

**Entrevista con el Dr. Patricio
Javier Santillán Doherty,**
Titular de la Comisión
Nacional de Bioética

Formación médica paliativa:
ciencia, ética y práctica interprofesional

La integración universal de los cuidados paliativos:
una necesidad humana y ética en la medicina moderna

Revista del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, A.C.

EDICIÓN
SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2024
NÚMERO 10

Versión en línea



Directorio

JUNTA DE GOBIERNO CONACEM

Dr. José Ignacio Santos Preciado
PRESIDENTE

Dr. Felipe Cruz Vega
SECRETARIO

Dr. Carlos Eduardo Aranda Flores
TESORERO

VOCALÉS: ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Dra. Celia Mercedes Alpuche Aranda
Dra. Patricia Elena Clark Peralta
Dr. Melchor Sánchez Mendiola

VOCALÉS: ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

Dr. Pierre Jean Aurelus
Dr. Rafael Medrano Guzmán
Dr. Juan Manuel Guzmán González

VOCALÉS: CONSEJOS DE ESPECIALIDADES

Dra. Oralia Barboza Quintana • Médicos Anatomopatólogos
Dr. Mario César Peláez Luna • Gastroenterología
Dr. Álvaro Alejandro Zavala Reina • Neurofisiología Clínica

SECRETARIO TÉCNICO

Lic. Miguel Ángel Vásquez Luna

COORDINADOR DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Mtro. Jorge Alberto Marín Zurita

CONSEJEROS JURÍDICOS

Mtro. David Sánchez Mejía

COMITÉ EDITORIAL

José Ignacio Santos Preciado
EDITOR

Patricia Elena Clark Peralta
COEDITOR

Jorge Alberto Marín Zurita
DISEÑO EDITORIAL

Miguel Ángel Vásquez Luna
PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN

DISEÑO GRÁFICO

Diana Ramírez Vázquez

CORRECCIÓN DE ESTILO

Geraldine Ochoa Zenil

REVISTA CERTEZA CONACEM, FORMATO DIGITAL

Luis Alberto Delgado Sosa • Esteban Alberto Juárez González

CON LA COLABORACIÓN:

Consejo Nacional de Certificación en Anestesiología
Consejo Mexicano de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular
Consejo Mexicano de Cardiología
Consejo Mexicano de Cirugía General
Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica
Consejo Mexicano de Cirugía Oral y Maxilofacial
Consejo Mexicano de Cirugía Pediátrica
Consejo Mexicano de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva
Consejo Nacional de Cirugía del Tórax
Consejo Mexicano de Comunicación, Audiología, Otoneurología y Foniatría
Consejo Mexicano de Dermatología
Consejo Mexicano de Endocrinología
Consejo Mexicano de Especialistas en Coloproctología
Consejo Mexicano de Gastroenterología
Consejo Mexicano de Genética
Consejo Mexicano de Geriátrica
Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Consejo Mexicano de Hematología
Consejo Mexicano de Certificación en Infectología
Consejo Nacional de Inmunología Clínica y Alergia
Consejo Mexicano de Medicina Aeroespacial
Consejo Mexicano de Medicina Crítica
Consejo Nacional de Medicina del Deporte
Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar
Consejo Mexicano de Medicina Interna
Consejo Mexicano de Medicina Legal y Forense
Consejo Mexicano de Medicina de Rehabilitación
Consejo Nacional Mexicano de Medicina del Trabajo
Consejo Mexicano de Medicina de Urgencias
Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos
Consejo Mexicano de Nefrología
Consejo Mexicano de Medicina Nuclear e Imagen Molecular
Consejo Nacional de Neumología
Consejo Mexicano de Neurofisiología Clínica
Consejo Mexicano de Neurología
Consejo Mexicano de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello
Consejo Mexicano de Oncología
Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología
Consejo Mexicano de Oftalmología
Consejo Mexicano de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio
Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría
Consejo Mexicano de Psiquiatría
Consejo Mexicano de Radiología e Imagen
Consejo Mexicano de Certificación en Radioterapia
Consejo Mexicano de Reumatología
Consejo Nacional de Salud Pública
Consejo Nacional Mexicano de Urología

La Revista Certeza CONACEM es una publicación cuatrimestral editada por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, con la colaboración de los 47 Consejos de Especialidades Médicas que cuentan con idoneidad de este Comité. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo en trámite.

La correspondencia debe dirigirse a la Revista Certeza CONACEM. Avenida Cuauhtémoc 330, Bloque "B" de la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX. • Tel. (55) 78237320.

✉ certeza@conacem.org.mx

🔗 certeza.conacem.org.mx



EDITORIAL

Certeza CONACEM

Dr. José Ignacio Santos Preciado
Presidente del CONACEM



En octubre de 2024 inició una nueva administración del Gobierno Federal encabezado por la Dra. Claudia Sheinbaum Pardo como la primera mujer presidenta de México. Celebramos su llegada con la consideración de que la salud tendrá una mayor relevancia durante su administración, lo mismo que la investigación científica.

El nuevo titular de la Secretaría de Salud, el Dr. David Kershenobich es un médico muy capaz, científico probado y reconocido internacionalmente que estoy seguro fortalecerá la infraestructura de atención para que su prestación sea con absoluta calidad. Cabe destacar que la medicina especializada, de acuerdo con su plan para los próximos seis años, juega un rol preponderante para hacerla accesible a toda la población.

Se planea mejorar y expandir la infraestructura de salud, se enfoca en la formación y capacitación continua de médicos y profesionales de la salud en áreas especializadas para asegurar un servicio de calidad. Se propone integrar servicios de salud para facilitar el acceso a la atención especializada y mejorar la coordinación entre diferentes niveles de atención. También busca establecer mecanismos de financiamiento que permitan mantener un sistema de salud robusto y sostenible, asegurando la disponibilidad de recursos para la medicina especializada. Se ha propuesto el uso de la telemedicina para ampliar el acceso a consultas especializadas, especialmente en áreas rurales y marginadas. De ser así, estaremos dando un salto cuantitativo en disponibilidad de la medicina especializada de una manera equitativa y con calidad.

El rol del CONACEM como organismo auxiliar de la Administración Pública Federal, establecido en la Ley General de Salud, en particular con la SEP y la Secretaría de Salud podrá contribuir significativamente al cumplimiento de estos grandes objetivos para el Sistema Nacional de Salud.

Estimados lectores de la Revista Certeza del CONACEM, los invito a leer los diferentes artículos y entrevistas que hemos conjuntado para esta edición de muy buena calidad e interés, analizamos la manera en que la bioética impacta en el desempeño profesional de un médico especialista certificado con respuestas muy puntales del Dr. Patricio

Javier Santillán, titular de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA).

Los cuidados paliativos como una necesidad humana y la ética en la medicina moderna en artículos escritos por expertos en la materia como lo es la Dra. María Elena Medina-Mora Icaza y el Dr. Ricardo Plancarte, imperdible su lectura.

Hubo cambios de presidentes en las máximas instituciones académicas de nuestro país, por tal motivo, entrevistamos al **Dr. Raúl Carrillo Esper, presidente de la Academia Nacional de Medicina de México**, quien expone con gran profesionalismo y compromiso social su plan de trabajo y destaca el apoyo a la investigación, las formas para incidir en políticas de salud pública y alcanzar una mayor cercanía con investigadores de todo el país mediante una estrategia de difusión de la ciencia para un impacto positivo en la población en general.

También una charla muy descriptiva con el **Dr. José Ángel Córdova Villalobos, nuevo presidente de la Academia Mexicana de Cirugía**, quien afirma que sin la actualización de conocimientos se pierde el contexto y lleva al rezago de la práctica médica. También que debe replantearse lo que se hace en torno a la formación médica. El doctor Córdova habla con conocimiento de causa pues fue Secretario de Salud y de Educación Pública del gobierno federal, entre otras responsabilidades en instituciones médicas y educativas. Vale mucho la pena la lectura de ambas entrevistas.

En el 2025 estaremos celebrando 30 años de creación del CONACEM, como garante de la medicina especializada de excelencia de nuestro país, año en el que encaminaremos nuestras tareas de certificación a nuevos y grandes objetivos.

Muchas gracias.



EDITORIAL

Dr. José Ignacio Santos Preciado
Presidente del CONACEM

1

Contenido

2



EL COMITÉ

La importancia de los códigos de ética
y sus alcances
David J. Sánchez Mejía
José Ramón Cossío Barragán

3



ARTÍCULO

Formación médica paliativa: ciencia, ética
y práctica interprofesional
Varios autores

18



EL COMITÉ

Código de ética del Comité Normativo
Nacional de Consejos de Especialidades Médicas

5



EL MUNDO DE LA CERTIFICACIÓN

El Avance Histórico de la Gastroenterología
en México
Dr. José Luis Tamayo de la Cuesta

21



LA ENTREVISTA

Dr. Patricio Javier Santillán Doherty
Titular de la Comisión Nacional de Bioética

6



ARTÍCULO

La integración universal de los cuidados
paliativos: una necesidad humana
y ética en la medicina moderna
Dr. Ricardo Plancarte-Sánchez
Dr. Jorge Guajardo Rosas

24



LA ENTREVISTA

Dr. Raúl Carrillo Esper
Liderazgo y transformación en la Academia
Nacional de Medicina de México

11



UNA CONSULTA

Un argumento convincente para la detección
oportuna de la enfermedad renal
crónica en México
Dra. Araceli Cisneros Villaseñor
Dr. Guillermo García García

27



EL MUNDO DE LA CERTIFICACIÓN

El papel del urólogo
certificado en México
Dr. Ricardo Cruz Silva

13



LA ENTREVISTA

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía

16



EL COMITÉ

La importancia de los códigos de ética y sus alcances

David J. Sánchez Mejía
Consejería Jurídica CONACEM

José Ramón Cossío Barragán
Consejería Jurídica CONACEM

Las normas jurídicas regulan conductas a través de una técnica de motivación social en la que sus destinatarios las observan principalmente por razones prudenciales, es decir, para evitar la consecuencia de hecho prevista en la propia norma. Por lo tanto, la reflexividad o interiorización de la obligación jurídica y los valores o principios implícitos en ella, son elementos contingentes para su cumplimiento.



