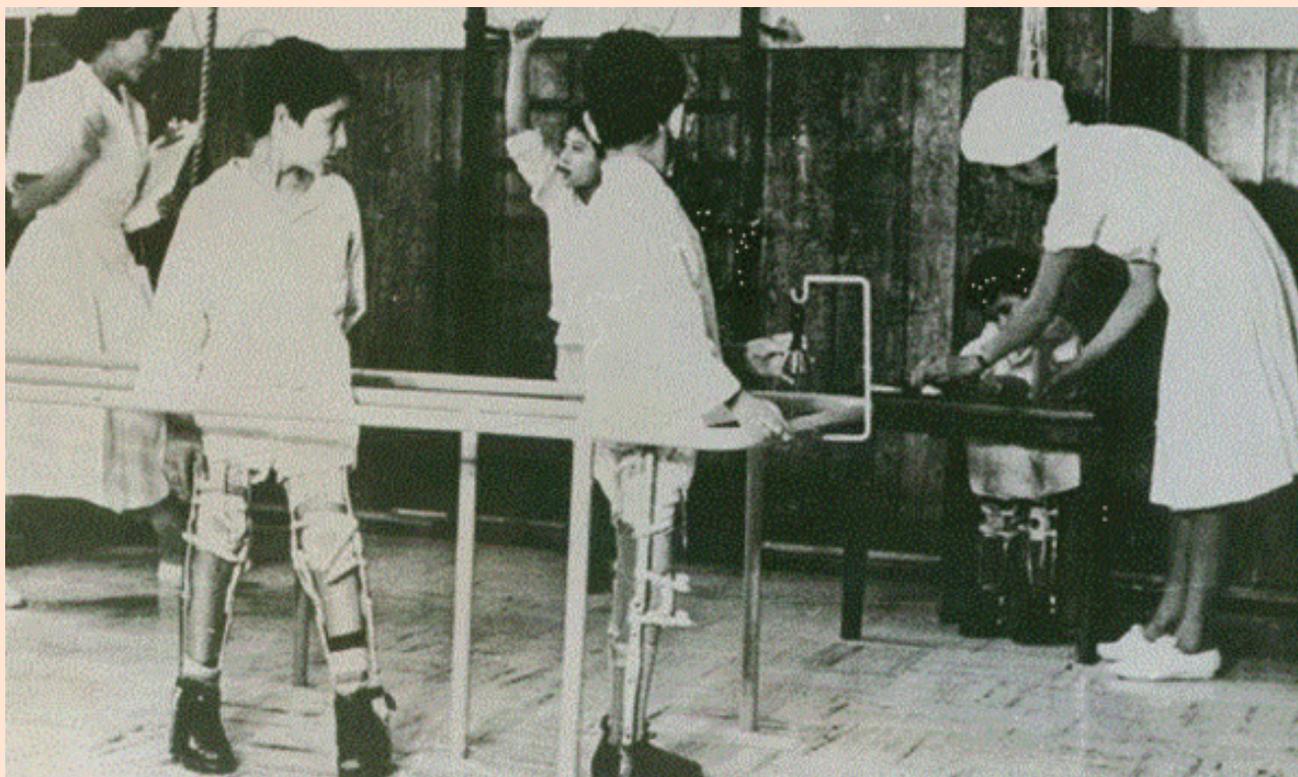
1962: Se emplea vacuna antipoliomielítica oral (VOP) tipo Sabin, en base a virus vivos de actividad atenuada; para 1970: Se inician las actividades de vacunación antisarampionosa con vacuna de virus inactivados y en 1990: Se presenta en México el último caso de poliomielitis (Tomatlán, Jalisco).¹²

CAMPAÑAS ANTI -POLIOMIELITIS EN MÉXICO

Desde que se registraron los primeros casos de poliomielitis en México (1925) el Estado Mexicano ha lanzado diferentes políticas para eliminar dicha enfermedad. Históricamente se pueden distinguir 6 momentos, en los que se hicieron esfuerzos para prevenir la poliomielitis en el territorio nacional. El primero surge antes que la también llamada parálisis infantil epidémica llegara al país, creando preocupación entre el gremio médico y las autoridades¹².

El segundo inicia con la aparición de los primeros casos y como parte de las acciones para contenerla; en 1933 la enfermedad fue de declaración obligatoria, así mismo a finales de la década de los cuarenta se estableció un Comité Nacional de Estudios de la Poliomielitis quienes hicieron observaciones y reunieron información epidemiológica de importancia; con lo que lograron aplicar las medidas necesarias para tratar de limitar el esparcimiento de los casos.¹³

La tercera etapa inicia en 1951, cuando la Secretaría de Salubridad y Asistencia lanza la Campaña contra la Poliomielitis con la Globulina Gamma y por decreto el 27 de abril de 1953, esta campaña fue declarada de interés nacional por su trascendencia para la protección de la salud pública.¹⁴ Sin embargo, al descubrir que la inmunización pasiva con globulina gamma sólo duraba 6 semanas, ya no se le dio continuidad a la campaña.



Historia de la lucha contra la poliomielitis en México: 1925-2024

Rev. Fac. Med. (Méx.) vol.67 no.6 Ciudad de México nov./dic. 2024 Epub 07-Feb-2025

Con el desarrollo de la vacuna de Jonas Salk, se apertura la cuarta etapa con las Campañas de Vacunación antipolio en México, en el año 1956 el Presidente Adolfo Ruiz Cortines dio a conocer en su IV Informe de Gobierno la aplicación de las primeras dosis de la vacuna, producida en México la cual tenía una efectividad del 80%.¹⁵ Ya para el año 1962, se sustituye la vacuna inyectable por la vacuna oral y en 1963 mediante decreto presidencial se estableció la obligatoriedad del biológico oral con la indicación de administrar 3 dosis: al nacimiento, a los cuatro y ocho meses de edad.¹⁶

Se considera que la quinta etapa abarca desde el proceso de vacunación intensiva hasta la consolidación del Programa de Vacunación; para la década de los ochenta, México era el único país de América Latina, que producía todas las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, e incluso exportaba a doce países; Sin embargo, comenzó un proceso de abandono paulatino de la producción estatal de vacunas, que fue retomada por las grandes compañías farmacéuticas.¹⁷

El período de post eliminación de la enfermedad en México es la etapa en la que a pesar de haber recibido el Certificado de la OMS por la eliminación de la poliomielitis en el país (1990); la enfermedad se ha presentado como polio vacunal, es por ello que el sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda es indispensable para responder oportunamente ante un brote por importación de la enfermedad. Así mismo, desde el año 2007 se introdujo la vacuna pentavalente al esquema de vacunación en la que se incluye la antipoliomielítica inactivada (tipo Salk) y a partir del año 2020 se aplicó por última vez la vacuna oral bivalente contra la poliomielitis tipo Sabin.¹⁸

Las estrategias de eliminación de la poliomielitis en México han sido exitosas; sin embargo, es esencial mantener una vigilancia epidemiológica de calidad, así como coberturas vacunales elevadas. Ya que la lucha no ha terminado, ni terminará, en tanto esta enfermedad no sea también erradicada en el resto del mundo.¹⁹



Historia de la lucha contra la poliomielitis en México: 1925-2024

Rev. Fac. Med. (Méx.) vol.67 no.6 Ciudad de México nov./dic. 2024 Epub 07-Feb-2025

La Dra. Pizarro, científica mexicana, aisló la primera cepa del virus de la poliomelitis en 1955 en México y a fines del decenio de los años cincuenta, Albert Sabin, con la colaboración de Manuel Ramos Álvarez, realizaron en la ciudad de Toluca, México, estudios donde se obtuvo información sobre la efectividad de la vacuna atenuada oral. Posteriormente, el Dr. Ruiz Gómez y colaboradores demostraron las ventajas de la vacuna de polio en el recién nacido. A partir de 1960 la vacuna trivalente antipoliomielítica de Sabin se empezó a preparar en el Instituto nacional de Virología.²⁰

Antes del surgimiento de la vacuna, las medidas por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para contender la poliomielitis de tipo paralizante fueron preventivas e higiénicas, como el aislar a los enfermos, no llevar a los niños menores de cinco años a mercados, iglesias y cines, y de inmediato se procedió a organizar una campaña para obtener donadores de sangre con el fin de elaborar gammaglobulina (proteína del suero sanguíneo que es portadora de anticuerpos). Se contó con 25 mil donadores y se obtuvieron 100 mil dosis, mismas que fueron aplicadas a niños considerados con alto riesgo en el Distrito Federal, Guadalajara, Puebla, Monterrey, Torreón, Toluca, Guanajuato, Cuernavaca, León, Pachuca y Chilpancingo. La campaña fue exitosa, pues únicamente se registraron 320 casos, casi la mitad de los 604 que hubo en 1951. Sin embargo, la protección por gammaglobulina fue temporal y los brotes de poliomielitis se extendieron por toda la República.

