



Miembro de la Federación de Pediatría del Centro Occidente de México

Miembro de la Confederación Nacional de Pediatría de México



# Boletín científico y cultural

Julio – Septiembre 2023

Volumen 1, Número 3

EDITORES

Dr. Juan Manuel Guízar Mendoza

Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo

---

Boletín científico y cultural

Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato Julio - Septiembre 2023, Vol. 1, No. 3

## COMITÉ EDITORIAL

COORDINADOR	SECCIÓN
Dr. Ignacio Ortiz Aldana	Novedades científicas
Dr. Mauro de la O Vizcarra	Revisión crítica de la literatura
Dr. Miguel Ángel Hernández Solorio	Reto clínico
Dr. Gerardo Rojas Artiaga	El mundo del residente
Dra. Alma Patricia González	Metodología de investigación clínica
Dr. Carlos Paque Bautista	Docencia
Dr. Luis Camarena Luviano	Actualidades en cirugía pediátrica
Dr. Arturo Vargas Origel	Arte y pediatría
Dr. Emmanuel Gilberto Martínez Morales	Deporte y pediatría
Dr. Martín López Amézquita	Literatura y pediatría
Dr. Jorge Luis Hernández Arriaga	Ética y pediatría
Dr. René Galván Carrillo	Tecnología y pediatría
Dr. Marco Antonio Juárez Aguilera	Legislación y normatividad en pediatría
Dr. Mario Alberto Bolaños Cedeño	Historia de la pediatría mundial
Dra. Angélica Maldonado Mendoza	Pediatras distinguidos de Guanajuato
Dra. Ana Luisa Pérez Gutiérrez	Efemérides pediátricas
Dra. Rosalía Ahuatzin Tremary	Noticias y próximos eventos

## ÍNDICE

SECCIÓN	ARTÍCULO	AUTORES	PÁGINA
Editorial	Puericultura	Dr. Miguel Ángel López Pantoja	5
Novedades científicas	Publicaciones científicas de pediatras colegiados de Guanajuato	Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo	8
	Situación actual de las enfermedades respiratorias	Dr. José Martín López Amézquita	12
Actualidades en cirugía pediátrica	Escroto agudo	Dr. Luis Camarena Luviano, Dr. Manuel Lara Márquez	15
El mundo del residente	¿Qué es la residencia?	Dra. Najla Xiadani Molina Sahade, Dr. Gerardo Rojas Artiaga	20
Efemérides pediátricas	Efemérides de septiembre a noviembre	Dra. Ana Luisa Pérez Gutiérrez	23
Docencia	Aula invertida	Dr. Carlos Paque Bautista, Dra. Gloria Patricia Sosa Bustamante, Dra. Alma Patricia González, Dr. Jesús Daniel Ortiz Ley	29
Legislación	Legislación en consultorios médicos	Dr. Marco Antonio Juárez Aguilera	35
Historia de la pediatría mundial	Virginia Apgar (1909-1974), una dama multifacética	Dr. Mario Alberto Bolaños Cedeño	39
Pediatras distinguidos de Guanajuato	Dr. Rubén Franco Salas, el nacimiento de la pediatría en León, Guanajuato	Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo	43
Ética y pediatría	Ética en pediatría, nuevos retos	Dr. Roberto Castro	49

SECCIÓN	ARTÍCULO	AUTORES	PÁGINA
Literatura y pediatría	Reseña del libro “La sonrisa de los peces de piedra” Rosa Huertas	Dra. Olivia Sánchez Gasca	54
Arte y pediatría	Edvard Much: ansiedad, depresión y angustia convertidas en arte	Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo, Dr. Arturo Vargas Origel	58
Noticias	II Reunión trimestral del Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato sede Capítulo Moroleón-Uriangato	Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo	64
	XLVIII Curso de actualización en pediatría del Hospital General León “Dr. Fernando Ramírez Salgado” “Ciencia, historia y filosofía de la medicina”	Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo	68
	Taller precongreso: “Lecto-escritura para ser mejores pediatras”	Dr. Miguel Ángel Hernández Solorio	71
	XII Congreso de Pediatría del Estado de Guanajuato CXLIII Reunión Cuatrimestral de la Federación de Pediatría del Centro Occidente de México “Lecturea y Salud Infantil”	Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo	73
Próximos eventos			83