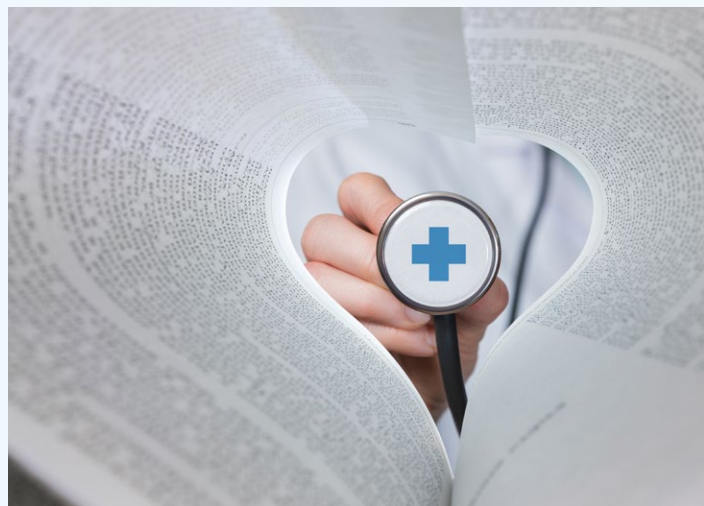
Por esta razón, y en gran medida debido al alto grado de complejidad que han adquirido tanto la organización como la actividad de las personas morales, se ha buscado implicar activamente a estas en la adopción de modelos de autorregulación, mediante los cuales se complementen las obligaciones jurídicas, a partir del establecimiento de guías o pautas para su correcta observación dentro de la organización y de mecanismos para su interiorización.

Uno de los principales elementos de estos sistemas de autorregulación son los códigos de ética y de conducta. En términos generales y simples, son una compilación de los principios y los valores bajo los que se determina el estándar ideal de comportamiento de los integrantes de un grupo determinado. Conforme a esta tendencia generalizada, el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) y los Consejos, han llevado a cabo el proceso de afirmación formal de sus principios y valores mediante la emisión de sus respectivos códigos de ética.

Sin embargo, esta autorregulación materializada en códigos de ética se encuentra a su vez limitada por disposiciones jurídicas, en tanto estas determinan sus posibilidades de regulación. De ahí que podamos hablar de una autorregulación regulada. Por lo tanto, es necesario analizar las normas jurídicas aplicables a efecto de comprender los límites y alcances de estos estándares *deónticos*.

En este sentido, resulta necesario considerar que el sistema normativo creado por los artículos 81 y 272 Bis de la Ley General de Salud establece que:

- i. Para la realización de procedimientos médicos de especialidad, los profesionales requieren certificado de especialista.
- ii. Los Consejos de Especialidades Médicas que tengan la declaratoria de idoneidad y reconocidos por CONACEM están facultados para expedir dichos certificados.
- iii. El CONACEM es el encargado de supervisar el entrenamiento, habilidades, destrezas y calificación de la pericia que se requiere para la certificación en las diferentes especialidades de la medicina.



Las disposiciones señaladas nos permiten observar por lo menos dos elementos de importancia para la correcta comprensión de los alcances de los códigos de ética del CONACEM y los consejos. En primer lugar, que las normas jurídicas señaladas establecieron como requisito necesario para la práctica de la medicina de especialidad, el acreditamiento de capacidad y experiencia por parte de los profesionales. De esta manera, la certificación se configura como un mecanismo de evaluación de tipo técnico, en tanto que su finalidad es determinar el cumplimiento de un estándar mínimo de conocimientos, habilidades, destrezas, etc., del médico que la solicita.

De esta manera, el CONACEM como auxiliar de la Administración Pública Federal, y los consejos que de este han recibido declaración de idoneidad, son organismos periciales técnicos. Así, y contrario a lo que pudiera suponerse, a estos no corresponde ni la determinación del estándar deontológico de las distintas especialidades, ni juzgar si ciertas conductas realizadas por sus respectivos especialistas se apegan a esta ética médica.

El otro elemento observado en el análisis del sistema normativo de la certificación es que el CONACEM y los Consejos realizan una función delegada de manera directa por la ley, siendo de orden público e interés social. De ello que, aun cuando los integrantes de estos organismos no reciben el estatuto formal de servidores públicos, su actuación debería apegarse a los más altos estándares éticos aplicables a los representantes del Estado.

Lo anterior fue interpretado de la misma manera por los órganos del CONACEM, al haber determinado dentro de sus principios y valores éticos, aquellos aplicables a los servidores públicos, mismos que se encuentran previstos en el artículo 109 de la Constitución y en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, a saber: legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia.

Dicho lo anterior, podemos concluir que los respectivos códigos de ética del CONACEM y los Consejos tienen un gran valor al permitir que las facultades que les han sido conferidas por el marco normativo se realicen con apego a los principios descritos, y atendiendo a compromisos éticos que son adquiridos por sus integrantes al momento de su ingreso. Esto en beneficio de los especialistas que se someten al proceso de certificación, pero también de la ciudadanía que reciben su atención.

En ese sentido es importante reiterar que el límite de los códigos de ética del CONACEM y los Consejos se encuentra en las actividades que el marco normativo les confiere, por lo que estos instrumentos se encuentran únicamente dirigidos hacia las personas que forman parte de las actividades que desempeñan y no constituyen una herramienta para que se vigile o sancione el actuar individual de las personas especialistas. Por eso la necesidad permanente de contar con procesos de capacitación y sensibilización, de manera que se logre una comprensión de los alcances y la interiorización de los códigos de ética.





EL COMITÉ

Código de ética

del Comité Normativo Nacional de Consejos
de Especialidades Médicas

Principios éticos

Principios. Los principios y valores éticos que deberán ser observados por los destinatarios del presente Código de Ética son:

- Legalidad
- Honradez
- Lealtad
- Imparcialidad
- Disponibilidad
- Eficiencia



Legalidad

Legalidad. Es la actitud de fomentar y actuar conforme aquello que las leyes, los reglamentos, las disposiciones administrativas, los Estatutos del CONACEM y sus reglamentos, expresamente confieran a los destinatarios de este Código.

Compromisos. En virtud del principio ético de legalidad, los destinatarios de este Código se comprometen en el desempeño de sus funciones, a:

- Mantener una actitud de interés y diligencia para conocer las leyes, reglamentos, disposiciones administrativas, así como los Estatutos del CONACEM y sus reglamentos.
- En caso de desconocimiento de la norma aplicable a una situación concreta o duda sobre su interpretación, consultar con los consejeros jurídicos del CONACEM.
- Aplicar correctamente las normas, sin realizar funciones que excedan de las facultades otorgadas por las normas aplicables.

Honradez

Honradez. Es la actitud de actuar con rectitud sin utilizar su posición para obtener o pretender obtener algún beneficio, provecho o ventaja personal o a favor de terceros.

**Te invitamos a leer la segunda parte
en nuestra versión digital.**

<https://certeza.conacem.org.mx/numero10>





Dr. Patricio Javier Santillán Doherty

Titular de la Comisión Nacional de Bioética

LA ENTREVISTA



¿Qué es la bioética y por qué es importante en la práctica médica?

Según la definición del Consejo Consultivo de la Comisión Nacional de Bioética, la bioética es una rama de la ética aplicada que realiza deliberaciones y planteamientos normativos que sirven como guía para regular y tratar de resolver los conflictos y dilemas que se dan en la práctica médica por los diferentes contextos culturales y por las innovaciones tecnológicas. También promueve el respeto por los derechos y la dignidad de los pacientes y del equipo médico, fomentando una comunicación efectiva y transparente que fortalece la relación que tienen los usuarios con el Sistema Nacional de Salud.

La bioética es crucial en la práctica médica porque proporciona un marco para garantizar que las decisiones y acciones de los profesionales de la salud sean justas, respetuosas y centradas en el bienestar del paciente.

¿Cómo impacta la bioética en el desempeño profesional de un médico especialista certificado?

Le ofrece un marco ético para la toma de decisiones en las ciencias de la vida. Y también influye en otros ámbitos, como las interacciones con los pacientes y colegas. Es importante reconocer que los especialistas médicos atendemos pacientes y planteamos protocolos clínicos mediante estudios de laboratorio y gabinete para plantear terapias, tratamientos, procedimientos, acciones correctivas o recomendaciones de rehabilitación o paliación de los problemas que presentan las y los pacientes. Todo esto se hace sustentado en evidencia científica y conocimiento profundo de los mecanismos biomédicos involucrados; es decir, en conocimiento biomédico.

Como este conocimiento científico es evolutivo y constantemente renovado, el proceso educativo también debe tener una actualización continua. La forma que hemos adoptado para evaluar que un especialista cumple con esa labor educativa es mediante el proceso de certificación por pares instituido a través de los Consejos de Especialidad, que adquiere un valor bioético primordial ya que se convierte en la manera de asegurarle a la sociedad que un especialista certificado cuenta con los conocimientos y prácticas renovadas que le permiten ejercer la especialidad.

Además, proporciona herramientas para sopesar los beneficios y riesgos tomando en cuenta las preferencias de los pacientes frente a las opciones disponibles en la atención de su salud. El trato a los pacientes debe respetar su autonomía y evitar actitudes paternalistas, acercándoles información completa y comprensible. De esta manera se promueve un proceso de diálogo que lleve decisiones consentidas más allá de un simple requisito.

La bioética educa para evaluar no solo los aspectos técnicos, sino también los dilemas éticos que surgen en la práctica biomédica, permitiendo que se tomen decisiones equilibradas entre los principios médicos y los valores del paciente.

¿De qué manera la bioética da certeza de una mejor atención médica para los pacientes?

La bioética contribuye a mejorar la atención médica al proporcionar un marco ético que guía la toma de decisiones en el ámbito de la salud. Su enfoque interdisciplinario garantiza que las prácticas médicas respeten la dignidad, los derechos y los valores de los pacientes.



Fomenta que los pacientes sean informados adecuadamente sobre su estado de salud y las opciones de tratamiento disponibles; facilita la toma de decisiones compartidas, asegurando que los valores y deseos del paciente sean respetados; orienta hacia una distribución justa de los recursos médicos, evitando discriminaciones y priorizando a quienes más lo necesitan. Asimismo, la bioética enfatiza que las decisiones médicas deben buscar siempre el bienestar del paciente, minimizando el daño y maximizando los beneficios, ayuda a identificar intervenciones médicamente efectivas y alineadas a los valores del paciente.

En suma, la bioética mejora la calidad de la atención médica al introducir aspectos humanísticos y de trato humanitario a la relación que se establece con las y los pacientes; también refuerza la confianza de los pacientes en el sistema de salud. Esto es clave para construir una medicina más justa, humana y respetuosa.

¿Cómo ayuda la bioética a los médicos especialistas a tomar decisiones éticas en situaciones complejas, como el final de la vida o tratamientos experimentales?

La bioética permite equilibrar aspectos técnicos, culturales, emocionales y éticos de los tratamientos, dentro de un marco de legalidad, que orienta a los médicos y pacientes para la toma de decisiones responsables e informadas.

En situaciones como el final de la vida o el uso de tratamientos experimentales, fomenta el diálogo transparente y empático para comprender las necesidades, valores y preferencias de los pacientes y su familia; además, explica la importancia de generar conocimiento científico biomédico ante posibles incertidumbres de un tratamiento experimental.

Asimismo, asegura el cumplimiento de los principios en ética en investigación, asegurando que la participación en los ensayos sea voluntaria, segura y equitativa.