En México las actividades de vacunación contra la poliomielitis iniciaron en el año 1956, aplicando primero la vacuna inyectable (desarrollada por Jonas Salk en 1952) a las localidades urbanas que habían presentado la mayor incidencia de parálisis infantil: Coahuila, Chihuahua, Torreón, Ciudad Juárez, Durango, Matamoros, Aguascalientes, San Luis Potosí, Querétaro, Monterrey, Guadalajara, Distrito Federal y Puebla. En total, se aplicó vacuna Salk a 120 mil niños en las ciudades mencionadas, y otros 130 mil niños más fueron vacunados en poblaciones fronterizas y puertos, como Veracruz, Acapulco, Manzanillo, Campeche, Tijuana, Piedras Negras y Mérida. En total, se inmunizaron 250 mil niños, con lo que se empezó a lograr una disminución importante de la enfermedad.²¹

Efectuándose un monitoreo de la vacuna en 32 entidades de la República Mexicana durante las jornadas sanitarias denominadas "Días Nacionales de Vacunación Antipoliomielítica" efectuadas en los meses de enero y marzo de 1987 y 1988.²²



CONDICIONES EMERGENTES Y REEMERGENTES DE LA POLIOMIELITIS

La capacidad de responder ante cualquier emergencia de salud, así como la implementación de adecuadas estrategias sanitarias se ha visto afectada debido a la aparición de enfermedades emergentes, dando a conocer la necesidad de mejorar la capacidad de respuesta en muchos países para enfrentar las enfermedades infecciosas.²³

Las principales estrategias para mantener la erradicación de Poliomielitis se basan en mantener tasas elevadas de vacunación y lograr una detección temprana, ya que al alcanzar una cobertura del 95% es posible evitar la reintroducción del virus. Al tener niveles de vacunación más bajos, los individuos no vacunados en una comunidad son más susceptibles a la enfermedad.²⁴

Por otro lado, el mantener un brote en una población consume muchos recursos y genera altos costos para el sistema de salud, resaltando la urgencia no solo de cortar la transmisión sino de prevenir futuros brotes.²⁵

Tras el paso de los años, hemos podido observar de manera global una reducción importante en los casos de polio virus salvaje, sin embargo, lugares como África, quien en 2020 fue certificado como libre de polio por la Comisión Africana Regional de Certificación, han experimentado el resurgimiento de la enfermedad, siendo el tipo 1 endémico en dos países; Pakistán y Afganistán, en donde no se ha podido inducir una inmunidad necesaria, lo cual se dificulta en sistemas de salud débiles, infraestructura sanitaria inadecuada y medicamentos esenciales insuficientes.²⁶

En algunos países africanos, como Nigeria, la República Democrática del Congo, Sudan del Sur, Etiopía y Somalia, que no han podido alcanzar una cobertura de vacunación deseada, también se ha atribuido este resurgimiento a las tensas condiciones de seguridad, infraestructuras sanitarias deterioradas y escasez de recursos humanos, lo que facilita la aparición de nuevos brotes.²⁷

Durante 2018, en África se reportaron un total de 22 casos, de los cuales, 16 correspondían a Nigeria, 3 a la República Democrática del Congo y 3 a Somalia, lo que habla de una gran disminución en comparación, por ejemplo, en 1988 en donde se reportaban unos 350 000 casos.²⁸

En agosto de 2024, las Naciones Unidas reportaron un caso de polio paralítica en Gaza por primera vez después de 25 años, en donde se logró relacionar con el variante tipo 2 detectada previamente en muestras ambientales de aguas residuales en Gaza. En cuanto a Nigeria, declarado como un país libre de Poliomielitis en 2020, hasta agosto de 2024, se habían notificado 30 casos de Poliovirus Circulante Derivado de la Vacuna, lo que representa el 42% del total a nivel mundial.²⁹

Actualmente, asociaciones como la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis monitorean la implementación de estrategias claves en el periodo 2022-2026 mediante un Plan de Acción Mundial el cual incluye ciertos indicadores los cuales son supervisados semanalmente durante todo el proceso.³⁰

El Plan de Acción Regional Para la Erradicación de la Poliomielitis en África 2024-2025, brinda esperanza y un nuevo rumbo para la respuesta, así como un cambio en la forma de abordar la transmisión, con un enfoque más agresivo, con rumbo a la erradicación en África.³¹

VACUNA CONTRA EL POLIO EN LA ACTUALIDAD

El cambio de vacunación de la vacuna Sabin a la vacuna Salk, que forma parte de la hexavalente acelular, fue con la finalidad de que no se continuará con la diseminación ambiental de los poliovirus vacunales. Esta vacuna, a diferencia del tipo Sabin, es inyectable, y contiene los tres serotipos del poliovirus de forma desactivada, es decir, es una vacuna de virus inactivado, por lo que el antígeno contenido en la vacuna es incapaz de replicarse en la persona vacunada.

La vacuna hexavalente está conformada por la Vacuna antipertussis acelular, con toxoides diftérico y tetánico, antipoliomielítica inactivada, antihepatitis B recombinante y conjugado Haemophilus influenzae tipo b (DTaP-IPV-HB-HIB) adsorbida por lo que ofrece una amplia protección para diferentes patógenos. La fórmula específica de la vacuna HEXACIMA, es la siguiente: Toxoide diftérico, toxoide tetánico, toxoide pertussis, hemaglutinina filamentosa, poliovirus tipo 1 inactivado (Mahoney), poliovirus tipo 2 inactivado (MEF1), poliovirus tipo 3 inactivado (Saukett), antígeno de superficie del virus de Hepatitis B, Polisacárido de haemophilus influenzae tipo b, conjugado a la proteína tetánica y vehículo cbp.³²

La aplicación de esta vacuna es parte del cuadro básico de vacunación actual, según este, la se da un total de 4 dosis, iniciando en el 2° mes de vida, en el 4°, en el 6° y por último en el 18° mes, así completando el esquema. Actualmente la vacunación contra la poliomielitis ha logrado la erradicación en el 2015 de polio virus salvaje tipo 2 y la erradicación en el 2019 del polio virus salvaje tipo 3, por lo que actualmente en único polio virus salvaje que se encuentra es el tipo 1 esto en zonas de limitado en algunas zonas del mundo, como lo son Afganistán y Pakistán, en donde se ha reducido la transmisión endémica.³³

La vacunación contra la poliomielitis conforma una de las mejores estrategias de atención primaria a la salud que la humanidad a creado para la eliminación y casi erradicación de un virus cuya población blanco han sido los niños. Estrategias de salud pública, epidemiología, pediatría y rehabilitación son solo parte de los equipos de intervención que han logrado que al menos en México no se cuenta con caso de poliomielitis. Cualquier alteración en la cadena de salud puede comprometer el control de esta enfermedad viral y dar pauta a una situación reemergente de poliomielitis



Bibliografía:

1. OMS, agosto 2025, recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>
 2. Academia India de Ciencias - Las raíces de la medicina antigua: un resumen histórico Abr 25, 2025.
 3. José Luis Gómez-De Lara; Carlos Agustín Rodríguez-Paz. Aspectos históricos, clínicos y epidemiológicos de la poliomielitis en México (1946 - 1960). *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 59, núm. 6, 585-590, 2021.
 4. Polio global eradication initiative.21/07/2022, recuperado de www.polioeradication.org
 5. Anta, M. Á. Z. (2024). Cómo reconocer clínicamente un caso de poliomielitis. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 31(3), 140-143. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2023.08.001>
 6. Nakoulima, A., Zomahoun, L., Guèye, M., Diop, M., Fall, K. B., & Fall, I. (2023). Poliomielitis. *EMC - Pediatría*, 58(4), 1-13. [https://doi.org/10.1016/s1245-1789\(23\)48525-3](https://doi.org/10.1016/s1245-1789(23)48525-3)
 7. Sáinz, M., Pelayo, R., Laxe, S., Castaño, B., Capdevilla, E., & Portell, E. (2019a). Describiendo el síndrome pospolio. *Neurología*, 37(5), 346-354. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.03.011>
 8. Gobierno de México. (s.f.). Historia y avances de la vacunación en México [PDF]. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/400159/Varios_-_Historia_y_avances_de_la_vacunaci_n_en_M_xico.pdf
 9. González Sánchez, F. (2020). Poliomielitis: Una historia de inicio triste y final feliz. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8822537.pdf>
 10. Pan American Health Organization (PAHO). (s.f.). Poliomielitis. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/poliomielitis>
 11. Asociación Española de Pediatría (AEP). (2021, 18 de mayo). Polio. Parte 2: El virus derivado de la vacuna. *Vacunas AEP*. <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/polio-parte2-virus-derivado-de-la-vacuna>
 12. Sanofi Aventis. (s.f.). Ficha técnica IMOVAX POLIO. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/726215/467M2003_Ficha_T_cnica_IMOVAX_POLIO-SANOFI_AVENTIS.pdf
 13. Carillo AM. Historia de la lucha contra la poliomielitis en México 1925-2024. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM. Salud Pública y epidemiología*. [Internet]. Vol. 67, n.º 6, Noviembre-Diciembre 2024. [citado 2025 Ago 19] Disponible en: <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2024.67.6.06>
 14. Gómez-De Lara JL, Rodríguez-Paz CA. Aspectos históricos, clínicos, y epidemiológicos de la poliomielitis en México 1925-1940. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. [Internet]. 2021. [citado 2025 Ago 19];59(6):585-90. Disponible en: <http://revistamedica.imss.gob.mx/>
 15. Diario Oficial. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, México D. F., 27 de abril de 1953, p. 6.
 16. *Revista Siglo Mexicano* [Internet]. [citado 2025 Ago 19]. Disponible en: <http://www.cursosinea.conevyt.org.mx/cursos/mexico/contenidos/recursos/revista2/index.htm>
 17. Diario Oficial de la Federación. México: Poder Ejecutivo. Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1963. Tomo 260. No. 16. viernes 20 de septiembre de 1963.
 18. Carrillo AM. Vaccine Production, National Security Anxieties and the Unstable State in Nineteenth and Twentieth Century Mexico. En: Holmberg C, Blume S, Greenough P, editores. *The Politics of Vaccination. A Global History*. Manchester: Manchester University Press; 2017. p. 121-47.
 19. Falleiros-Arlant LH, Ayala S, González E, Domingues C, Brea J, Colsa-Ranero AD. Estado actual de la poliomielitis en Latinoamérica. *Rev. chil. infectol*. [Internet]. 2020 Dic [citado 2025 Ago 19]; 37(6): 701-709. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182020000600701&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182020000600701>.
 20. Fundación Mexicana para la Salud..Dos siglos de las vacunas en México. Simposio bicentenario de la vacuna. Cuadernos FUN-SALUD No. 27 México, primera edición, noviembre 1997
-

21. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2021;59(6):585-90
 22. Evaluacion de la cadena de frio en los dias nacionales de vacunacion, enero-febrero de 1990, Vol. 32 No. 1
 23. Esteves-Jaramillo A. [Internet]. 2012 [citado 2025 Ago 19]. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7169/9307>.
 24. Sosa-Díaz, Regina Yamilet; Afonso-de León, José Alberto; Pestana-Llerena, Yuseli. Las enfermedades emergentes y reemergentes: una mirada desde la obra del Dr. Juan Guiteras Gener. Rev. Med Electrón, vol. 43, No. 5, Sep-Oct, 2021, pp. 1469-1478.
 25. Organización Panamericana de la Salud, La historia de la polio: de la erradicación a la reemergencia [Internet], Septiembre 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/historias/historia-polio-erradicacion-reemergencia>.
 26. Jamison Pike, James Lueken, Julie Zajac, Ashley Tippins, Shani Doss, Adina De Coteau, Chitra Punjabi, Maria Souto, Achal Bhatt. 2022 Polio outbreak, Rockland County, NY: Cost evaluation of strategies to prevent future outbreaks of vaccine-preventable diseases. Vaccine. Volume 42, Issue 7, 7 March 2024, Pages 1793-1798.
 27. Phanuel Tawanda Gwinji, Godfrey Musuka, Grant Murewanhema, Perseverance Moyo, Enos Moyo, Tafadzwa Dzinamarira. The re-emergence of wild poliovirus type 1 in Africa and the role of environmental surveillance in interrupting poliovirus transmission. IJID Reg. 2022 Nov 7;5:180-182.
 28. Africa Centres for Disease Control and Prevention. Poliomyelitis (Polio). Disponible en: <https://africacdc.org/disease/poliomyelitis-polio/>.
 29. Obinna V. Eze, Johanna C. Meyer and Stephen M. Campbell. Poliomyelitis in Nigeria: Impact of Vaccination Services and Polio Intervention and Eradication Efforts. Vaccines 2025, 13, 232
 30. Daudi Manyanga, Charles Byabamazima, Brine Masvikeni, Sarah Wanyoike. Updates on the polio surveillance action plan's key performance indicators: East and Southern African countries (January 2022 to December 2023). Pan Afr Med J. 2025 Mar 26:50:85.
 31. Global Eradication Initiative. Polio. The road to zero polio in Africa: Africa Regional Polio Eradication Action Plan 2024/2025.
 32. Inactivated Vaccine - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/topics/pharmacology-toxicology-and-pharmaceutical-science/inactivated-vaccine>
 33. Manual de Vacunación 2021, D.R. © Secretaría de Salud Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
-

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 MUNDIAL DE LA DERMATITIS ATÓPICA

14 DE SEPTIEMBRE

“CONOCERLA ES ENTENDERLA,
SENSIBILIZARNOS ES APOYARLOS”



*Dr. Marcelino Espinosa Tavitas
Dra. Claudia Bernabé del Río.*

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, caracterizada por brotes recurrentes de prurito intenso, xerosis y lesiones cutáneas variadas, que impactan de manera significativa la calidad de vida de quienes la padecen. La DA es una de las enfermedades cutáneas más frecuentes tanto en la infancia como en la edad adulta. Debido a su carácter crónico y a la repercusión física, emocional y social que provoca, se ha convertido en un problema de salud pública que requiere mayor sensibilización y comprensión.

En este contexto, cada 14 de septiembre se conmemora el Día Mundial de la Dermatitis Atópica, una fecha destinada a sensibilizarnos a los retos que enfrentan los pacientes y sus familias, así como a fomentar la educación sobre la enfermedad, la promoción del diagnóstico oportuno y el acceso a tratamientos adecuados. Este día resalta la importancia de reconocer que la DA no se limita a una condición de la piel, sino que repercute en la autoestima, las relaciones sociales, el rendimiento escolar o laboral y la salud mental de los pacientes.

Resaltar la relevancia de esta enfermedad en el marco del Día Mundial de la Dermatitis Atópica permite no solo concientizar a la población general, sino también impulsar la investigación científica, mejorar la atención médica y fortalecer el apoyo a los pacientes.

¿QUÉ TAN FRECUENTE ES LA DERMATITIS ATÓPICA?

Los últimos datos publicados por el Global Burden of Disease 2021 estimó que 129 millones de personas en el mundo cursan con DA y que para el año 2050 se proyecta que la cifra alcance los 148 millones.¹

La prevalencia de la DA muestra gran heterogeneidad por regiones, en general los países desarrollados presentan mayor incidencia que los países en vía de desarrollo. En Asia, Estados Unidos y Europa la prevalencia es del 1.2, 7.3 y 17.1% en respectivamente. En Latinoamérica, la prevalencia en niños menores de 7 años es del 4 al 12.9% en México, 9.7% en Argentina y hasta 22.5% en países como Ecuador.¹⁻⁵

¿CUÁL ES LA FISIOPATOLOGÍA DE LA DERMATITIS ATÓPICA?

Cuando valoramos a un paciente con DA debemos tener presente que se trata de un padecimiento con una compleja interacción entre factores genéticos, alteraciones cutáneas estructurales y una respuesta inmunológica alterada. En este último apartado se ha sumado un factor que ha tomado importancia en los últimos años, la disbiosis cutánea. Otro punto relevante son las alteraciones psicológicas y los rasgos de personalidad que acompañan a un paciente atópico y que en cierta manera pueden contribuir al curso y gravedad de la enfermedad.