# EDITORIAL

## PUERICULTURA

Dr. Miguel Ángel López Pantoja<sup>1</sup>

Presidente del Colegio de Pediatras  
del Estado de Guanajuato Capítulo Moroleón-Uriangato  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):6*

¿Es importante que el pediatra conozca de puericultura? La respuesta es sí. ¿Qué es la puericultura? ES la ciencia que se ocupa del desarrollo en el sentido de su crianza y el cuidado de los niños. La puericultura no sólo es para médicos, sino también para enfermería, psicología, pedagogía, etc. Esta especialidad de la salud aporta a las madres y a los padres la orientación que necesitan para el cuidado de sus hijos en sus primeras etapas de crecimiento y para identificar a tiempo posibles problemas de salud. Son los cuidados necesarios desde su nacimiento en los diferentes ámbitos: la alimentación, la higiene, el descanso, el vestido, las inmunizaciones, etc. Tiene como objetivo que los niños crezcan y se desarrollen fuertes y sanos en lo físico, psicológico, socio-afectivo y emocional.

Tipos de puericultura:

- Etapa preconcepcional. Se encarga de asesorar antes del momento de la concepción para evitar situaciones de riesgo e informar sobre el desarrollo de enfermedades hereditarias, etc.
- Etapa prenatal. Orienta y educa a los padres sobre los primeros cuidados para preparar a la madre para el parto.
- Etapa post-natal. Abarca desde el nacimiento hasta la primera infancia (1 a 2 años). Se evalúa el desarrollo del bebé tanto físico como neuromuscular.

Diferencias entre pediatría y puericultura. El puericultor se encarga de prevenir enfermedades en la infancia a través de los cuidados y la crianza. El pediatra ofrece tratamiento y la curación de los enfermedades. Todos los pediatras debemos poner en práctica y/o tener conocimientos básicos de puericultura.



Dr. Miguel Ángel López Pantoja  
Presidente del Colegio de Pediatras  
del Estado de Guanajuato  
Capítulo Moroleón-Uriangato

# NOVEDADES CIENTÍFICAS

## PUBLICACIONES CIENTÍFICAS DE PEDIATRAS COLEGIADOS DE GUANAJUATO

Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Presidente del Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):8-11*

El Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato se caracteriza por una intensa actividad en investigación clínica. A continuación se presentan las portadas de las publicaciones de junio a agosto de 2023.

> *J Integr Complement Med.* 2023 Aug 16. doi: 10.1089/jicm.2022.0756. Online ahead of print.

### Salivary Cortisol Levels and Clinical Signs of Stress in Premature Neonates Treated with Vimala Massage: A Randomized Controlled Trial

Alma Patricia González <sup>1</sup>, Claudia Helena Loredo Aguayo <sup>1</sup>, Gloria Barbosa Sabanero <sup>2</sup>,  
Ma Guadalupe Vasquez Mendoza <sup>1</sup>, Ma de La Luz Aguiñaga Zamarripa <sup>3</sup>,  
Víctor Hugo Linares Salas <sup>4</sup>, Gloria Patricia Sosa Bustamante <sup>1</sup>