En ambos casos, proporciona herramientas para identificar los problemas éticos y evaluar las alternativas considerando al paciente y a su familia.

¿Qué papel juega la bioética en generar confianza entre el médico especialista y sus pacientes?

A través de la práctica de la bioética, se refuerza la credibilidad y confianza en los profesionales de la salud al respetar la autonomía del paciente, promoviendo la comunicación abierta y comprensiva en donde los pacientes se sientan escuchados y valorados, además de saberse informados clara y transparentemente por medio del consentimiento informado, asegurando su privacidad y la humanización de la práctica clínica.

La incertidumbre médica existe y la única forma de mitigar las preocupaciones de los pacientes es a través de una actitud empática, honesta y abierta con ellas y ellos.

¿Qué nivel de conocimiento en bioética se espera de un médico especialista certificado y cómo asegurarse de que lo tenga?

Se espera que los médicos conozcan los principios éticos básicos, los aspectos legales de su práctica y la aplicación de aspectos como el consentimiento informado, así mismo es ideal que cuenten con la capacidad de identificar los dilemas que puedan ocurrir durante su labor y que puedan profundizar en la reflexión razonada sobre ellos.

Para ello, la bioética se encuentra incorporada en los planes de estudio de medicina y áreas afines, asimismo existen cursos de educación bioética y, finalmente, los Comités Hospitalarios de Bioética también son un apoyo para que los profesionales puedan acercarse no solo durante el análisis de casos sino como un órgano de consulta y educación.

¿Cómo trasciende la bioética más allá de los hospitales y clínicas para influir en políticas públicas de salud?

La infraestructura en bioética en México incluye diferentes organismos como los Comités y las Comisiones Estatales que funcionan también como órganos consultivos para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud. Al ser multidisciplinar, pueden analizarse los diferentes aspectos que rodean la creación e implementación de políticas públicas de manera que los tomadores de decisiones tengan la información adecuada y completa sobre esta labor, orientando hacia políticas públicas justas y respetuosas de los derechos humanos.

La CONBIOÉTICA recibe consultas de estructuras gubernamentales, legislativas y judiciales con respecto de opiniones bioéticas sobre asuntos de relevancia.

¿Qué relación tiene la bioética con el desarrollo de nuevas tecnologías y tratamientos médicos?

La bioética tiene una estrecha relación con la innovación ya que ayuda a evaluar las implicaciones éticas y sociales de estos avances dentro de un marco de legalidad. Asimismo, por medio de la evaluación del valor científico y social asegura que sean tanto técnica como metodológicamente viables en la búsqueda de beneficios para la sociedad, contribuyendo a su vez al diseño de marcos regulatorios de nuevas tecnologías, sobre su uso y su impacto. Toda institución de atención de la salud que realice actividades de investigación para la salud debe conformar Comités de Ética en Investigación que, a nivel institucional, evalúe y dictamine sobre la pertinencia de los protocolos de investigación que se sometan.

Por otro lado, busca garantizar la protección de los participantes en sus esferas físicas, psicológicas y sociales, promoviendo la justicia para el acceso a estas innovaciones y previniendo los usos indebidos que afecten la integridad y los derechos humanos, considerando factores como la autonomía y la vulnerabilidad.

¿Cómo ayuda la bioética a priorizar recursos y decisiones justas en contextos como pandemias o emergencias sanitarias?

En estas situaciones de incertidumbre y escasez de recursos, el análisis ético permite que las decisiones sean lo más equitativas, además de transparentes y orientadas a la salud pública. En este sentido, busca maximizar los beneficios colectivos por medio de la equidad y la priorización de los recursos disponibles, dependiendo de la población en riesgo, y evitar daños innecesarios en la aplicación de medidas obligatorias.

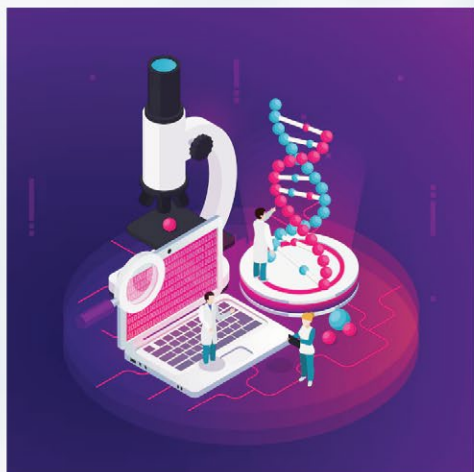
Las situaciones pandémicas o de emergencias sanitarias requieren respuestas rápidas sustentadas en evidencias científicas que justifiquen su implementación. Por este motivo, los Comités de Ética en Investigación deben hacer esfuerzos por analizar de manera expedita las propuestas de investigación que tengan que ver con la producción de conocimiento en momentos emergentes, sin perder la pertinencia bioética del protocolo, el análisis de la seguridad de los participantes y la calidad científica de la metodología que se pretende implementar.

¿Cómo pueden los pacientes y la sociedad en general entender y valorar la importancia de la bioética en la práctica médica?

Para lograr esto es esencial fomentar la educación en bioética, pero también la participación de la sociedad en las decisiones sobre la salud para el establecimiento de un diálogo transparente no solo con profesionales de la salud, sino también con los Comités Hospitalarios de Bioética, instituciones y tomadores de decisiones.

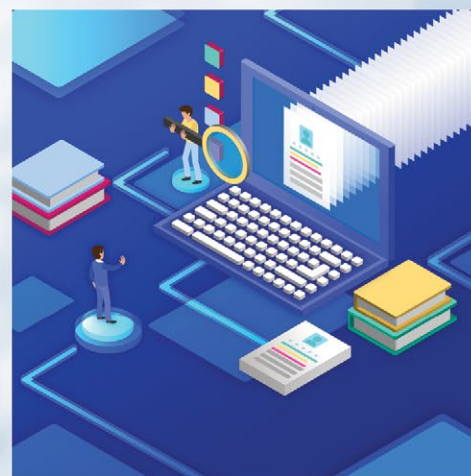
Así mismo, el uso de los recursos de tecnologías de la información es una herramienta valiosa para alcanzar a los diferentes grupos que conforman nuestro país. La comprensión de la bioética como herramienta para la protección de los derechos y la promoción de la justicia y calidad de la atención clínica ayuda a la sociedad y pacientes a valorarla como un elemento esencial de la práctica clínica. Todo lo anterior tiene por finalidad generar una cultura bioética que trascienda el ámbito biomédico.

Servicios de información de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA)



- Brindamos servicios gratuitos de información especializada virtual y presencial; contamos con bases de datos multidisciplinarias y diversos materiales bibliográficos sobre bioética, salud y temas afines.

- **Correo de atención a usuarios de Biblioteca:**
amigosconbioetica@gmail.com
- **Solicitar acceso a bases de datos:**
bit.ly/accesoebsscocnb
- **Blog de Biblioteca CONBIOÉTICA:**
bit.ly/BibliotecaConbioeticaWeb



Solicita los servicios de información

Síguenos en redes sociales



Atención a usuarios
bit.ly/bibliotecaconbioetica



Suscripción al Newsletter
bit.ly/boletinconbioetica



www.youtube.com/@conbioeticaMX



bit.ly/FBConbioetica

   gob.mx/salud/conbioetica



Salud
Secretaría de Salud



Integridad
Científica



Sesión extraordinaria con el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, A.C.

Simposio Calidad y Certificación de Especialistas Médicos

Miércoles 7 de mayo del 2025

10:00 horas

Coordinador: Dr. José Ignacio Santos Preciado

Introducción y contexto

Dr. José Ignacio Santos Preciado

5'

Calidad y certificación de especialistas médicos:

¿Ciencia o arte?

Dr. Alejandro Rendón Molina*

15'

Estandarización en certificación de especialistas

¿El santo grial?

Dra. Carmen Zavala García*

15'

Certificación y recertificación de especialistas:

Un largo y sinuoso camino.

Dr. Melchor Sánchez Mendiola

15'

Discusión.

15'

*Por invitación



LA ENTREVISTA

Dr. Raúl Carrillo Esper:

Liderazgo y transformación en la Academia Nacional
de Medicina de México

Mtro. Jorge A. Marín Zurita
Coordinador de Comunicación Social del CONACEM



- **Urgen políticas preventivas de salud que impacten positivamente en la población •**
 - **Se promoverá el etiquetado preventivo en las bebidas alcohólicas causante de diversas enfermedades •**
 - **Es necesario impulsar y fomentar la investigación •**
 - **La bioética, el humanismo y la salud mental serán temas fundamentales •**

Certeza tuvo la oportunidad de entrevistar al Dr. Raúl Carrillo Esper, presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, quien recientemente asumió el liderazgo en la corporación, nos habló de lo que representa presidir la Academia y cómo equilibrará las responsabilidades de esta posición con su visión de transformación médica.

Me interesó llegar a la presidencia de la Academia después de muchos años de pertenecer a la corporación. Cumplí ya más de 22 años de pertenecer a la Academia Nacional de Medicina, primero como socio numerario, y ahora ya en la categoría de académico titular. A lo largo de tantos años, me fui empapando cada vez más de la medicina, no solo como difusión de conocimiento científico, que es importante, sino también en la trascendencia que tiene respecto a la labor de académicas y académicos en la investigación, en la toma de decisiones, en la política, en la creación de instituciones y sobre todo, como órgano rector de la medicina mexicana, al ser la institución de más tiempo y de más peso.

Ingresar a la Academia también responde a mi idea de que ser parte de una corporación de servicio médico debe estar enfocado en la clínica y la administración, con el afán de servicio para la corporación y para la medicina mexicana, lo cual se traduce en el beneficio del pueblo de México, que hasta el momento sigue sufriendo una gran inequidad y heterogeneidad no solo en la atención médica, sino también en el desarrollo social y personal. Esto es lo que encontré y lo que me impulsó a adquirir este rol.

¿Qué proyectos ha diseñado e implementará para fortalecer justamente todo esto que menciona, la relevancia de la academia en el ámbito nacional e internacional, y cómo lograr un impacto de reconocimiento de ese orden?

Esto es bien interesante, la Academia Nacional de Medicina no solamente tiene la labor de difundir el conocimiento, también es importante como órgano consultivo del Gobierno Federal, para facilitar la toma de decisiones de aquellos que tienen el poder en políticas públicas que impactan la salud de millones de mexicanas y mexicanos. Ya estamos por llegar a los 130 millones de habitantes en un país muy heterogéneo en geografía y políticas de salud. La Academia de Medicina, con todos sus integrantes, apoya, aconseja y da las mejores opiniones para que los tomadores de decisiones, en este caso la Secretaría de Salud y las instituciones de salud, tengan un apoyo y orientación para lo que van a hacer.