Factores genéticos

La DA es un trastorno inflamatorio cutáneo complejo con una base poligénica en la que se han identificado decenas de loci que apuntan tanto alteraciones en genes de la barrera epidérmica como a vías inmunitarias, sobre todo la vía Th2.⁶

Alteraciones Estructurales

Los cambios en la barrera epidérmica involucran tanto cambios celulares, alteraciones en la síntesis proteica y modificación de la formación lipídica.⁷

El queratinocito, una de las principales células epidérmicas, muestran una diferenciación terminal deficiente, lo que resulta en un estrato córneo más delgado. Además, secretan citoquinas como IL-33 e IL-25, que contribuyen a activar la respuesta Th2 con liberación de IL-4, IL-13 e IL-5, aspectos que retroalimentan la disrupción de la barrera.⁷

Los cambios en el estrato córneo son un punto crucial en la DA, desde alteraciones en los componentes proteínicos como son la filagrina, involucrina, loricrina, cornifina, envoplakina cuyas funciones como la de compactar los filamentos de queratina, formar factores naturales de hidratación y proporcionar una envoltura cornificada de mejor calidad se ven alteradas también. Otras proteínas en las que se ha identificado alteraciones son las claudinas y ocludinas, proteínas de unión, componentes importantes en las uniones oclusivas (tight junctions).⁸

Lípidos epidérmicos: El estrato córneo contiene ceramidas, ácidos grasos libres y colesterol, que forman una matriz lipídica laminar esencial para la impermeabilidad. En pacientes con DA, las ceramidas están disminuidas y tienen cadenas más cortas, alterando la organización de la matriz lipídica y aumentando la permeabilidad cutánea.⁹

Cambios Inmunológicos

La respuesta inmunológica disfuncional en la DA es una red inflamatoria compleja que involucra tanto al sistema inmunitario innato y adquirido. Los queratinocitos, células dendríticas epidérmicas, receptores tipo Toll no solo responden a estímulos agresores, sino que su respuesta se encuentra aumentada, liberando una cascada de citocinas de predominio Th2, como la IL-4 e IL 13, que favorecen la producción de IgE y quimiotaxis de eosinófilos y mastocitos. Además del eje Th2, en distintos fenotipos y fases de la enfermedad se observa la participación de citocinas Th22 (IL- 22), Th17 (IL- 23).^{10,11}

Cambios en la microbiota y disbiosis cutánea

*La DA se asocia de forma consistente con una alteración del microbioma cutáneo tanto en piel lesionada como en piel no lesionada en la que hay una pérdida de diversidad microbiana y un predominio de ciertos microorganismos como bacterias del género *Staphylococcus*, especialmente *Staphylococcus aureus*.*

*Este microorganismo secreta toxinas (superantígenos), proteasas y moléculas inmunomoduladoras que dañan la barrera cutánea, potencian la inflamación Th2/Th22 y favorecen el prurito y la infección secundaria. También se ha demostrado la reducción de comensales protectores como especies de *Staphylococcus epidermidis*, que producen péptidos antimicrobianos lo que facilita la sobre colonización por patógenos.¹²⁻¹⁵*

Cada vez tenemos más evidencia de que la microbiota intestinal también influye en la DA mediante metabolitos microbianos, regulación de la permeabilidad intestinal, que se han asociado con mayor riesgo o severidad de DA en adultos y niños.¹⁶

Esta relación es bidireccional: la disbiosis agrava la barrera y la inflamación, y la inflamación como las alteraciones estructurales favorecen la disbiosis.

Factores emocionales, alteraciones psicológicas y rasgos de personalidad en la DA

Al valorar a un paciente con DA debemos tener en cuenta el marco biopsicosocial del paciente ya que se asocia de manera consistente con una elevada alteración en: síntomas ansioso-depresivos, trastornos del sueño, estigma y deterioro de la calidad de vida, donde prurito, insomnio y rascado mantienen un círculo vicioso de distrés y alteraciones cutáneas.¹⁷

¿CUÁL ES LA PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA DERMATITIS ATÓPICA?

La DA es una enfermedad crónica que cursa con procesos de agudización. La topografía depende según la edad de presentación. En la primera infancia (0-2 años) predomina en piel cabelluda, mejillas, cuello y superficies extensoras; en la infancia (2- 11 años) en áreas flexurales (pliegues poplíteos y ante cubitales), manos y pies; en adolescentes y adultos áreas peri orbitarias, región areolar y pezones en mujeres. Se caracteriza por áreas de xerosis y prurito intenso que conduce a excoriaciones y áreas con eccema que a largo plazo lleva a procesos de liquenificación y zonas de hiperpigmentación residual. Tenemos que recordar que todo proceso pruriginoso puede llevar a sobreinfección bacteriana siendo el impétigo contagioso la complicación más frecuente en los pacientes atópicos.¹⁸ (Fig. 1-4)



Fig. 1. Dermatitis Atópica en la primera infancia.



Fig. 2. Dermatitis Atópica en la infancia



Fig. 3. Dermatitis Atópica en la infancia



Fig. 4. Dermatitis atópica del adulto

¿CÓMO ABORDAR TERAPÉUTICAMENTE A UN PACIENTE CON DERMATITIS ATÓPICA?

Siempre que estemos ante un paciente con DA tenemos que plantearnos que nuestro objetivo primario es mejorar la calidad de vida de nuestro paciente, para eso tenemos que establecer como objetivos: 1) controlar la inflamación y el prurito, 2) mantener y restaurar la barrera cutánea, 3) regular el sistema inmunológico y 4) prevenir exacerbaciones. Para lograrlo tenemos que realizar un abordaje personalizado que incluya la educación al paciente y sus familiares sobre la condición a corto, mediano y largo plazo de su piel, que va desde los cuidados generales hasta la inclusión de la terapéutica sistémica adecuada y en casos necesarios reevaluar la terapia cuando los resultados no sean los esperados. Habrá pacientes en los que predomine la alteración de la estructura cutánea y nuestra base de tratamiento será recuperar la homeostasis estructural mientras que en otros predominará el desbalance inmunológico en cuyo caso la terapia sistémica toma gran relevancia.

Tratamiento tópico (DA leves- a moderadas)

- **Emolientes:** punto crucial para reestablecer la estructura de la piel. En el mercado disponemos de múltiples emolientes con componentes lipídicos semejantes a los naturales y tenemos que encontrar el que haga sentir mejor a nuestro paciente, siendo lo ideal la aplicación varias veces al día.^{19,20}

- **Corticosteroides tópicos:** sobre todo ciclos cortos para brotes agudos y esquema de mantenimiento reducción según respuesta. Tenemos que tomar en cuenta la topografía y la condición de la piel para un correcto uso de estos y evitar los efectos secundarios no deseados.^{19,20}
- **Inhibidores de la calcineurina tópicos (pimecrolimus, tacrolimus):** alternativa y sustituto de los corticoesteroides tópicos y para uso de mantenimiento.^{19,20}
- **Inhibidores tópicos de benzoxaborol fosfodiesterasa- 4 (crisaborol):** opción no esteroidea útil en lesiones localizadas y áreas sensibles; con una eficacia favorable con buen perfil de seguridad en uso tópico.^{19,20}

Terapia sistémica. DA moderada-grave no controlada con medidas tópicas o cuando la enfermedad impacta de manera importante la calidad de vida.

Entre estos tenemos inmunosupresores clásicos como los corticoesteroides sistémicos, metotrexato, azatioprina, ciclosporina y micofenolato.

En los últimos años las terapias biológicas dirigidas han venido a cambiar el pronóstico de las DA severas o aquellas resistentes a los tratamientos convencionales.¹⁹⁻²¹

COMENTARIOS FINALES

En el marco del Día Mundial de la Dermatitis Atópica, es fundamental resaltar la importancia de esta enfermedad no solo como un problema dermatológico, sino como una condición crónica y multifactorial que afecta la salud física, emocional y social de quienes la padecen. El diagnóstico oportuno es clave para reconocer de manera temprana la enfermedad, identificar sus desencadenantes y establecer un abordaje integral que evite la progresión y las complicaciones asociadas.