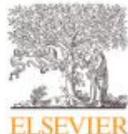
Affiliations + expand

PMID: 37585626 DOI: 10.1089/jicm.2022.0756

#### Abstract

**Background:** In neonatal intensive care units across the world, premature neonates are exposed to a very stressful environment with high levels of noise, bright lights, pain, infections, invasive procedures, and a lack of maternal contact. Stress is manifested by increased cortisol levels and clinical signs of stress. **Objective:** To assess the impact of Vimala massage on (1) salivary cortisol levels (primary outcome) and (2) clinical signs of stress (secondary outcomes) in premature neonates. **Methods:** Neonates (28-36 weeks gestational age) admitted to a nursery unit were randomized one-to-one to receive 15-20 min of Vimala massage administered by their parents twice daily and usual care, or to usual care alone. Salivary cortisol levels were measured by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) on days 1 and 5. Heart rate, respiratory rate, caloric intake, weight gain, and growth were recorded daily. Groups were compared with *t* tests, U-tests, and repeated measures analysis of variance. **Results:** Seventy neonates, 35 in each group, were included. Groups were comparable at baseline. The median decrease in salivary cortisol levels was 0.12 µg/dL in the massage group and 0.07 µg/dL in the control group ( $p = 0.22$ ). Over 5 days, the massage group had significant decreases in resting heart rate ( $p = 0.003$ ) and respiratory rate ( $p = 0.028$ ), and greater weight gains ( $p = 0.0002$ ), relative to controls. **Conclusions:** In this randomized trial, adding Vimala massage to usual nursery care was not associated with a significant decrease in salivary cortisol levels in premature neonates, when compared with usual nursery care alone. There were improvements in clinical signs of stress.

**Keywords:** Vimala massage; cortisol; neonatal stress.



ORIGINAL ARTICLE

## Clinical Findings and Genetic Analysis of Nine Mexican Families with Bartter Syndrome

Norma E. Guerra Hernández,<sup>a</sup> Laura I. Escobar Pérez,<sup>b,\*</sup> Dora Aguilera,<sup>a</sup>  
María Dolores Camargo-Muñiz,<sup>c</sup> Cinthya Fabiola Ceceña Espinosa,<sup>d</sup>  
María de la Cruz Ruiz Jaramillo,<sup>c</sup> Carolina Salvador,<sup>b</sup> Zinaeli López González,<sup>b</sup> Marguerite Hureau,<sup>f</sup>  
and Rosa Vargas-Poussou<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Pediatric Nephrology Service, General Hospital of the National Medical Center, La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexico City, México

<sup>b</sup> Department of Physiology of the School of Medicine, Universidad Nacional Autónoma de México, Mexico City, México

<sup>c</sup> Department of Pediatrics, Northeast National Medical Center, High Specialty Medical Unit No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, N.L., México

<sup>d</sup> General Hospital No. 33, Bahía de Banderas, Nayarit, México

<sup>e</sup> Pediatrics Service, Hospital General León y Colegio de Pediatras, Guanajuato, México

<sup>f</sup> Department of Genetics, Hôpital Européen Georges Pompidou Paris, France

Received for publication April 4, 2023; accepted July 4, 2023 (ARCMED-D-23-00298).

### Abstract

**Background.** Bartter's syndrome (BS) is a group of salt-wasting tubulopathies characterized by hypokalemia, metabolic alkalosis, hypercalciuria, secondary hyperaldosteronism, and low or normal blood pressure. Loss-of-function variants in genes encoding for five proteins expressed in the thick ascending limb of Henle in the nephron, produced different genetic types of BS.

**Aim.** Clinical and genetic analysis of families with Antenatal Bartter syndrome (ABS) and with Classic Bartter syndrome (CBS).

**Methods.** Nine patients from unrelated non-consanguineous Mexican families were studied. Massive parallel sequencing of a gene panel or whole-exome sequencing was used to identify the causative gene.

**Results.** Proband 1 was homozygous for the pathogenic variant p.Arg302Gln in the *SLC12A1* gene encoding for the sodium-potassium-chloride NKCC2 cotransporter. Proband 3 was homozygous for the nonsense variant p.Cys308\* in the *KCNJ1* gene encoding for the ROMK potassium channel. Probands 7, 8, and 9 showed variants in the *CLCKNB* gene encoding the chloride channel ClC-Kb: proband 7 was compound heterozygous for the deletion of the entire gene and the missense change p.Arg438Cys; proband 8 presented a homozygous deletion of the whole gene and proband 9 was homozygous for the nonsense mutation p.Arg595\*. A heterozygous variant of unknown significance was detected in the *SLC12A1* gene in proband 2, and no variants were found in *SLC12A1*, *KCNJ1*, *BSND*, *CLCNKA*, *CLCNKB*, and *MAGED2* genes in probands 4, 5, and 6.