La Academia Nacional de Medicina tiene competencia nacional, pero hay que fortalecer su presencia, porque es bien conocida aquí en la Ciudad de México y en ciudades grandes, pero en el resto del país no la conoce mucha gente o no sabe la importancia que tiene, ya que la reconocen como un órgano de difusión científica, no de política pública ni toma de decisiones. Parte de mi proyecto de trabajo es precisamente dar a conocer la Academia.

¿Cómo se va a dar a conocer la Academia? Políticas públicas de prevención dirigidas, entre otros temas, a la disminución del consumo de bebidas alcohólicas

Con acciones que lleguen a la gente. Una de ellas, que estoy trabajando y es uno de los pilares de mi administración, es el etiquetado preventivo en las bebidas alcohólicas, causante, por mencionar algunas enfermedades, de la diabetes, sobrepeso, obesidad cardiovascular y hepática. Poco se ha tratado el alcoholismo, que es un problema nacional y mundial. Se habla de otras drogas, pero el alcohol es una de la que no se quiere dar esa imagen. La bebida alcohólica, la cerveza, se relaciona con los deportes, con la familia, con tener amigos, porque la bebida alcohólica representa cierto tipo de poder. El alcoholismo es un problema muy serio en este país y en todo el mundo.

Aquí en México, así como se han etiquetado las bebidas azucaradas, que son otro problema gravísimo que condiciona obesidad, sobrepeso e hígado graso, y la comida chatarra, también se deberían etiquetar las

bebidas alcohólicas. ¿Por qué se venden libremente? Uno va a cualquier supermercado, a cualquier tienda de conveniencia y venden cerveza, incluso a menores de edad, venden bebidas alcohólicas espirituosas y nadie dice nada. Dado que el gobierno no ha tomado cartas en este asunto, un grupo de asociaciones y la Academia Nacional de Medicina tomaron el liderazgo para hacerle saber a la gente que incluso una copa de alcohol está relacionada con el desarrollo de enfermedades, como el cáncer. No te tienes que emborrachar; con una copa al día, a la semana, al mes o al año, no pasa nada, pero si tomas continuamente una copita en cada reunión familiar o de amigos, a mediano y largo plazos, va a impactar en tu salud. El gobierno de Estados Unidos emitió en enero una alerta muy importante sobre la asociación directa entre la ingesta alcohólica y el cáncer.

Divulgación y fomento de la ciencia

Otra manera de dar a conocer la Academia a la población es con presencia como inductora y consejera para el desarrollo de políticas públicas de salud con programas, como esta política pública social muy importante sobre las bebidas alcohólicas. Actualmente, la Academia de Medicina está integrada por 600 miembros aproximadamente. En la década de los 50, fue la Dra. Rosario Barroso quien abrió camino a las mujeres, y a partir de ahí, han ingresado más colegas muy brillantes, de todas las áreas.

Tenemos que llevar a las facultades y escuelas de medicina a quiénes integran la academia y lo que hacen por el bien de México, porque, a fin de cuentas, todos sus integrantes, de acuerdo con las diferentes áreas de interés que tienen en su trabajo y sus aportaciones, deben ser conocidos por los jóvenes en formación, porque ellos son el futuro y se están preparando para el relevo generacional.

**Te invitamos a leer
la entrevista completa
en nuestra versión digital.**

<https://certeza.conacem.org.mx/numero-10>





EL MUNDO DE LA CERTIFICACIÓN

El papel del urgenciólogo certificado en México

Dr. Ricardo Cruz Silva

Presidente del Consejo Mexicano de Medicina de Urgencias

La medicina de urgencias ha evolucionado en los hospitales generales en México.

Estas unidades eran atendidas por una variedad amplia de médicos, que van desde médicos generales hasta médicos de todas las especialidades, prestando atención según el personal aunque no estuviera especializado en el área de urgencias. El advenimiento de la especialidad de urgencias estableció la figura y fue el propio médico urgenciólogo quien se encargó de posicionar la especialidad en el ámbito hospitalario tanto en el sector público como en el privado.



El especialista en medicina de urgencias actualmente realiza labor administrativa en los servicios de urgencias y a cualquier nivel directivo, además de ser capaz de dar labor asistencial, proporcionando cuidados directos a los pacientes que ingresan críticamente enfermos y también a quienes acuden a buscar ayuda terapéutica oportuna, en la que el tiempo sí importa (como es el caso de la mayoría de las urgencias).

Como en todas las áreas es importante que el médico se mantenga actualizado tanto en conocimientos y habilidades, como en innovación tecnológica aplicada a su área laboral, por ello cada vez aumenta más la tendencia a mantener la certificación vigente.

El médico urgenciólogo en Norteamérica es muy valorado por su capacidad resolutoria de múltiples patologías, países como Canadá apuestan nuevamente a los médicos especialistas en urgencias; recientemente España reconoció urgencias como especialidad, y en Centroamérica existe también una gran cultura de medicina de urgencias y emergencias.

Posicionar al médico urgenciólogo en la comunidad ha sido una labor incansable, y hay que reconocer que las series de televisión han generado consciencia comunitaria, pues todas hablan de áreas de urgencias.

En nuestro país puede cursarse un posgrado de especialidad médica en Medicina de Urgencias. La especialidad médica es un posgrado de acceso directo, cuya formación teórica y práctica se realiza en instituciones académicas y hospitalarias legalmente existentes, con validez oficial.

La duración de la especialidad en Medicina de Urgencias es de 3 años completos. Cuenta con un programa de certificación nacional a nombre de la Secretaría de Educación Pública, de reconocimiento nacional a cargo de la Dirección General de Profesiones. Al término del posgrado se tramita una cédula nacional.

El urgenciólogo entre otras cosas se encarga de:

- 1 Realizar y supervisar procedimientos de reanimación cardiopulmonar.
- 2 Manejar y supervisar tratamientos rápidos de choque y reversión de alteraciones del estado consciente.
- 3 Manejar y supervisar urgencias en pacientes con secuelas neurológicas no traumáticas.
- 4 Manejar y supervisar a pacientes en estado de coma.
- 5 Tratamiento de urgencias neurológicas cerebrovasculares.
- 6 Realización de maniobras de evaluación de las vías respiratorias.
- 7 Toma de muestras.
- 8 Manejo del paciente traumatizado.
- 9 Manejo de la vía aérea obstruida, de la asfixia o sofocación.
- 10 Manejo de lesiones agudas en la columna vertebral y médula espinal.
- 11 Manejo de lesiones musculoesqueléticas traumáticas y no traumáticas.



La idea de atención integral de los pacientes a nivel nacional concibe que el urgenciólogo certificado ante el Consejo Mexicano de Medicina de Urgencias demuestra que tiene conocimientos, habilidades y destrezas certificadas que le otorgan un valor agregado a la institución de salud donde ejerce su práctica diaria para lograr y ofrecer asistencia segura, de calidad, con criterios de eficiencia y tanto promoviendo la apropiada realización de asignación de los recursos como generando confianza y seguridad a la comunidad.

Es innegable la importancia de la atención de urgencias médicas en México; la patología es compleja, y esa complejidad requiere un manejo especializado con clara toma de decisiones. Es inaplazable contar con profesionistas capacitados en la medicina de urgencias.

La atención en urgencias es la principal puerta de acceso al sistema de salud y, en muchas ocasiones, la única. El entorno de una institución de salud, cualquiera que sea, generalmente es ambulatorio, solo con camillas de observación. Tal entorno representa un desafío para el médico, las decisiones son urgentes e inmediatas y las acciones deben ser correctas y adecuadas. Por lo que la medida, el manejo integral, el razonamiento clínico y el trato adecuado y humano con el paciente y familiares deben ser una mezcla de características únicas e indispensables que justifican la necesidad de capacitarse y formar especialistas bien preparados para las actividades profesionales.

La Ley General de Salud establece que para el desempeño de la profesión se requiere contar con cédula profesional. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica señala que el médico debe contar con especialidad en la rama de la profesión que pretende ejercer cuando exista especialidad para esa rama y, en el caso contrario, acreditar los conocimientos técnicos, prácticos y actitudinales necesarios mediante un examen.

Consulta las referencias en nuestra versión digital

<https://certeza.conacem.org.mx/numero-10>





Academia
Mexicana de
Cirugía A.C.

Sesión conjunta con el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas

CALIDAD Y CERTIFICACIÓN
DE MÉDICOS ESPECIALISTAS:
LOS RETOS DE LA ESTANDARIZACIÓN

Martes 8 de abril del 2025
19:00 horas





LA ENTREVISTA

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía



• Se debe fortalecer la difusión de la ciencia • Sin la actualización de conocimientos se pierde el contexto y lleva al rezago • Debe replantearse lo que se hace en torno a la formación médica • La incorporación de nuevos miembros académicos engrandece nuestra labor •

Desde su creación en el año de 1933, la Academia Mexicana de Cirugía ha mantenido firme su misión sobre el desarrollo de la educación e investigación, en su propósito de fortalecer la buena práctica médica; en entrevista con su presidente, el doctor José Ángel Córdova Villalobos, hicimos un recuento de la trascendencia de la corporación para la salud de los mexicanos y lo que para él representa poder continuar con ese legado que inició en los años treinta del siglo pasado, con la primera mesa directiva que presidió el Dr. Gonzalo Castañeda, y responde:

La Academia Mexicana de Cirugía, desde su creación, ha conjuntado a los mejores médicos y cirujanos investigadores que laboran en las principales instituciones del país donde se aplican los avances de la ciencia con todo el rigor científico y se continúan modernizando, gracias a los recursos disponibles para este fin, tanto desde el punto de vista de equipamiento, como para los insumos médicos y de medicamentos de punta para el mejor resultado de los tratamientos.

Es una obligación seguir los principios establecidos por el doctor Castañeda, y buscar que la Academia Mexicana de Cirugía, AMC, siga creciendo al incorporar a gente con preparación que, a través de requisitos que son bastante estrictos, demuestre lo que pueden aportar para engrandecer a la Academia.

El ingreso a la Academia es complicado porque se requiere una puntuación que toma en cuenta varios aspectos, desde la formación del médico, su preparación, su trabajo actual, sus publicaciones y esto nos permite una selectividad en cuanto al valor personal del interesado para entrar. Solo se evalúan aspectos ligados a la promoción y práctica de la ciencia y así ha funcionado muy bien durante estos 92 años que tiene la institución.

¿Puede compartirnos los temas principales que aborda su plan de trabajo para el periodo en que la Academia, por ejemplo, en cuanto a innovación para la educación o la difusión de la ciencia?