Asimismo, un manejo terapéutico adecuado y personalizado permite controlar los brotes, mejorar los síntomas cutáneos y reducir el impacto en la calidad de vida, favoreciendo el bienestar emocional y la participación plena de los pacientes en sus actividades diarias. El tratamiento no debe limitarse únicamente a los fármacos, sino incluir la educación del paciente y su familia, el fortalecimiento del autocuidado, el acompañamiento psicológico y el acceso a nuevas terapias que han demostrado eficacia y seguridad.

En este día conmemorativo, se hace un llamado a la concientización y sensibilización social acerca de la dermatitis atópica, a reducir el estigma que enfrentan los pacientes y a fomentar la investigación y el acceso a tratamientos innovadores. Solo a través de un enfoque integral, multidisciplinario y humano, será posible ofrecer a quienes viven con dermatitis atópica una mejor calidad de vida y un futuro con menos barreras.



Dr. Marcelino Espinosa Tavitas



Dra. Claudia Bernabé del Río

Centro comercial "Plaza Santa Ana"
Local 82 y 83.
Av. paseo de las Américas # 400 esquina Av. Urano
Boca del Río, Veracruz.
www.mezderma.com
Teléfono 229 931 32 61. Celular 229 365 65 63
drespinosatavitas@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. GBD 2021 Asthma and Allergic Diseases Collaborators. Global, regional, and national burden of asthma and atopic dermatitis, 1990–2021, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Respir Med.* 2025;13(5):425–446.
2. Bylund S, Von Kobyletzki LB, Svalstedt M, Svensson Å. Prevalence and Incidence of Atopic Dermatitis: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol.* 2020;100(12):adv00176. doi:10.2340/00015555-3510.
3. Chiesa Fuxench ZC, Block JK, Boguniewicz M, Fleischer AB Jr, Kaplan I, Paller AS, et al. Atopic Dermatitis in America Study: A Cross-Sectional Study Examining the Prevalence and Disease Burden of Atopic Dermatitis in the US Adult Population. *J Invest Dermatol.* 2019;139(3):583–590.
4. Evidencia complementaria de ISAAC y EPI-CARE para Latinoamérica, incluyendo datos de México, Colombia, Brasil, Argentina – extraída de análisis en Soares et al. (2023) y estudio complementario citado por Orfali et al.
5. Brusco-Sánchez DA, Hernández-Ojeda M, Vivas-Rosales IJ. Estudio epidemiológico sobre dermatitis atópica en México. *Rev Alerg Mex.* 2019;66(2):192–204.
6. Budu-Aggrey A, et al. European and multi-ancestry genome-wide association analysis of atopic dermatitis. *Nat Commun.* 2023; 14:6172
7. Çetinarslan T, Kümper L and Fölster-Holst R. “The immunological and structural epidermal barrier dysfunction and skin microbiome in atopic dermatitis—an update” – *Frontiers in Molecular Biosciences.* 2023; 10:1159404. doi: 10.3389/fmolb.2023.1159404
8. Rerknimitr et al. The etiopathogenesis of atopic dermatitis: barrier disruption, immunological derangement, and pruritus. *Inflammation and Regeneration.* 2017; 37:14 DOI 10.1186/s41232-017-0044
9. P.R. Criado, H.A. Miot, R. Bueno-Filho et al. “Update on the pathogenesis of atopic dermatitis” – *Rev. Anais Brasileiros de Dermatologia.* 2024;99(6):895-915
10. Çetinarslan T, et al. The immunological and structural epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis. (Revisión). 2023; 10:1159404. doi: 10.3389/fmolb.2023.1159404
11. Shankar A, et al. Modulation of IL-4/IL-13 cytokine signaling in the context of atopic dermatitis. 2022; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091674922008429>
12. Khadka VD, et al. The Skin Microbiome of Patients With Atopic Dermatitis: Current Insights. *Front. Cell. Infect. Microbiol.* 11:720674.
13. Bjerre RD, et al. Skin dysbiosis in the microbiome in atopic dermatitis is site-specific. *BMC Microbiology (2021)* 21:256
14. Demessant-Flavigny AL, et al. Skin microbiome dysbiosis and the role of *Staphylococcus aureus* in atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023;37(Suppl. 5):3–17
15. Wang Z, et al. Understanding the role of *Staphylococcus aureus* in atopic dermatitis: strain diversity and microevolution 2024 Nov, 18;11:1480257. doi: 10.3389/fmed.2024.1480257. PMID: 39624034; PMCID: PMC11608963.
16. Rios-Carlos M, et al. Unraveling the gut-skin axis in atopic dermatitis. 2024 Jan-Dec;16(1):2430420. doi: 10.1080/19490976.2024.2430420. Epub 2024 Nov 27. PMID: 39601281; PMCID: PMC11610564.
17. Teo WL, et al. Mental health in adolescents with atopic dermatitis. *Curr Opin Pediatr.* 2025;37(3).
18. Atopic Dermatitis: Epidemiology and Clinical Phenotypes Annunziata Raimondo¹, Serena Lembo. Review | *Dermatol Pract Concept.* 2021;11(4):e2021146
19. Chu DK, et al. Atopic dermatitis (eczema) guidelines: 2023 American Academy/Joint Task Force update. *J Allergy Clin Immunol / documento de guías (2023–2024).* (Guía clínica con recomendaciones exhaustivas sobre terapia tópica y sistémica).
20. Chu DK, et al. Topical treatments for atopic dermatitis (systematic review). *J Allergy Clin Immunol (2023).*
21. Hernandez TD, et al. Advancing Treatment in Atopic Dermatitis – terapias nuevas y revisión. Review article *Cureus.* 2024 Mar 2;16(3):e55393. doi: 10.7759/cureus.55393. PMID: 38562326; PMCID: PMC10982833.

Transición del modelo patogénico al salutogénico: implicaciones para el sistema de Salud en México

Dr. Eduardo Antonio Lara Pérez*

*Académico titular: Academia Mexicana de Pediatría, presidente y director general de la Fraternidad médica por la salud "Médicos Unidos por México"

Resumen

Objetivo: Proponer la transición del modelo de atención de la salud centrado en la enfermedad (patogénico) hacia un enfoque salutogénico basado en hábitos saludables, prevención y fortalecimiento de la resiliencia, utilizando evidencia internacional y el contexto específico de México.

Métodos: Revisión narrativa de literatura científica, informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Secretaría de Salud de México e Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Se incluyeron datos epidemiológicos, de gasto en salud y experiencias de implementación de modelos salutogénicos.

Resultados: El modelo patogénico presenta altos costos, dependencia tecnológica y escaso impacto en la prevención de enfermedades crónicas. El enfoque salutogénico ha demostrado en países como Finlandia, Japón y Costa Rica mejoras significativas en indicadores de salud y reducción del gasto sanitario. México presenta una alta prevalencia de enfermedades crónicas y un gasto concentrado en su tratamiento, lo que hace prioritaria la adopción de estrategias preventivas.

Conclusiones: La transición hacia un modelo salutogénico es factible y necesaria, requiriendo la participación activa de profesionales de la salud, políticas públicas integrales y el compromiso de la población.

Abstract

Objective: To propose the transition from the disease-centered health care model (pathogenic) to a salutogenic approach based on healthy lifestyles, prevention, and resilience strengthening, using international evidence and the specific context of Mexico.

Methods: Narrative review of scientific literature, reports from the World Health Organization (WHO), the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), Mexico's Ministry of Health, and the National Institute of Statistics and Geography (INEGI). Epidemiological data, health expenditure, and experiences in salutogenic model implementation were included.

Results: The pathogenic model is associated with high costs, technological dependence, and limited impact on chronic disease prevention. The salutogenic approach has shown significant improvements in countries such as Finland, Japan, and Costa Rica, with better health indicators and lower expenditures. Mexico shows a high prevalence of chronic diseases and health spending concentrated on treatment, making preventive strategies a priority.

Conclusions: The transition to a salutogenic model is feasible and necessary, requiring active participation of health professionals, comprehensive public policies, and community engagement.

Introducción

El modelo de atención predominante en los sistemas de salud se basa en el paradigma patogénico, centrado en la identificación y tratamiento de enfermedades a través de medicamentos, procedimientos y hospitalización (1). Si bien este modelo ha sido exitoso en el control de enfermedades infecciosas y agudas, su efectividad frente a enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) es limitada y costosa (2,3).