**Conclusions.** Genetic analysis identified loss-of-function variants in the *SLC12A1*, *KCNJ1*, and *CLCNKB* genes in four patients with ABS and in the *CLCNKB* gene in two patients with CBS. © 2023 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

**Keywords:** Bartter's syndrome, Hypercalciuria, Hypokalemic metabolic alkalosis, Nephrocalcinosis, Polyuria.



ARCHIVOS  
DE INVESTIGACIÓN  
PEDIÁTRICA  
DE MÉXICO

ARTÍCULO ORIGINAL

## Tamizaje de depresión infantil y riesgo suicida de la zona Centro-Occidente de México en 2021

Screening for childhood depression and suicide risk in the Central-Western area of Mexico in 2021

Mercado-Villegas María Berenice<sup>1,2</sup>, Ruiz-Jaramillo Ma. de la Cruz<sup>3,4,5</sup>, Meza-Pérez Ana Bertha<sup>6</sup>, Luna-García Miguel Ángel de Jesús<sup>7</sup>, Santoyo-Rincón Salvador<sup>8</sup>, Rodríguez-Borroel Mónica<sup>9, 10</sup>, Torres-González Adriana Consuelo<sup>10,11</sup>, Escobedo-Zavala Laura Cecilia<sup>12</sup>, Salgado-Torres Sarita<sup>13</sup>, Ruiz-Martínez Ediberto<sup>14</sup>, Martínez-Villegas Silvia Margarita<sup>15</sup>, Nájera-Lara Margarita<sup>16</sup>, Mulgado-Aguas Celia Isabel<sup>14</sup>, Sosa-Bustamante Gloria Patricia<sup>17</sup>, Paque-Bautista Carlos<sup>17</sup>, González Alma Patricia<sup>17</sup>, Sandoval-Plascencia Laura Elizabeth<sup>18</sup>, Rondán-Ontiveros Susana<sup>9</sup>, Maldonado-Ontiveros Dianey Jacqueline<sup>19</sup>, Arteaga-Román Raquel Asenath<sup>16</sup>, Cervantes-Ocampo Lilia Araceli<sup>20</sup>, García-Campa Leticia Georgina<sup>21</sup>, Mojarro-Serrano Marisela<sup>22</sup>

**Autor correspondiente:**

Ruiz-Jaramillo Ma. de la Cruz  
Dirección postal:  
Blvd. Milenio 1001-A,  
Predio San Carlos, León,  
Gto. CP 37672  
Teléfono móvil:  
47 7240 8632  
Correo:  
maricruiz@gmail.com

**RESUMEN**

**Introducción:** La depresión y la ideación suicida pueden surgir desde la infancia. Las guías internacionales sugieren hacer tamizaje de depresión a partir de los 12 años de edad.

**Material y métodos:** Estudio transversal prospectivo realizado de agosto a diciembre de 2021 en niños de 12 a 17 años que acudieron a consultorios atendidos por pediatras colegiados de Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí y Zacatecas. Se usaron los instrumentos *Patient Health Questionnaire for Adolescents* (PHQ-A), cuestionario de depresión infantil de Kovacs, inventario de depresión rasgo - estado (IDERE) y la escala de riesgo suicida de Plutchik. El protocolo fue aprobado por el comité de ética en investigación del Hospital General León.

**Resultados:** Se estudiaron 396 pacientes, 189 femeninos y 207 masculinos, con edad mediana de 14 años. Hubo 156 casos con tamizaje positivo a depresión (39.4%). Los factores de riesgo para depresión fueron: antecedente familiar de depresión (OR 1.6, IC95% 1.02-2.6), sexo femenino (OR 2.72, IC95% 1.8-4.2) y no tener actividad escolar (OR 2.4, IC95% 1.03-5.6). Hubo riesgo suicida en 14% de los adolescentes  $\geq 15$  años y este porcentaje fue de 40% en adolescentes con depresión.