Bueno, estos son temas usuales para mí y conocidos desde hace mucho tiempo, dado que yo fui director en la facultad de medicina de León, Guanajuato, de 1990 a 1997 y después presidente de las escuelas de medicina de México del 95 al 97; constantemente los estamos analizando, de hecho, formo parte también del área de educación médica de la Academia Nacional de Medicina. Tenemos muy claro cuáles son las prioridades que deben abordarse en el aspecto de la práctica médica. Se hacen estudios frecuentemente, tenemos estadísticas nacionales e internacionales, ligadas a la realidad de nuestro país y conforme a todo ello priorizamos los



problemas más importantes de salud para saber cómo pueden ser abordados; esto requiere evidentemente una actualización, sin embargo, cada vez es más claro que las enfermedades crónicas degenerativas son el problema principal que tenemos y cuya atención debe de abordarse prácticamente desde antes del nacimiento para poder lograr que el individuo nazca y pueda crecer sano y, que además, tenga todas las oportunidades de acceso a la salud.

En ese sentido algo que tenemos que fortalecer es la difusión de la ciencia

Para que la información llegue a toda la población; de hecho, las sesiones de la Academia y particularmente después del problema del COVID-19 se transmiten y son abiertas a través de la página web; son sobre diferentes temas y se habla con contundencia y con conocimiento sobre los problemas principales: cómo abordarlos, cómo resolverlos y qué acciones se requieren. Debe modificarse el sistema nacional de salud y dar más importancia a la prevención y, a la par, impulsar el acceso a los tratamientos; esto ha sido y será lo que vamos a hacer durante los siguientes 2 años en la Academia Mexicana de Cirugía, de hecho vamos a llevar las sesiones al interior del país, vamos a tener las jornadas médicas en el mes de octubre en la ciudad de León, Guanajuato y van a participar muchos de los académicos que están en el interior del país y desde la Ciudad de México.

¿Cuál es su visión de la medicina especializada en México actualmente?

En México, hemos tenido la fortuna de estar cerca de Estados Unidos, lo que ha permitido que muchos médicos se especialicen allí desde hace años, y posteriormente en Europa. Además, contamos con la oportunidad de establecer intercambios con otros países, lo que nos permite conocer el estado actual de las cosas.

Muchos de nosotros somos miembros de otras Academias, yo estoy en la Academia Francesa de Cirugía y también en la de Medicina y esto nos permite estar actualizados de lo que está pasando en otros lugares e incluso tener intercambios de jornadas en las que vienen médicos de allá o vamos nosotros y esto enriquece mucho la discusión.

Estos programas van a continuar durante todo este año y el año siguiente, por supuesto, porque es una manera de actualizarnos, si no los médicos estaríamos en riesgo de la descontextualización y de no tener la visión de lo que hay que hacer y eso nos dejaría atrás, nos rezagaría respecto a otros países o con otros pares, afortunadamente para ello existe la certificación de los médicos especialistas que realiza el CONACEM, que exige y motiva estar al día para garantizar una atención de excelencia.

En este contexto, por ejemplo, contamos con la cirugía robótica, con más de 500 cirugías realizadas en algunos centros especializados en México, convirtiendo a estos especialistas en expertos que están difundiendo y extendiendo el conocimiento en México e internacionalmente por su asistencia a congresos en distintos países, donde pueden fortalecer conocimientos en cada una de las especialidades y en el área de la ciencia que les interesa. Por otro lado, debemos siempre de estar revisando las estadísticas, por ejemplo, las estadísticas de salud del INEGI, o las estadísticas del Instituto Nacional de Salud Pública para conocer nuestra realidad porque al no hacerlo se corre el riesgo de salirse de las verdaderas necesidades y no ver temas fundamentales. El uso del internet nos ayuda a conseguir información actualizada rápidamente y de buenas fuentes especializadas, es válido recurrir a ellas.

**Te invitamos a leer
la entrevista completa
en nuestra versión digital.**

<https://certeza.conacem.org.mx/numero-10>





Formación médica paliativa: ciencia, ética y práctica interprofesional

ARTÍCULO

Dra. Nayely Vianey Salazar Trujillo

Seminario de Estudios sobre la Globalidad- Facultad de Medicina – UNAM
nayely.salazart@facmed.unam.mx / nayeyst@gmail.com

Mtra. Rosa Amarilis Zárate Grajales

Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública (IESAP)
Institución donde labora: Facultad de Enfermería y Obstetricia – UNAM
r.zarate@comunidad.unam.mx

Dra. Gandhi Ponce Gómez

División de Estudios de Posgrado FENO – UNAM
gandhyponce71@gmail.com

Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza

Titular Seminario de Estudios sobre la Globalidad -Facultad de Medicina – UNAM
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
metmmora@gmail.com

DTS Carmen Guadalupe Casas Ratia

Escuela Nacional de Trabajo Social – UNAM
c.casas@entsadistancia.unam.mx

Mtro. Edgar Zamora Carrillo

Escuela Nacional de Trabajo Social – UNAM
edgar.zamora@ents.unam.mx

Introducción

La formación en cuidados paliativos se ha convertido en un pilar esencial dentro de la educación médica contemporánea. Enfrentar enfermedades crónicas avanzadas requiere una atención integral que no solo contemple el manejo de síntomas, sino que también se centre en la calidad de vida del paciente y su familia. Sin embargo, el modelo tradicional de educación médica ha priorizado la curación y el uso de la tecnología sobre una atención más humanizada.

En respuesta a esta necesidad, la formación interprofesional en cuidados paliativos busca dar a los profesionales de la salud competencias científicas, éticas y clínicas para abordar estos desafíos de manera colaborativa. Este artículo explora cómo la integración de los cuidados paliativos en la enseñanza médica transforma la práctica clínica e impacta positivamente en la calidad de la atención y en la toma de decisiones centradas en el paciente. A través de un análisis histórico y actual de la educación en cuidados paliativos, se identifican áreas clave de oportunidad para mejorar la enseñanza y la práctica en este campo.

Transformaciones de la educación médica: integrando la atención paliativa

Desde la antigua Grecia hasta el siglo XXI, la historia de la educación médica ha pasado por momentos estelares, con una actualización intensa en los últimos 120 años.¹ La educación médica ha analizado cómo se forman las y los médicos a lo largo de su trayectoria, abarcando desde la formación de grado hasta el posgrado y la educación continua, considerándolo un proceso de aprendizaje permanente, ya que la evolución constante del conocimiento médico exige actualización que responda tanto a los avances científicos y tecnológicos como las necesidades cambiantes de la población y su entorno.

Los métodos de enseñanza y aprendizaje han evolucionado, adaptándose a las demandas de la sociedad y del ejercicio profesional.²

Tabla 1. Evolución de los enfoques de la educación médica

Modelo	Características	Rol del Docente
Tradicional	Centrada en la transmisión de conocimientos del docente al estudiante, con énfasis en la memorización.	Fuente de conocimiento, autoridad en el aula.
Escuela Activa	Fomenta la participación activa del estudiante, el aprendizaje por descubrimiento y la autonomía.	Guía y facilitador del aprendizaje autónomo.
Tecnología Activa	Uso intensivo de herramientas tecnológicas para mejorar la enseñanza y el aprendizaje.	Diseñador de experiencias de aprendizaje con tecnología.
Didáctica Crítica	Promueve el pensamiento crítico, la reflexión y la conciencia social en la educación.	Mediador y promotor del pensamiento crítico.
Cognoscitivista	Se enfoca en los procesos mentales y en cómo los estudiantes adquieren, almacenan y usan la información.	Orientador en los procesos de adquisición del conocimiento.
Socio constructivista	El aprendizaje es un proceso social y colaborativo, basado en la interacción y construcción del conocimiento.	Facilitador del aprendizaje colaborativo y contextualizado.
Competencias profesionales	Desarrollo de habilidades y competencias aplicadas a contextos profesionales reales.	Tutor y mentor en el desarrollo de competencias.

La enseñanza de la medicina, en la sociedad contemporánea occidental, está basada en el modelo técnico-científico de valoración absoluta de la cura, en la que el cuidado médico, la medicina a la vera de la camilla, el contacto, la escucha y la mirada comprometida con el paciente son desplazados a un nivel secundario. En este contexto, la muerte, parte integral del ciclo de la vida, pasa a ser considerada un evento indeseable, prorrogable y que se pretende expulsar de lo cotidiano.³ La educación médica tradicional ha priorizado un enfoque tecnicista, centrado en la curación y el uso de tecnología, lo que ha llevado a intervenciones innecesarias y distanasia.

En contraste, desde finales de los años sesenta, Elisabeth Kübler-Ross y Cicely Saunders promovieron modelos de atención humanizada en pacientes con enfermedades terminales. La Organización Mundial de la Salud ha redefinido los cuidados paliativos, integrándolos a un enfoque que aborda el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual. Esta visión desafía el modelo hegemónico y resalta la necesidad de transformar la educación médica para incluir cuidados paliativos como parte fundamental de la formación y la práctica clínica.

Los cambios demográficos, el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas y como los avances vertiginosos en la ciencia y la tecnología, reclaman nuevas perspectivas en la atención a la salud y en la educación médica.⁴

En México, los cuidados paliativos han sido reconocidos en la Ley General de Salud,⁵ consolidándose como un derecho del paciente. Las reformas recientes enfatizan un enfoque integral de atención médica, incorporando medidas curativas, preventivas, de rehabilitación y paliación, garantizando el acceso a tratamientos por equipos inter y multidisciplinarios de salud.⁶ Afortunadamente, la formación médica que se promueve en las escuelas y facultades de medicina y otras disciplinas, está realizando avances importantes para seguir el ritmo y demandas de estos desafíos.

Un ejemplo de ello es que actualmente la UNAM y la Facultad de Enfermería y Obstetricia desde su Programa Único de Especializaciones, está en la fase de aprobación de la Especialización de Enfermería en Cuidados Paliativos,⁷ la cual tiene una visión de la atención del paciente desde un primer nivel de atención en comunidad y con su familia, hasta la actuación intrahospitalaria.

Asimismo, se han alcanzado grandes avances en la formación de los Cuidados Paliativos Especializados, como la especialización en Medicina Paliativa aprobado por el Consejo Universitario de la UNAM⁸ y actualmente en el Catálogo de Especialidades Médicas del Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM).

La formación profesional en Trabajo Social de la UNAM también ha alcanzado grandes avances como el diseño de estrategias de intervención en salud, preparando a sus egresadas y egresados para colaborar de manera interprofesional en los equipos de cuidados paliativos y tanatología.⁹

Educación y formación interprofesional en Cuidados Paliativos primarios y especializados.



Práctica interprofesional en la formación médica paliativa

Dentro de la atención en salud, actualmente existen los Cuidados paliativos primarios (CPP) y los cuidados paliativos especializados (CPE). Ambos requieren educación teórica y formación clínica y se adaptan al entorno, es decir, al hogar, atención a largo plazo, hospitales, centros comunitarios, población (diagnóstico y condiciones culturales), región y edad (neonatal, pediátrica, adolescente, joven, adulto, adulto mayor).