En contraste, el modelo salutogénico, introducido por Aaron Antonovsky en la década de 1980 (4), plantea un cambio de perspectiva: enfocar la atención en los factores que generan salud, tales como estilos de vida saludables, ejercicio, alimentación adecuada, salud mental y cohesión social. Este enfoque ha demostrado impacto positivo en experiencias internacionales y se plantea como una alternativa viable para México.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura publicada entre 1980 y 2025 en bases de datos como PubMed, Scopus y Google Scholar. Se consultaron informes de la OMS, OCDE, Secretaría de Salud de México e INEGI. Se incluyeron datos epidemiológicos, de gasto en salud y experiencias internacionales en modelos de atención salutogénica (2,5,6).

Resultados

En México, más del 50% del presupuesto en salud se destina al tratamiento de ENT como diabetes, hipertensión y obesidad (7). La prevalencia de obesidad en adultos es del 36.9%, diabetes en 10.3% e hipertensión en 18.4% (8). El gasto en salud se concentra en la atención hospitalaria, con limitada inversión e prevención (9).

Por otro lado, Finlandia implementó en los años 70 el 'North Karelia Project', logrando reducir la mortalidad cardiovascular en más del 80% mediante cambios en dieta y promoción de actividad física (10). Japón, con una dieta basada en vegetales, pescado y bajo consumo de grasas saturadas, presenta la mayor esperanza de vida global (84.6 años) (11). Costa Rica, a través de su sistema de atención primaria comunitaria, ha alcanzado indicadores comparables a los de países desarrollados con menor gasto per cápita (12).

Discusión

El modelo patogénico muestra un rendimiento decreciente en la prevención de ENT, mientras que el salutogénico promueve cambios sostenibles en la salud poblacional (3,4,10). La experiencia internacional demuestra que la inversión en promoción de la salud y prevención genera beneficios a largo plazo, tanto en calidad de vida como en reducción de gastos (11,12).

En México, la transición enfrenta retos: cultura médica centrada en el tratamiento, políticas públicas poco coordinadas y resistencia social al cambio de hábitos. Sin embargo, el costo creciente de las ENT y la presión sobre el sistema de salud hacen urgente un rediseño hacia el enfoque salutogénico.

Conclusiones

La transición del modelo patogénico al salutogénico representa una oportunidad para México de mejorar sus indicadores de salud y reducir costos sanitarios. Se recomienda:

- 1.- Fortalecer la atención primaria con enfoque preventivo.
- 2.- Promover educación en salud y hábitos saludables desde la infancia.
- 3.- Integrar políticas intersectoriales en alimentación, actividad física y salud mental.
- 4.- Fomentar la investigación y evaluación de intervenciones salutogénicas adaptadas al contexto nacional.

Referencias

1. Rosengren A, et al. Socioeconomic status and risk factors for cardiovascular disease: a multicentre study in 52 countries. *Lancet*. 2004;364(9438):953–62.
2. World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO; 1986.
3. OECD. *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing; 2023.
4. Antonovsky A. *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
5. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2022*. Geneva: WHO; 2022.
6. Ministerio de Salud de Costa Rica. *Informe de salud pública 2020*. San José: MSCR; 2021.
7. Secretaría de Salud. *Informe sobre la carga de enfermedad en México 2020*. México: Secretaría de Salud; 2021.
8. Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2021*. Cuernavaca: INSP; 2022.
9. INEGI. *Cuenta Satélite del Gasto en Salud 2022*. México: INEGI; 2023.
10. Puska P, et al. The North Karelia Project: 30 years successfully preventing chronic diseases. *Diabetes Voice*. 2008;53:26–9.
11. Ikeda N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet*. 2011;378(9796):1094–105.
12. Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Soc Sci Med*. 2004;58(7):1271–84.

Correspondencia:
Dr. Eduardo Antonio Lara Pérez
Email: lape5104@hotmail.com



<https://doi.org/10.24245/mim.v41i7.10488>

Herbolaria ficticia: un problema de índole internacional

Fictional herbalism: An international problem.

Luis Del Carpio Orantes

Resumen

Hoy día, la herbolaria ficticia se ha vuelto un problema de salud pública mundial, en el que los colegas estadounidenses se han involucrado tras las alertas emitidas por la FDA. En su frontera sur se ha identificado la mayor afectación con múltiples reportes de caso. El principal agente nocivo identificado ha sido Artri King, aunque actualmente hay una gran cantidad de complementos dañinos.

PALABRAS CLAVE: Herbolaria; síndrome de Cushing; salud pública.

Abstract

Nowadays fictitious herbal medicine is considered a global public health problem. North American colleagues have become involved following alerts issued by the FDA. The southern border has been identified as the most affected. The main harmful agent identified has been ArthriKing, although there are currently a large number of harmful supplements.

KEYWORDS: Herbal medicine; Cushing's syndrome; Public health.

Colegio de Medicina Interna del Estado de Veracruz.

Recibido: abril 2025

Aceptado: abril 2025

Correspondencia

Luis Del Carpio Orantes
Neurona23@hotmail.com

Este artículo debe citarse como: Del Carpio-Orantes L. Herbolaria ficticia: un problema de índole internacional. Med Int Méx 2025; 41 (7): 446-450.



México es un país con una gran tradición herbolaria; sin embargo, algunos grupos, a manera de mafias, se han aprovechado de esta situación para distribuir y vender complementos o suplementos supuestamente herbolarios que se ha demostrado que, de forma oculta, contienen cortisona o sus derivados sintéticos, lo que afecta a la población consumidora. Principalmente causan síndrome de Cushing, diabetes, hipertensión e insuficiencia renal.^{1,2}

Se han hecho esfuerzos por estudiar otros productos engaño de esta índole. Actualmente existen alrededor de 100 productos no regulados por COFEPRIS, algunos solo con alertas sanitarias, que han atravesado fronteras de tal forma que se venden indiscriminadamente en Centroamérica, Sudamérica y Estados Unidos.

La FDA ha impuesto alertas en su territorio, lo que ha limitado la comercialización de estos productos engaño. Algunos investigadores han puesto de manifiesto que su frontera sur, colindante con México, es la de mayor riesgo de este problema de salud pública, del que comienzan a verse casos, incluso, en población pediátrica. Los estados donde se concentran los principales reportes de afectación a la población son California, Arizona, Nuevo México y Texas.^{2,3}

En la actualidad existen reportes de casos aislados y series de casos que confirman que, en Estados Unidos, el problema ha crecido y encendido las alertas sanitarias internacionales que, de igual forma, han comenzado a alertar a sus poblaciones (existen alertas sanitarias contra productos herbolarios ficticios en Irlanda, Australia, China, Japón y Ucrania), lo que es importante para limitar la importación-exportación de estos productos engaño a la población mundial. En

estas latitudes el principal producto identificado como dañino es el Artri King que, principalmente, causa síndrome de Cushing. **Cuadro 1**

Desafortunadamente en el territorio nacional comenzamos a ver defunciones asociadas con el consumo de estos productos dañinos, que merman la respuesta del paciente ante un estrés agudo o un cuadro críticamente enfermo e, incluso, favorecen las afecciones mencionadas, por lo que es de suma relevancia global seguir investigando sobre estas mafias que no alcanzan a ser reguladas por la autoridad sanitaria nacional.

Estos productos se engloban en dos familias amplias: Ajo King y Flex (productos que se ha demostrado contienen corticosteroides en forma oculta, tienen alerta sanitaria o no cumplen la reglamentación regulatoria); sin embargo, existen otros muchos complementos que se escapan a esta clasificación, pero debemos estar atentos a los productos que prometen, con herbolaria sintética, aliviar dolores crónicos o reumatismos, así como los que ya tienen alerta sanitaria nacional o internacional y los que cumplen los criterios de producto engaño (no cuentan con un laboratorio formalmente establecido, no tienen número de lote o fecha de caducidad, no mencionan en su formulación que contienen fármacos antiinflamatorios o relajantes musculares, tienen anotaciones pretenciosas en sus empaques con promesas milagrosas de alivio y curación, etc.). **Cuadro 2**

Por último, seguimos alertando a las autoridades sanitarias de la existencia de nuevos productos de herbolaria ficticia para que generen las alertas sanitarias pertinentes y se informe a la población y sociedad de este gran problema de salud pública aún invisible.