**Conclusiones:** La frecuencia de depresión infantil en la zona centro-occidente de México durante 2021 fue de 39.4%. Los factores de riesgo fueron: sexo femenino, el no acudir a la escuela y el antecedente familiar de depresión. Hubo riesgo suicida en 14% de los adolescentes de 15 a 17 años y en quienes tuvieron tamizaje positivo a depresión esta frecuencia fue de 40%.

**Palabra clave:** Depresión infantil, riesgo suicida.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Depression and suicidal ideation can arise from childhood. International guidelines suggest screening for depression from 12 years of age.

**Material and methods:** Prospective cross-sectional study conducted from August to December 2021 in children aged 12 to 17 years who attended to pediatric consultation from Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí and Zacatecas. The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A), the Kovacs Childhood Depression Questionnaire, the trait-state depression inventory (IDERE) and the Plutchik suicide risk scale were used. The protocol was approved by the research ethics committee of Hospital General León.

**Results:** Three hundred and ninety-six patients were studied, 189 girls and 207 boys, with a median age of 14 years. There were 156 cases with positive screening for depression (39.4%). The risk factors for depression were: family history of depression (OR 1.6, 95% CI 1.02-2.6), female sex (OR 2.72, 95% CI 1.8-4.2) and not having school activity (OR 2.4, 95% CI 1.03-5.6). There was a suicide risk in 14% of adolescents  $\geq 15$  years and this percentage was 40% in adolescents with depression.

**Conclusions:** The frequency of childhood depression in the central-western zone of Mexico during 2021 was 39.4%. The risk factors were: female gender, not going to school and a family history of depression. There was a suicide risk in 14% of adolescents aged 15 to 17 years and in those who were positively screened for depression, this frequency was 40%.

**Keywords:** Child depression, suicide risk.

<sup>1</sup>Presidente de la Federación Centro-Occidente de México, <sup>2</sup>Hospital Civil Tepic, Nayarit, <sup>3</sup>Dr. Antonio González Guerrero, <sup>4</sup>Hospital General León, Secretaría de Salud de Guanajuato, <sup>5</sup>Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato, capítulo León, <sup>6</sup>Academia Mexicana de Pediatría, <sup>7</sup>Centro de atención a la salud mental de León, <sup>8</sup>Hospital Regional ISSSTE León, Guanajuato, <sup>9</sup>Hospital Subespecialidad del INAFEG, <sup>10</sup>Hospital General Zacatecas "Las González Coste", Servicios de Salud Zacatecas, <sup>11</sup>Hospital Infantil de Morelia "Bosque de Copes Morelia", <sup>12</sup>Escuela Secundaria Federal #7 "José Vasconcelos" Morelia Michoacán, <sup>13</sup>Hospital Civil de Guadalupe "Dr. Juan C. Hernández", <sup>14</sup>Universidad de Colima, <sup>15</sup>Clínica Hospital ISSSTE Irapuato, San Luis Potosí, <sup>16</sup>Hospital Integral Argonoma, Nayarit, <sup>17</sup>Hospital General Guanajuato "Victoria Guzmán" Secretaría de Salud Guanajuato, <sup>18</sup>Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-Perinatario No. 9, CDMX, Baja, 1916, <sup>19</sup>Hospital Civil Dr. Antonio González Guerrero, Tepic, Nayarit, <sup>20</sup>Colegio de Pediatras del Estado de Michoacán, capítulo La Piedad, <sup>21</sup>Hospital Civil de Guadalupe "Dr. Antonio Alcázar", <sup>22</sup>Colegio de Pediatras del Estado de Nayarit, <sup>23</sup>Colegio de Pediatras del Estado de Colima



ARCHIVOS  
DE INVESTIGACIÓN  
PEDIÁTRICA  
DE MÉXICO

Grupo de trabajo del taller  
de investigación del 53º  
Congreso Nacional de la  
Confederación Nacional de  
Pediatria de México 2022