Pero también debe tenerse presente que “los últimos días de la vida son uno de los acontecimientos más difíciles de afrontar y con mayor impacto, en los que aparecen situaciones de una gran intensidad física, emocional y espiritual, tanto en la persona enferma como en su familia. La atención en estos momentos tiene grandes singularidades; para la práctica totalidad de las personas morir es un proceso complejo, quizás ahora más que nunca, porque los límites de la vida se han vuelto imprecisos y susceptibles de ser alterados. Por otra parte, es una realidad que los procesos de toma de decisiones son, en este contexto, muy complejos y difíciles”.¹⁰

Por lo tanto, la práctica interprofesional en la formación médica paliativa se refiere a la colaboración entre profesionales de distintas disciplinas (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros) para ofrecer una atención integral al paciente. En el contexto paliativo, donde la complejidad de los cuidados requiere múltiples perspectivas, la práctica interprofesional favorece la calidad de vida del paciente, la eficiencia en el equipo y la seguridad en los cuidados, promoviendo un abordaje centrado en las necesidades del paciente y su familia.

Sin embargo, hay que considerar que, para brindar una atención experta, cada miembro del equipo necesita educación, capacitación y certificación en cuidados paliativos especializados específicos de su profesión, además de educación y capacitación interprofesional, ya que si bien cada disciplina ha promovido el desarrollo de sus competencias profesionales en la realidad poco se promueve una formación y una práctica interprofesional, para lograr verdaderamente atención paliativa integral.

En la formación interprofesional en cuidados paliativos, el personal médico puede aprender varios aspectos clave de la enfermería paliativa,¹¹ que complementan su rol y mejoran la atención integral del paciente:

- 1 Comunicación y relación terapéutica.
- 2 Manejo de los síntomas desde un enfoque de cuidados continuo.
- 3 Cuidados directos y manejo de necesidades básicas, como el cuidado y mantenimiento de accesos venosos centrales y el uso de dispositivos subcutáneos para el manejo de fármacos.
- 4 Principios esenciales en la prestación y gestión de la atención.
- 5 Promoción a la salud y gestión de cuidados.

El Trabajo Social como disciplina encuentra una excelente área de oportunidad para intervenir desde su propio corpus teórico y metodológico para el establecimiento de pautas de intervención orientadas hacia el trabajo interprofesional con acciones específicas para mejorar la calidad de vida del paciente, que repercuten de forma positiva en las familias, grupos, redes de apoyo, comunidad y en la sociedad en su conjunto. Es importante señalar que dichas acciones se llevan a cabo de manera coordinada con todas las personas que integran los equipos de atención interdisciplinaria a lo largo del proceso.



Te invitamos a leer la segunda parte en nuestra versión digital.

<https://certeza.conacem.org.mx/numero-10>





EL MUNDO DE LA
CERTIFICACIÓN

El Avance Histórico de la Gastroenterología en México

Dr. José Luis Tamayo de la Cuesta

Presidente del Consejo Mexicano de Gastroenterología,
Jefe del Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Gastrointestinal
del Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud
de la Universidad Autónoma de Sinaloa en el Hospital Civil de Culiacán



Ismar Isidor Boas (1858-1938), nació en la ciudad de Exin, actual Alemania y en 1886 se convirtió en el primer médico del mundo en tener una licencia en enfermedades gastrointestinales, es decir, fue el primer gastroenterólogo del mundo.

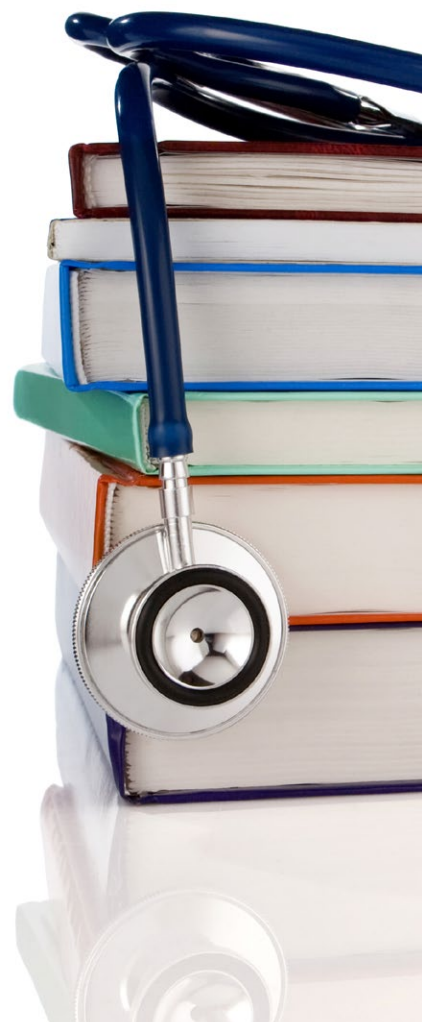


Poco más de una década después, en 1898, el Dr. Eduardo Lamicq y Díaz publicó el primer libro mexicano sobre gastroenterología titulado Enfermedades del aparato digestivo, con un prólogo de el doctor Eduardo Liceaga.

La gastroenterología en nuestro país tuvo su origen en el Hospital General de México en 1927, producto de la mente visionaria del Dr. Abraham Ayala González, quien integró, inicialmente en el pabellón II y después en el I9, un servicio en el que concurrían la gastroenterología clínica, la endoscopia y la cirugía, estableciendo una alianza estratégica para la salud mediante el manejo integral de la patología del aparato digestivo.

Los años 20' vieron el nacimiento de la gastroenterología mexicana, la cual fue madurando progresivamente durante las siguientes dos décadas en el Hospital General de México y en otros hospitales como el Juárez, el Central Militar, el Español, el Colonia y en el Francés.

La historia del departamento de Gastroenterología corre en paralelo a la fundación del ahora Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán, y fue, junto con los departamentos de Endocrinología y Hematología, la plataforma de inicio de actividades del Hospital de Enfermedades de la Nutrición. En 1949, el Dr. Bernardo Sepúlveda, fundador y primer jefe de departamento, crea el curso de gastroenterología para graduados, cuyo primer egresado fue el Dr. José de Jesús Villalobos Pérez. La residencia de Gastroenterología tuvo su inicio en 1965.



El ciclo de los primeros años de la gastroenterología mexicana se cierra con tres hechos de singular importancia:

1 En 1935 la fundación de la Asociación Mexicana de Gastroenterología.



2 En 1936 el establecimiento de la sección de Gastroenterología en la Academia Nacional de Medicina de México.

3 En 1937 la inauguración del primer servicio integrado de gastroenterología en el pabellón 24 del Hospital General de México, teniendo en un solo edificio el área de hospitalización, laboratorio, radiología, endoscopia y quirófano.



Las actividades de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG) se iniciaron con su fundación por el Dr. Abraham Ayala González, junto con 17 médicos más, el 16 de julio de 1935 en el Hospital General de México. La AMG es una institución líder e innovadora, con una estructura sólida, que va a continuar adaptándose a los cambios para ofrecer la mayor cantidad de beneficios a sus asociados, que al día de hoy son poco más de 1788.

En 1925 se realizaron las primeras esofagoscopias con endoscopios rígidos en el Hospital General de México y en 1926 las primeras gastroscopias, y en ese mismo año, el Dr. Abraham Ayala González junto con el Dr. Darío Fernández, presentó su primer trabajo en la Academia de Medicina titulado: Consideraciones acerca del diagnóstico y tratamiento de las úlceras crónicas del estómago y duodeno.

Durante los últimos 30 años, la endoscopia se ha convertido en la herramienta indiscutible del gastroenterólogo. En menos de una década, a inicio de los 60', las sociedades de endoscopia se han establecido por todo el mundo. En nuestro país, la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal fue fundada el 28 de agosto de 1970, siendo el Dr. José Ramírez Degollado su primer presidente y a partir del mes de octubre de 1989 se publica trimestralmente la revista Endoscopia (órgano oficial de la AMEG).

El Consejo Mexicano de Gastroenterología, A.C. (CMG) se constituyó como asociación civil el 16 de octubre de 1979, y en 2024 cumple 45 años de su fundación. El CMG certifica a especialistas en gastroenterología, en gastroenterología y nutrición pediátrica, y en endoscopia del aparato digestivo. Desde su fundación a la fecha, se han certificado 3519 especialistas formados en 18 sedes de gastroenterología, 27 de endoscopia del aparato digestivo y 7 de gastroenterología y nutrición pediátrica de todo el país.

A la par con la ciencia en general, la gastroenterología en México y en el mundo, ha presentado un desarrollo exponencial en todas las áreas durante las últimas décadas. Los avances tanto en las pruebas diagnósticas como en las opciones terapéuticas se han incorporado a la práctica clínica habitual. De hecho, las innovaciones



en la gastroenterología han generado muchos beneficios sociales en las últimas décadas, además han surgido muchos avances fundamentales en gastroenterología y hepatología, incluyendo la evolución de los productos biológicos y su uso en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias del intestino. También hemos visto la introducción de potentes terapias antivirales que permiten la erradicación de la hepatitis C con tan sólo 12 semanas de tratamiento.

Los avances en las tecnologías endoscópicas lumbinales, como la cápsula endoscópica inalámbrica, permiten ahora la visualización total del tracto gastrointestinal sin necesidad de endoscopia invasiva. Las terapias

endoscópicas lumbinales como la resección endoscópica de la mucosa, la disección de la submucosa y la ablación endoscópica con radiofrecuencia, permiten la resección de pólipos, tumores en etapa temprana y lesiones precancerosas a distintos niveles del tracto digestivo. Los avances en radiología con colonografía por tomografía computarizada y la enterografía por resonancia magnética también han facilitado una mayor precisión en la caracterización del alcance y la gravedad de la enfermedad inflamatoria intestinal.

La gastroenterología como campo ha evolucionado significativamente a lo largo de las últimas cuatro décadas. Intervenciones diagnósticas y terapéuticas que hoy consideramos el estándar de oro, podrían volverse fácilmente obsoletas para la próxima década. La medicina es un campo en constante evolución, por ello debemos mantenernos informados de los avances recientes para realizar las mejores prácticas clínicas.

Todo médico especialista debe recibir una formación de muy alto nivel y sus trayectorias profesionales deben definirse mejor para garantizarles una profesión segura y satisfactoria. La formación en gastroenterología requiere itinerarios formativos cada vez más especializados, lo que refleja la creciente complejidad de la especialidad y las subdivisiones que existen, entre ellas la hepatología avanzada, la endoscopia terapéutica, la enfermedad inflamatoria intestinal y la neurogastroenterología. Cada vez se reconoce más que la atención especializada de las enfermedades digestivas produce mejores resultados para los pacientes. Es necesario seguir defendiendo y promoviendo esto tanto en México como en el resto del mundo.

La gastroenterología ha evolucionado tanto, que tanto los métodos diagnósticos como los terapéuticos han permitido un mayor acercamiento al paciente y a su enfermedad. Solo por mencionar algunos, se debe tener en cuenta la genética, la biología molecular, la amplia variedad de tratamientos endoscópicos y la invención de nuevos fármacos.