Cuadro 1. Principales reportes y series de caso publicados

Autor, localidad, año	Producto herbolario	Daño a la salud	Pacientes afectados
Culler, Estados Unidos, 2024 ⁴	Artri King	Insuficiencia suprarrenal Diabetes Prediabetes	13
Wei, Estados Unidos, 2024 ⁵	Artri King Ardosons Ajo rey	Síndrome de Cushing Insuficiencia adrenal	12
Del Carpio, México, 2024 ⁶	Artri King Ortiga Ajo Rey Artribion	Síndrome de Cushing	8
Del Carpio, México, 2024 ⁷	Artri King Ortiga Ajo Rey Artribion	Síndrome de Cushing	13
Ann Berg, Estados Unidos, 2024 ⁸	Artri King	Síndrome de Cushing	3
Arcos-Díaz, México, 2023 ⁹	Artri King Ortiga Ajo Rey	Síndrome de Cushing	3
LeTran, Estados Unidos, 2023 ¹⁰	Artri King AK ajo	Síndrome de Cushing Úlcera duodenal, melena	3
Patel, Estados Unidos, 2022 ¹¹	Artri King	Síndrome de Cushing	2
Qurrat-ul-ain, Estados Unidos, 2024 ¹²	Artri King	Insuficiencia adrenal	1
Maraqa, Estados Unidos, 2024 ¹³	Artri King	Síndrome de Cushing	1
Morales, Estados Unidos, 2024 ¹⁴	Artri King	Síndrome de Cushing	1
Boncompagni, Estados Unidos, 2023 ¹⁵	Artri Ajo King	Síndrome de Cushing	1
Saad-Omer, Estados Unidos, 2023 ¹⁶	Artri King	Síndrome de Cushing	1
Dunn, Estados Unidos, 2023 ¹⁷	Artri King	Síndrome de Cushing	1
Dani, Estados Unidos, 2023 ¹⁸	Artri King	Síndrome de Cushing pediátrico	1
Mendiola, México, 2025 ¹⁹	Artri King	Síndrome de Cushing Lesión hepática aguda Lesión renal aguda	1
Mikhail, Estados Unidos, 2022 ²⁰	Artri King	Síndrome de Cushing	1
Puebla, Estados Unidos, 2024 ²¹	Artri King	Síndrome de Cushing	1
Méndez, México, 2025 ²²	FTX plus Fitelín pro (Ismerely)	Síndrome de Cushing Lesión renal aguda Anasarca	1
Alhassan, Estados Unidos, 2024 ²³	Artri King	Síndrome de Cushing Hidrosadenitis supurativa-absceso glúteo	1
Xiao, Estados Unidos, 2023 ²⁴	Artri King	Bacteriemia, neumonitis Lesión hepática aguda Estrongiloidiasis	1

Cuadro 2. Principales familias de complementos herbolarios dañinos

Familia Ajo King	Familia Flex	Miscelánea
Artri King	RM Flex	Me vale madre
Artri ajo King	Kuka Flex	Al diablo el dolor
Reuma King	Kuka Flex Forte	Contra Reumas
AK Forte	Kuka Flex Verde	Osteo Sin Max
Artrifan King	Reumo Flex	Reumofan plus
Cannabis King	Flexi Bion	Artritis y reumatismo
Artri Bion	Flex Tendoms	Cúrcuma compuesta
Ajo King	FTX	
Neuro King	Dolo Flex Relax	
Flexi King	Arthri Flex	
King Lax	MR Flex	
Árnica Ajo King	Flex Rey	
Ortiga Ajo Rey	Ortiga Flexx	
Ajo Rey Extraforte		
Ajo y omega		
Súper Ajo Negro		
Artri Ajo Fin		
Artri Health King		
Dolo Ortiga Ajo Rey		
Ajo Rey Circurey		

REFERENCIAS

- Del Carpio-Orantes L, Barrat-Hernández AQ, Salas-González A. Síndrome de Cushing iatrógeno por suplementos herbolarios falaces. El caso de Ortiga Ajo Rey y Artri King. *Med Int Méx* 2021; 37 (4): 599-602. <https://doi.org/10.24245/mim.v40i3.8102>
- Del Carpio Orantes L. Complementos "herbolarios" expandiéndose maliciosamente de México para el mundo. *Artriking y compañía*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2023; 61 (1): 6-7.
- Wei KS, Hurtado CR, Angell TE. Response to letter to the editor from Luis Del Carpio-Orantes: [Impact of surreptitious glucocorticoids in over-the-counter arthritis supplements. *J Endocr Soc* 2025; bvaf045. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaf045>
- Culler M, Mayfield CK, Aron A, et al. Endocrinologic abnormalities observed among total joint arthroplasty patients using "artri king" and related over-the-counter supplements: a cautionary tale from a safety net hospital. *J Clin Med* 2024; 13 (23): 7240. <https://doi.org/10.3390/jcm13237240>
- Wei KS, De La Torre MO, Flores A, et al. Characterizing the physiological side-effects of over-the-counter arthritis supplements. *J Endocr Soc* 2024; 8 (Suppl 1): bvae163.136. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvae163.136>
- Del Carpio-Orantes L, Aguilar-Silva A, Munguía-Sereno ÁE, et al. Herbal supplements cause Cushing's syndrome. *J Endocr Soc* 2024; 8 (Suppl 1): bvae163.199. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvae163.199>
- Del Carpio-Orantes L, Salas-González A, Mejía-Ramos SG, et al. Síndrome de Cushing iatrógeno por complementos herbolarios. *Med Int Méx* 2024; 40 (3): 238-241. <https://doi.org/10.24245/mim.v40i3.8102>
- Berg EA, Dao L, Yu R, Hurtado C. Artri King-induced hypothalamic-pituitary-adrenal axis disruption: A report of 3 cases. *JCEM Case Rep* 2023; 2 (1): luad154. doi:10.1210/jcemcr/luad154
- Arcos-Díaz A, Flores-Rivera A, Marín-Alvarado CP, Ramírez-Camacho MA. Reacciones adversas graves por consumo de productos engaño para tratar dolores articulares. Reporte de una serie de 3 casos. *ILAPHAR* 2023.
- LeTran V, Sumethasorn M, Dukewich M, et al. Danger in disguise! A case series of supplement-induced GI bleed. *Am J Gastroenterol* 2023; 118 (10S): S2100. <https://doi.org/10.14309/01.ajg.0000962208.23597>
- Patel R, Sherf S, Lai NB, Yu R. Exogenous Cushing syndrome caused by a "herbal" supplement. *AACE Clin Case Rep* 2022; 8 (6): 239-242. <https://doi.org/10.1016/j.aace.2022.08.001>
- Qurrat-ul-ain A, Sanna F, Amber L, et al. Artri King as a cause of adrenal insufficiency. *J Endocr Soc* 2024; 8: bvae163.113. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvae163.113>
- Maraq S, Bushnaq L, Singh R, et al. Severe exogenous Cushing syndrome caused by a potent steroid concealed in arthritis supplement. *J Endocr Soc* 2023; 7 (Suppl 1): bvad114.332. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvad114.332>
- Morales T, Samarasinghe S. A patient with a bronchial carcinoid presents with Cushingoid symptoms due to a potentially dangerous supplement. *J Endocr Soc* 2023;

- 7: bvad114.1297. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvad114.1297>
15. Boncompagni AC, Ruiz E, Rider AC. A case of iatrogenic Cushing syndrome and subsequent adrenal insufficiency from a hidden ingredient in the supplement Artri Ajo King. *J Am Coll Emerg Physicians Open* 2023; 4 (4): e13007. <https://doi.org/10.1002/emp2.13007>
 16. Saad-Omer SM, Kinaan M, Matos M, Yau H. Exogenous Cushing syndrome and hip fracture due to over-the-counter supplement (Artri King). *Cureus* 2023; 15 (7): e41278. <https://doi.org/10.7759/cureus.41278>
 17. Dunn C, Amaya J, Green P. A case of iatrogenic cushing's syndrome following use of an over-the-counter arthritis supplement. *Case Rep Endocrinol* 2023; 4769258. <https://doi.org/10.1155/2023/4769258>
 18. Dani A, Ede K, Price H, Gildenstern V. Cushingoid clinical features in a pediatric patient taking a natural supplement: Buyer beware. *JAAD Case Rep* 2023; 41: 68-70. <https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2023.08.035>
 19. Mendiola-Villalobos C, Rodríguez-Guevara I, Maldonado Morales JA, et al. Exogenous Cushing's syndrome, hepatic injury, and acute kidney injury associated with the ingestion of "ArtriKing" supplement: Literature review and case report. *Authorea* 2025. <https://doi.org/10.22541/au.173684897.72733973/v1>
 20. Mikhail N, Kurator K, Martey E, et al. Iatrogenic Cushing's syndrome caused by adulteration of a health product with dexamethasone. *JSM Clin Case Rep* 2022; 10 (2): 1201.
 21. Puebla B. Be suspicious of supplements: A case of exogenous cushing syndrome from hidden ingredient. <https://nsuworks.nova.edu/hcard/2024/day1/29/>
 22. Méndez M. Advertencia sobre FTX Plus y Fitelín Pro: denuncias masivas por afectar salud en Puebla. <https://newsweekspanol.com/2025/02/07/advertencia-sobre-ftx-plus-y-fitelin-pro-denuncias-masivas-por-afectar-salud-en-puebla/>
 23. Alhassan E, Cidon M. Beyond the label: What is inside your "natural" supplements? *Am J Med* 2024; 137 (11): e201-e202. doi:10.1016/j.amjmed.2024.07.024
 24. Xiao EY, Pecha RL, Sargsyan Z. Bacteremia, liver injury, and pneumonitis: Strongyloides unleashed by a supplement. *Am J Med* 2023; 136 (3): 270-272. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2022.09.033>