**Autor correspondiente:**

Varela-Cardoso Miguel  
**Dirección postal:**  
Facultad de Medicina,  
Universidad Veracruzana  
**Dirección electrónica:**  
mvarela@uv.mx

ARTÍCULO ORIGINAL

## Síndrome de *burnout* en personal de salud pediátrica

*Burnout syndrome in personnel  
pediatric health*

**RESUMEN**

**Introducción.** Los profesionales de la salud son un grupo de alto riesgo para padecer síndrome de *burnout*, el cual consta de 3 dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

**Material y métodos.** Encuesta transversal utilizando el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI), versión adaptada al español por Seisdedos et al y validada por Cañadas-De la Fuente et al para detectar síndrome de *burnout* en profesionales de la salud en atención pediátrica que asistieron al 53 Congreso Nacional de Pediatría en abril de 2022.

**Resultados.** Se analizaron 509 encuestas aplicadas a 278 mujeres (54.6%) y 231 hombres (45.4%) con las siguientes profesiones: pediatra (52.8%), subespecialista pediatra (28.3%), médico general (7.9%), residente (5.4%), otros (5.6%). El 32.4% tenían actividad privada y 77.6% trabajo institucional. Se encontró cansancio emocional en 118 casos (23.2%), despersonalización en 91 casos (17.9%) y falta de realización personal en 40 casos (7.9%). Las dimensiones de cansancio emocional y falta de realización personal estuvieron asociadas al sexo femenino (OR 1.69 y 2.32, respectivamente).

**Conclusiones.** Una cuarta parte de los profesionales que atienden población pediátrica presentan síndrome de *burnout*, siendo el cansancio emocional la principal dimensión afectada. El sexo femenino es un factor asociado a la presencia de cansancio emocional y falta de realización personal.

**Palabras clave:** *Burnout*, cansancio emocional, despersonalización, realización personal.

**ABSTRACT**

**Introduction.** Health professionals are a high-risk group for burnout syndrome, which consists of 3 dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, and low personal accomplishment.

**Material and methods.** Cross-sectional survey using the *Maslach Burnout Inventory* (MBI) questionnaire, version adapted to Spanish by Seisdedos et al and validated by Cañadas-De la Fuente et al to detect burnout syndrome in pediatric healthcare professionals who attended the 53rd National Congress of Pediatrics in April 2022.

**Results.** Five hundred and nine surveys applied to 278 women (54.6%) and 231 men (45.4%) with the following professions were analyzed: pediatrician (52.8%), pediatric subspecialist (28.3%), general practitioner (7.9%), resident (5.4%), others (5.6%); 32.4% had institutional work. Emotional exhaustion was found in 118 cases (23.2%), depersonalization in 91 cases (17.9%) and low personal accomplishment in 40 cases (7.9%). Exhaustion and low personal accomplishment were associated with female sex (OR 1.69 and 2.32, respectively).

**Conclusions.** A quarter of the professionals who care for the pediatric population present burnout syndrome, with emotional exhaustion being the main dimension affected. Female sex is a factor associated with the presence of emotional exhaustion and low personal accomplishment.

**Keywords:** Burnout, emotional exhaustion, depersonalization, low personal accomplishment.

Coordinador de calidad, Facultad de Medicina, Ciudad Mendoza Universidad Veracruzana.

Arch Invest Pediatr Mex.2023;15(1)