La historia seguirá escribiéndose con la esperanza de que el principal beneficiario de todos estos avances sea el paciente mismo.



Referencias bibliográficas

1. Brandt LJ. Ismar Boas: father of gastroenterology and founder of the oldest surviving publication in digestive diseases. *Am J Gastroenterol* 2011; 106(1): 171-172.
2. Lamicq E. Enfermedades del aparato digestivo. México: Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1898.
3. Ramos Pedro. Los primeros años de la Gastroenterología (Orígenes de las especialidades en México). *Gaceta Médica de México* 1994; 130(6): 501-506.
4. Abdo-Francis J.M. El Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mex*, 2011; 74 (4): 187-188.



ARTÍCULO

La integración universal de los cuidados paliativos: una necesidad humana y ética en la medicina moderna

Dr. Ricardo Plancarte-Sánchez

Jefe y Fundador de Clínica del Dolor INCan

Dr. Jorge Guajardo Rosas

Vicepresidente del Consejo Nacional de Certificaciones en Anestesiología

Los cuidados paliativos en las especialidades médicas: un enfoque integral

En el complejo panorama de la medicina moderna, donde los avances tecnológicos y científicos han revolucionado nuestra capacidad para tratar enfermedades, emerge una necesidad fundamental que trasciende las especialidades médicas: la integración universal de los cuidados paliativos. Este enfoque, lejos de limitarse a la etapa terminal del cáncer como tradicionalmente se ha concebido, debe extenderse a todas las especialidades médicas, desde la cardiología hasta la neurología, incluyendo la terapia intensiva y la nefrología, etc. Evolucionando hacia una transición del concepto tradicional de cuidados paliativos a la atención de dolor crónico (considerado actualmente como una enfermedad, CIE-11) y la aplicación permanente de la medicina paliativa o medicina de soporte.

En la actualidad el National Center for Health Statistics (NCHS) y los Center for Medicare and Medicaid Services son las agencias del Gobierno Estadounidense responsables del mantenimiento de la CIE.

La dimensión humana

La medicina moderna, en su búsqueda de la excelencia técnica, ocasionalmente ha dejado en segundo plano el aspecto más fundamental de nuestra profesión: el cuidado integral del ser humano que sufre. Los pacientes con enfermedades cardíacas avanzadas experimentan no solo dolor físico sino también el peso emocional de la fatiga crónica y la incertidumbre. Los pacientes neurológicos enfrentan la progresiva pérdida de funciones que antes daban por sentadas, mientras que aquellos en diálisis crónica viven una realidad marcada por la dependencia y el agotamiento; también los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, entre muchas otras condiciones clínicas que demandan una atención médica constante y mantenida en el tiempo y que requiere un adecuado tratamiento del dolor crónico y una medicina paliativa o de soporte y no necesariamente curativa.

Cada especialidad médica atiende a personas que, más allá de su diagnóstico específico, comparten una



necesidad común: ser reconocidos en su totalidad como seres humanos que sufren, que tienen miedos, esperanzas y necesidades que trascienden lo puramente biológico.

La perspectiva ética

Desde el punto de vista ético, la integración de los cuidados paliativos en todas las especialidades representa el cumplimiento de los principios fundamentales de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. No podemos hablar de una medicina verdaderamente ética si no proporcionamos un alivio integral del sufrimiento, independientemente de la especialidad médica que atienda al paciente.

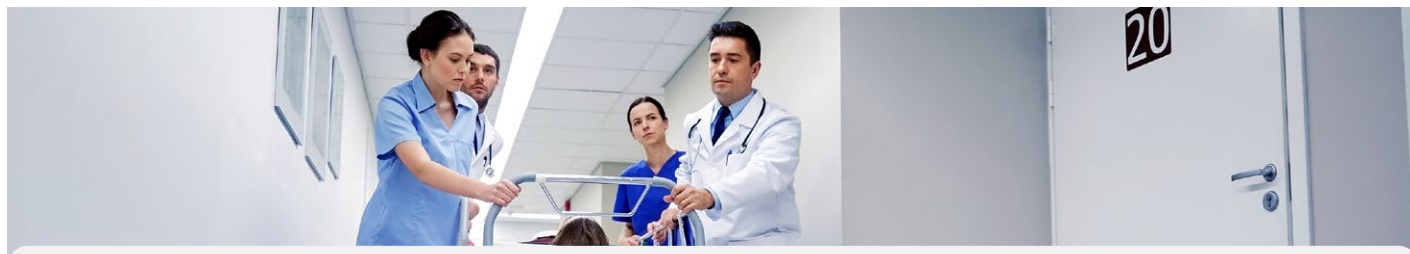
La autonomía del paciente se fortalece cuando los cuidados paliativos se integran desde etapas tempranas, permitiendo decisiones informadas sobre el manejo de síntomas y la planificación anticipada de cuidados. La justicia en la atención médica exige que este enfoque no se limite a ciertas patologías o momentos de la enfermedad, sino que esté disponible para todos los pacientes que lo necesiten.

Reflexión filosófica

Filosóficamente, la necesidad de cuidados paliativos universales nos lleva a reflexionar sobre la naturaleza misma de la medicina y su propósito fundamental. ¿Es nuestro objetivo únicamente curar o debemos aspirar a un concepto más amplio de cuidado? La medicina moderna debe reconciliar la atención entre el imperativo tecnológico de hacer todo lo posible y la sabiduría de reconocer cuándo nuestros esfuerzos deben dirigirse principalmente hacia el confort y la calidad de vida.

La integración de los cuidados paliativos en todas las

especialidades nos recuerda que la medicina no es solo una ciencia técnica, sino un arte humanístico que reconoce la finitud de la vida y la importancia de acompañar en el sufrimiento innecesario.



Implementación práctica

Para hacer realidad esta visión, necesitamos:

- 1** Formación universal en cuidados paliativos (medicina paliativa o de soporte) para todos los especialistas médicos, desde su formación inicial hasta la educación continua.
- 2** Desarrollo de protocolos específicos para cada especialidad que integren el enfoque paliativo desde el diagnóstico.
- 3** Creación de equipos interdisciplinarios que incluyan especialistas en cuidados paliativos en todas las áreas médicas.
- 4** Establecimiento de indicadores de calidad que evalúen no solo los resultados clínicos, sino también el manejo del sufrimiento y la calidad de vida.

En nuestro país se han realizado diferentes y muy meritorios esfuerzos evidentes en esta materia.

Marco jurídico para cuidados paliativos

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
Ley General de Salud (Decretos que la reforman)
Acuerdos del Consejo de Salubridad General (2014-2016)
Norma Oficial Mexicana (NOM-011-SSA-2014)
Guías de Práctica Clínica (Sria. Salud)
Ley de Voluntad Anticipada (Estatutal)
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (Internacional)

LEY GENERAL DE SALUD

CAPÍTULO I. Disposiciones Comunes

I 66 Bis (6 fracciones)
I 66 Bis 1 (9 fracciones)
I 66 Bis 2

CAPÍTULO II. De los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal

I 66 Bis 3 (12 fracciones)
I 66 Bis 4 al I 66 Bis 12

CAPÍTULO III. De las facultades y obligaciones de las Instituciones de Salud

I 66 Bis 13 (6 fracciones)

CAPÍTULO IV. De los Derechos, Facultades y Obligaciones de los Médicos y personal Sanitario

I 66 Bis 14
I 66 Bis 15 (11 fracciones)
I 66 Bis 16 al I 66 Bis 21

Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en materia de cuidados paliativos. 2009

Artículo 27, fracción III La atención médica integral, comprende actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas.

Artículo 33 Las actividades de atención médica son: IV Paliativas, incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Decreto que la reforma en materia de prestación de servicios de atención médica. 2013

Artículo 138 Bis. 2: Plan de cuidados paliativos

El conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas por el médico tratante, complementadas y supervisadas por el equipo multidisciplinario, las cuales deben proporcionarse en función del padecimiento específico del enfermo, otorgando de manera completa y permanente la posibilidad del control de los síntomas asociados a su padecimiento. Puede incluir la participación de familiares y personal voluntario.

Premisas y postura del Consejo de Salubridad General

- Considerar las directrices del contexto internacional.
- Propiciar que las políticas relacionadas con el control del dolor crónico y la atención permanente de la medicina paliativa estén en concordancia con los aspectos legislativos y normativos correspondientes.
- Disponer de analgésicos opioides para el tratamiento del dolor en los tres niveles de atención.
- Incrementar la infraestructura y fomentar la formación y capacitación del personal de salud.
- Fortalecer a las instituciones públicas de salud, para lograr modelos de atención eficaces.



En continuidad a los Acuerdos del Consejo de Salubridad General sobre cuidados paliativos, tanto para población general como pediátrica, se decidió realizar un Exhorto para obtener información con el objetivo de integrar un diagnóstico sobre la situación que prevalece en los servicios de cuidados paliativos y clínicas del dolor; para, con sus resultados, elaborar propuestas que coadyuvaran a fortalecer esta política pública en salud tanto en instituciones públicas como privadas.

Acuerdo de la 1ª SESIÓN ORDINARIA DEL CSG agosto 11 de 2021.

Se público en DOF 28 de septiembre, 2021.

Exhorto a los integrantes del Sistema Nacional de Salud para que proporcionen información relevante a este Consejo de Salubridad General respecto de la atención del dolor crónico y aplicación permanente de la medicina paliativa que brindan a la población adulta y pediátrica.

Los cuidados paliativos constituyen un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias cuando enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Este enfoque no se limita a una única especialidad médica, sino que se integra de manera transversal en todas las áreas de la medicina, proporcionando un manejo integral del dolor y otros síntomas, además de brindar apoyo psicológico, social y espiritual.

Cuidados paliativos en especialidades médicas

Neurología

En neurología, los cuidados paliativos son fundamentales para el manejo de pacientes con enfermedades neurodegenerativas como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), esclerosis múltiple avanzada y enfermedad de Parkinson en etapa terminal. El enfoque paliativo se centra en:

- Control de síntomas neurológicos específicos.
- Manejo del dolor neuropático.
- Apoyo en la toma de decisiones sobre ventilación mecánica.
- Atención a problemas de deglución y comunicación.

Te invitamos a leer el artículo completo en nuestra versión digital.