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.

La Crianza como factor determinante para una vida saludable y resiliente: perspectivas para la formación de generaciones empáticas y con calidad de vida

Dr. Eduardo Antonio Lara Pérez*

*Académico titular: Academia Mexicana de Pediatría, presidente y director general de la Fraternidad médica por la salud “Médicos Unidos por México”

Resumen

La crianza constituye el pilar fundamental para el desarrollo integral del ser humano, influyendo en su salud física, bienestar emocional y competencias sociales. Una crianza basada en apego seguro, estimulación temprana y apoyo socioemocional no solo favorece el desarrollo óptimo en la infancia, sino que también establece las bases para una vida adulta saludable, resiliente y con empatía. Este manuscrito explora la evidencia científica que respalda la relación entre prácticas de crianza, calidad de vida y longevidad, así como la importancia de romper ciclos intergeneracionales de violencia y desventaja. Se destacan los beneficios de fortalecer la parentalidad y el impacto en la salud pública, proponiendo estrategias basadas en evidencia para el acompañamiento familiar.

Palabras clave: Crianza, resiliencia, empatía, desarrollo infantil, parentalidad positiva.

Abstract

Parenting is the cornerstone for the integral development of the human being, influencing physical health, emotional well-being, and social skills. Parenting based on secure attachment, early stimulation, and socio-emotional support not only favors optimal development in childhood but also lays the foundation for a healthy, resilient, and empathetic adult life. This manuscript explores the scientific evidence supporting the relationship between parenting practices, quality of life, and longevity, as well as the importance of breaking intergenerational cycles of violence and disadvantage. The benefits of strengthening parenting and its impact on public health are highlighted, proposing evidence-based strategies for family support.

Keywords: Parenting, resilience, empathy, child development, positive parenting.

Introducción

La etapa inicial de la vida es determinante para el desarrollo físico, emocional y social del individuo. Numerosas investigaciones han demostrado que las experiencias tempranas, especialmente las relacionadas con la crianza, influyen en la salud y el comportamiento a lo largo del ciclo vital (1). Una crianza consciente, basada en vínculos seguros y apoyo emocional, constituye una estrategia clave para promover la salud integral, la resiliencia y la empatía en las futuras generaciones. Además, la crianza tiene implicaciones que trascienden la esfera individual, impactando la cohesión social, la prevención de violencia y la equidad en salud (2). Por tanto, comprender la importancia de este proceso se vuelve esencial para la formulación de políticas públicas y programas de acompañamiento familiar.

Crianza y desarrollo integral del niño

El entorno familiar es el primer espacio en el que el niño aprende hábitos de autocuidado, regulación emocional y habilidades sociales. Según la Organización Mundial de la Salud (3), los primeros cinco años constituyen una ventana crítica para el desarrollo cerebral, influyendo en la capacidad de aprendizaje y adaptación. Prácticas de crianza positivas, como la comunicación afectiva y la disciplina no violenta, se asocian con menor incidencia de trastornos emocionales y conductuales en la infancia (4). Asimismo, favorecen la adquisición de competencias socioemocionales necesarias para el bienestar a largo plazo.

Influencia en la salud y la calidad de vida a largo plazo

Las condiciones de crianza tempranas no solo afectan la salud mental, sino también la salud física. El modelo de Barker (5) señala que la nutrición, el cuidado prenatal y las experiencias tempranas determinan el riesgo de enfermedades crónicas en la adultez, como diabetes o hipertensión. Además, la crianza que promueve hábitos saludables (alimentación equilibrada, actividad física, higiene del sueño) contribuye a reducir factores de riesgo y a prolongar la expectativa de vida con calidad.

Dimensión emocional: empatía y resiliencia

El desarrollo de empatía y resiliencia durante la infancia es fundamental para la adaptación social y la prevención de conductas violentas. Niños criados en entornos seguros y afectivos muestran mayores niveles de regulación emocional, empatía y comportamiento prosocial (6). La resiliencia, entendida como la capacidad de afrontar adversidades, se fortalece mediante la presencia de cuidadores que brindan apoyo incondicional, fomentando la confianza y la autoestima (7)

Romper ciclos intergeneracionales

La crianza no ocurre en un vacío; está influenciada por factores socioeconómicos, culturales y psicológicos. Padres que han experimentado violencia o negligencia en su infancia presentan mayor riesgo de replicar estos patrones con sus hijos, perpetuando ciclos de vulnerabilidad (3). Sin embargo, intervenciones basadas en evidencia, como programas de educación parental y acompañamiento psicológico, han demostrado eficacia para interrumpir estas trayectorias negativas (8)

Mejorar las condiciones de los padres como estrategia central

El bienestar infantil depende en gran medida del bienestar parental. Factores como la salud mental de los cuidadores, la estabilidad económica y la red de apoyo social determinan la calidad de la crianza (2). Por ello, las políticas deben priorizar el fortalecimiento de las familias, brindando acceso a recursos y educación para la parentalidad positiva.

Tabla 1. Componentes de una crianza positiva vs. crianza negativa

Dimensión	Crianza positiva	Crianza negativa
Comunicación	Diálogo respetuoso, escucha activa	Gritos, descalificación
Disciplina	Normas claras, sin violencia	Castigos físicos o humillantes
Apoyo emocional	Afecto, validación de emociones	Ignorar o invalidar emociones
Estímulo cognitivo	Lectura, juego, aprendizaje	Falta de estimulación

Conclusiones

La crianza es una herramienta poderosa para moldear no solo individuos saludables y resilientes, sino sociedades más justas y empáticas. Invertir en programas que fortalezcan la parentalidad es una estrategia costo-efectiva que impacta la salud pública y el bienestar social a largo plazo. Promover entornos seguros, afectivos y estimulantes desde los primeros años de vida constituye un imperativo ético y sanitario para garantizar generaciones con mayor calidad de vida. La Crianza es marco para ayudar a los niños a sobrevivir y prosperar para transformar la salud y el potencial humano.

Referencias

1. Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. National Academies Press.
2. Center on the Developing Child. (2016). From Best Practices to Breakthrough Impacts: A Science-Based Approach to Building a More Promising Future for Young Children and Families. Harvard University.
3. World Health Organization (WHO). (2020). Nurturing care for early childhood
4. Jones, D. E., Greenberg, M., & Crowley, M. (2015). Early social-emotional functioning and public health: The relationship between kindergarten social competence and future wellness. *American Journal of Public Health*, 105(11), 2283–2290.
5. Barker, D. J. P. (1998). Mothers, babies and health in later life. Churchill Livingstone.
6. Denham, S. A., et al. (2012). Social-emotional learning and school readiness. *Journal of Educational Psychology*, 104(3), 814–830.
7. Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1), 6-20.
8. Heckman, J. J. (2011). The economics of inequality: The value of early childhood education. *American Educator*, 35(1), 31.

Contacto:
Dr. Eduardo Antonio Lara Pérez
Email: lape5104@hotmail.com



Cajoncito

4x3x2m

Castillo

4x3x3m



Escaladora

5x3x2m



f INFLABLES
i CHIKIKIDS
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 Todos los derechos reservados