Abundis-Marin Héctor Ahmed, Aguilar-Jonguitad Adriana, Alviso-Matos Luis Jorge, Anaya-Esparza Rocío Lilian, Armendáriz-Rivera Cristian Alejandro, Arrieta-Ortega Sergio Miguel, Belmont-Martínez Leticia, Carranza-Valle María Guadalupe, De la O-Vizcarra Mauro, De la Torre-Cabral Arturo, Durán-Aguilar María Mónica, Esquivel-Pizarro Urbano, Esquivel-Valdez José, Frías-Rodríguez José Luis, Fuentes-Fuentes Griselda, García-Gaenza Dulce Brisa, González-Hernández Lara Froylán Eduardo, González Alma Patricia, Guerra-Rodríguez Arturo Emilio, Hernández-Ruiz Fredy Roque, Hernández-Solorio Miguel Ángel, Hernández-Toledo Patricia Guadalupe, Hernández-Campos Jorge Armando, Ibarra-González Isabel, Labra-Camargo José Alfredo, López-Romero Mónica Marisol, López-Garrido Esteban, López-Alcántara Itzel, Luna-Torres Adriana, Maciel-Reséndiz Oscar, Martínez-Aguilar Nora E, Martínez-Garza Edmundo, Martínez-Villegas Silvia Margarita, Mendoza-Aguilar Lourdes, Mercado-Villegas María Berenice, Morales-Rentería José Juan, Moreno-Andrade Nelly Elizabeth, Pacheco-Y Orozco Farid Adán, Peña-Guevara Humberto, Pierdant Pérez Mauricio, Ponce-Rosas Luis, Romero-López Rocío, Ruiz-Jaramillo Ma. de la Cruz, Sau-Acosta Mildred, Valenzuela-Ruiz Jesús Rodolfo, Varela-Cardoso Miguel, Varela-Hernández Daniel, Velasco-Marin Romina Estefany.

\*Grupo de trabajo del taller de investigación del 53º Congreso Nacional de la Confederación Nacional de Pediatría de México 2022.

## SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Dr. José Martín López Amézquita<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatra neonatólogo,

Jefe de Pediatría de Hospital Regional de PEMEX,

Presidente del Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato Capítulo Salamanca

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):12-14*

En las últimas 8 semanas se ha identificado un incremento importante en la circulación de algunos virus respiratorios principalmente Influenza tipo A, H1N1, Virus Sincitial Respiratorio (VSR) y nuevamente SARS-CoV-2, de manera más temprana la influenza estacional y del VSR. Este incremento se mide por las hospitalizaciones registradas, las cuales han sido altas en algunos países de centro, Sudamérica y recientemente en Norteamérica, especialmente relacionada con el VRS entre los niños menores de 2 años. Desde la introducción de omicron distintos sub cepas han predominado y han sido sustituidos por nuevas cepas.

En México se han reportado incremento de infecciones por influenza, SARS-CoV-2 especialmente la cepa XBB.1.16 y VRS en Chihuahua, Coahuila, Durango, Zacatecas, Nuevo León, Aguascalientes, Querétaro y el estado de Guerrero

Respecto a SARS-CoV-2, desde el inicio de la pandemia y hasta el 31 de mayo 2023 se ha registrado un acumulado de casos de 767 millones entre los que se incluyen 6.9 millones de muertes, reportados por las 6 regiones que pertenecen a la organización mundial de la salud. Durante la semana epidemiológica 20

y 21 (mayo) los casos y muertes disminuyeron en todo el mundo, sin embargo, nuevamente han presentado un incremento significativo a partir de la semana 28 (Julio).

Conocer esta estadística es de vital importancia ya que en el último reporte que se realizó por parte de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud OPS/OMS, se observó durante la pandemia una disminución significativa de infecciones por Influenza y Virus sincitial respiratorio, probablemente debido a que durante este periodo se tuvo un enfoque más dirigido al reporte de SARS-CoV-2, sin embargo, ya se ha demostrado que la circulación de VRS e Influenza se modificó con la pandemia, incrementándose nuevamente en las últimas semanas epidemiológicas de este año.

Por este motivo, las recomendaciones que nos dan la OPS/OMS son mantener actualizado el esquema de vacunación sobre todo de aquellas poblaciones con factores de riesgo como: niños menores de 2 años, adultos mayores de 65 años, mujeres embarazadas o en posparto, personas con enfermedad pulmonar crónica, asma, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, diabetes mellitus, afecciones

neurológicas; personas con inmunosupresión. Las personas con datos de infección deben acudir a revisión médica cuando se cuenten con síntomas de alarma de enfermedad respiratoria como lo son taquipnea, fiebre persistente, dificultad respiratoria, astenia e hiporexia.