<https://certeza.conacem.org.mx/numero-10>





UNA CONSULTA

Un argumento convincente para la detección oportuna de la enfermedad renal crónica en México



Dra. Araceli Cisneros Villaseñor
Presidenta del Consejo Mexicano de Nefrología



Dr. Guillermo García García
Expresidente del Consejo Mexicano de Nefrología

La enfermedad renal crónica (ERC) es el daño renal irreversible que puede progresar a enfermedad renal terminal durante un tiempo igual o mayor a 3 meses, con presencia de anomalías estructurales y funcionales del riñón con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) y una o más de las siguientes características: alteraciones en la composición de la orina o sangre, alteraciones en estudios de imagen y/o de la biopsia renal, o TFG menor a 60 ml/min/1.73 m².¹

La ERC representa un serio problema de salud pública tanto en el mundo como en nuestro país. De acuerdo con estimaciones de la Carga Global de Enfermedad, en el año 2021 la prevalencia de ERC fue de 9.1%, con una tasa de mortalidad de 53.41 por 100,000 habitantes.² En las últimas décadas, el crecimiento de esta enfermedad ha sido exponencial. Entre 1990 y 2017, la tasa (por cada 100,000 habitantes) de mortalidad se incrementó 102% (de 28.7 a 58.1), la de los años perdidos por muerte prematura (APMP) 115% (de 601.2 a 1296.7) y la de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) 93.8% (de 759.4 a 1472.2).³

Las principales causas de la enfermedad renal terminal en adultos son diabetes, hipertensión arterial sistémica (HAS), obesidad, seguido de las causas glomerulares y enfermedades hereditarias.^{1,2}

En la edad pediátrica la prevalencia de la enfermedad renal en etapa terminal en niños menores de 15 años en Europa es de 34 por millón de población, relacionada con

la edad (pmarp) o 5,4 por millón de población (pmp). Son escasos los datos epidemiológicos en América Latina y se ha estimado de 8 a 12 casos pmp.

En pediatría las enfermedades causales que con mayor frecuencia producen ERC son las uropatías o CAKUT de sus siglas en inglés (Congenital Abnormalities of the Kidney and Urinary Tract) (32%), las glomerulopatías (24%), las enfermedades congénitas (22%), las enfermedades hereditarias (14%), las nefropatías vasculares (6%), y el resto son casos sin etiología filiada, debido a una referencia tardía a nefrología pediátrica. En los menores de 5 años, las causas más frecuentes son CAKUT e hipoplasias y displasias, y en los mayores de 5 años son las enfermedades adquiridas como glomerulopatías y algunas enfermedades hereditarias (cistinosis, nefronoptosis, enfermedad de Alport).⁴

Además del incremento de casos, el elevado costo de los tratamientos de sustitución de la falla renal hacen de la enfermedad una amenaza a los sistemas de salud en

nuestro país y ocasionan una grave inequidad social al restringir el acceso a estas terapias en pacientes sin seguridad social.⁵ Por lo anterior, se ha señalado la importancia de considerar como una prioridad nacional el establecimiento de un programa de prevención y detección temprana, que permita hacer medidas de contención y desaceleración del daño renal o bien la referencia oportuna de los pacientes a nefrología para su tratamiento especializado.^{6,7,8}

El sistema de clasificación de la ERC fue revisado por Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) y proporciona un marco útil para estructurar la terapia y priorizar las intervenciones con el fin de producir una estrategia integral para el manejo de la ERC. Considera la TFG y la albuminuria como factor de riesgo.¹

Pronóstico de ERC por categorías de TFG y albuminuria: KDIGO 2012

Categorías de TFG (ml/min/1.73m²) Descripción y rango			Categorías de albuminuria persistente Descripción y rango		
			A1	A2	A3
			Normal a moderadamente incrementado <30 mg/g <3 mg/mmol	Moderadamente incrementado 30 a 300 mg/g 3 a 30 g/mmol	Gravemente incrementado >300 mg/g >30 g/mmol
G1*	Normal o alto	>90			
G2*	Ligeramente disminuido**	60 a 89			
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45 a 59			
G3b	Moderada a gravemente disminuido	30 a 44			
G4	Gravemente disminuido	15 a 29			
G5	Falla renal	<15			

Verde: bajo riesgo (si no hay otros marcadores de enfermedad renal, sin ERC). Amarillo: riesgo moderadamente incrementado. Naranja: riesgo alto. Rojo: riesgo muy alto.

*En ausencia de evidencia de daño renal, ninguna categoría de TFG G1 y G2 cumple con los criterios para ERC
**Relativo al nivel de un adulto joven

La ERC es asintomática en sus estadios tempranos, pero puede ser identificada mediante sencillas pruebas de laboratorio e imagen que permitan corregir la causa, como sucede en las uropatías en niños; o bien si el daño se encuentra establecido evitar su progresión hacia etapas más avanzadas, siendo modificada mediante la administración de fármacos de bajo costo, y con medidas de salud pública y cambio en el estilo de vida, por ejemplo, dieta saludable, evitar el tabaco, ejercicio regular, control de peso, hidratación óptima).^{9,10} Estas características, entre otras, vuelen la ERC la candidata ideal para el establecimiento de un programa de detección de la enfermedad de acuerdo con los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (2020).¹¹

Los estudios de detección de la ERC en nuestro país en población general muestran una prevalencia que va de 8% a 14%.^{12,13} En tres series publicadas de detección de búsqueda de casos, la prevalencia se incrementó entre 22% y 33% hasta 69%, sugiriendo que esta última estrategia podría ser una mejor alternativa de detección.^{9,14,15}

La ERC, de acuerdo con su definición, se detecta con base en una disminución de la tasa de filtración glomerular

(TFGe) y a la presencia de un marcador de daño renal, como es la excreción urinaria de albúmina.¹⁶ La primera se puede estimar en adultos con las fórmulas MDRD y CKD-EPI, utilizando la concentración de creatinina plasmática.^{17,18} Recientemente, la fórmula de la CKD-EPI ha sido modificada para excluir la raza en el cálculo de la TFGe.¹⁹

En los niños se sugiere utilizar una fórmula Schwartz que incluya la estimación con creatinina sérica o con Cistatina C, o bien realizar depuración de creatinina. Considerar siempre las fuentes de error con la ecuación que se utilice.^{20,21}

Es importante contar con una prueba diagnóstica adecuada y aceptable para la población. En el caso de la albuminuria, se puede estimar su magnitud a través de la concentración de albumina y creatinina en una muestra de orina, de preferencia la primera de la mañana.²²

Estos dos parámetros permiten identificar y estadificar la ERC en alguno de los 5 estadios con base en la disminución de la TFGe y junto a la magnitud de la albuminuria, con lo cual se puede construir un mapa de calor pronóstico de la ERC.¹

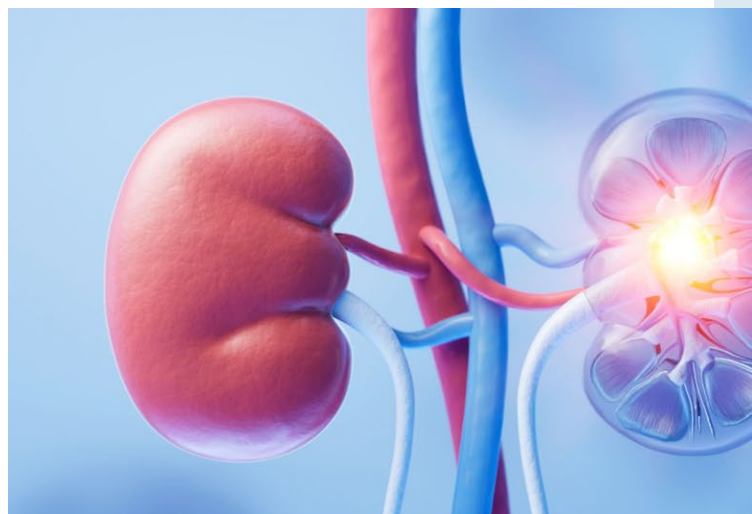
En los niños, para detectar daño renal es recomendable USG prenatal a partir de la semana 18 de gestación, con búsqueda intencionada de malformaciones del parénquima renal y del tracto urinario, para su referencia oportuna al tercer nivel de atención.^{23,24} En pacientes menores de 18 años realizar la búsqueda intencionada de retraso en el crecimiento, anemia,²⁵ hipertensión arterial sistémica,²⁶ edema, enuresis secundaria²⁷ o alteraciones del sedimento urinario (hematuria/proteinuria),^{28,29,30} antecedente de prematuridad extrema, bajo peso al nacer,^{31,32} obesidad,^{33,34} vejiga neurogénica,³⁵ o datos de alteración del tracto urinario por estudio ecsonográfico permite sospechar de enfermedad renal.^{24,36,37} Es importante considerar las zonas epidemiológicas de enfermedad renal sin etiología determinada y con alta sospecha de factores de riesgo medioambientales.^{38,39,40,41}

En los pacientes adultos es importante considerar al paciente con diabetes mellitus tipo I y II e hipertensión arterial como riesgo para desarrollar daño renal.^{42,43}

Desde hace más de dos décadas se ha reconocido el beneficio en los pacientes con ERC del efecto protector del bloqueo del sistema renina angiotensina-aldosterona (IECAs y ARA2) en el retardo de la progresión del daño renal.^{44,45} A estos fármacos se han agregado recientemente, los inhibidores del co-transportador sodio-glucosa tipo 2, que han demostrado disminuir tanto el riesgo de falla renal, así como del riesgo de muerte cardiovascular.^{46,47,48}

La búsqueda de casos debe ser un proceso continuo. Para ello, es necesario evaluar los riesgos y beneficios de la implementación de un programa de detección de la ERC.

Lista de requisitos previos para un programa de detección y prevención temprana exitoso de la ERC de la Sociedad Internacional de Nefrología. Modificado de Tonelli M et al.⁴⁹
https://www.theisn.org/wp-content/uploads/2022/10/Case-Studies_Final.pdf



La Sociedad Internacional de Nefrología ha elaborado una serie de requisitos y recomendaciones para lograr un programa de detección exitoso. Asimismo, se ha establecido un marco de trabajo con los componentes esenciales para el lanzamiento y mantenimiento de un programa de detección e intervención temprana de la ERC.⁵⁰

- 1** Documentar la carga de la insuficiencia renal.
- 2** Liderazgo de la (s) sociedad (es) de nefrología.
- 3** Asociación con autoridades de salud.
- 4** Cobertura universal de salud.
- 5** Método de identificación de la ERC: cribado poblacional o búsqueda de caso.
- 6** Centrarse en los grupos de alto riesgo.
- 7** Disponibilidad de tratamiento sostenido, eficaz y estandarizado para la enfermedad renal crónica.
- 8** Atención multidisciplinaria.
- 9** Educación del público, pacientes y cuidadores, y trabajadores de la salud.
- 10** Integración con el manejo de otras enfermedades no transmisibles, especialmente la diabetes.
- 11** Integración con otros aspectos de la política sanitaria, por ejemplo, el pago por desempeño.
- 12** Mejora continua de la calidad.



Te invitamos a leer la segunda parte en nuestra versión digital.

<https://certeza.conacem.org.mx/numero-10>





www.cmmi.org.mx

LA CERTIFICACIÓN DE TU MÉDICO

SALVA VIDAS



CONSEJO MEXICANO DE
MEDICINA INTERNA, A.C.

BUSCA UN INTERNISTA CERTIFICADO



Revista del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, A.C.