Se debe mantener una adecuada Vigilancia epidemiológica y continuar reportando todas las enfermedades respiratorias graves, realizando un adecuado abordaje para identificar el agente etiológico; muestras nasofaríngeas y orofaríngeas (lavado bronquial, en casos graves). Esto nos permitirá establecer las tendencias de circulación viral para evaluar los patrones de transmisión, la gravedad clínica y el impacto en el sistema de salud y la sociedad, e identificar grupos de riesgo de desarrollar complicaciones respiratorias asociadas. Para mantener esta vigilancia se recomienda que cada guardería, escuela, centro de salud, hospital público y privado reporten los eventos de infección respiratoria, sobre todo cuando se identifiquen varios casos con características similares.

Una vez que se ha detectado un paciente con cuadro sugestivo de infección respiratoria grave se sugiere iniciar soporte ventilatorio y de ser sugestivo de Influenza iniciar Oseltamivir aunque no se tenga la confirmación, esto para mejorar el pronóstico. No se recomienda el uso de zanamivir o laninamivir inhalado, peramivir intravenoso, corticosteroides, antibióticos

macrólidos como inmunoterapia pasiva para el tratamiento de la influenza o SARS-CoV-2. Es importante monitorizar el resultado de la prueba, para en cuanto se cuente con el resultado ajustar el tratamiento para evitar sobremedicación.

En el caso de sospecha o confirmación de VSR principalmente en bebés menores de 12 semanas vida y con factores de riesgo, el manejo está basado en monitorización, soporte ventilatorio, nutricional y sintomático. En la actualidad, no hay medicamentos antivirales eficaces. No se recomienda administrar broncodilatadores, epinefrina ni corticosteroides. La solución salina hipertónica al 3% nebulizada se puede administrar a bebés y niños hospitalizados por bronquiolitis. No se deben usar antibióticos a menos que haya una infección bacteriana concomitante.

La inmunización pasiva con anticuerpos monoclonales como Palivizumab constituye una intervención adecuada para reducir la infección respiratoria aguda grave por VRS en los lactantes de riesgo, reduciendo 43% la tasa de hospitalizaciones relacionadas con el VRS en los niños con cardiopatías congénitas hemodinámicamente importantes, prematuridad <32 semanas de gestación y displasia broncopulmonar. De igual forma reduce complicaciones como sibilancias tempranas y en un futuro asma. Se encuentran muchas vacunas en estudio para prevenir el VSR, actualmente ya se han autorizado por la FDA 2 vacunas contra este virus para adultos mayores sin embargo en este momento solo para su uso en Estados Unidos.

La mejor forma de tratar estas enfermedades de temporada es la prevención, por lo que se recomienda vacunación contra influenza y SARS-CoV-2, todas las medidas higiénicas a las que nos acostumbramos durante esta pandemia principalmente el lavado de manos y uso de cubrebocas en lugares concurridos y principalmente en escuelas o guarderías donde se identifican brotes.

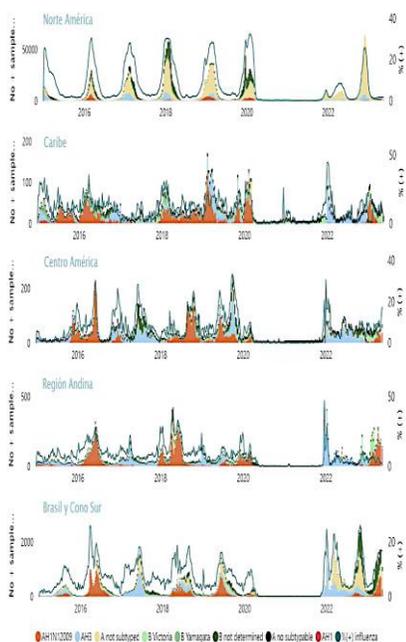
## BIBLIOGRAFÍA

Alerta Epidemiológica: Influenza, virus respiratorio sincitial y SARS-CoV-2. 6 de junio de 2023, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2023.

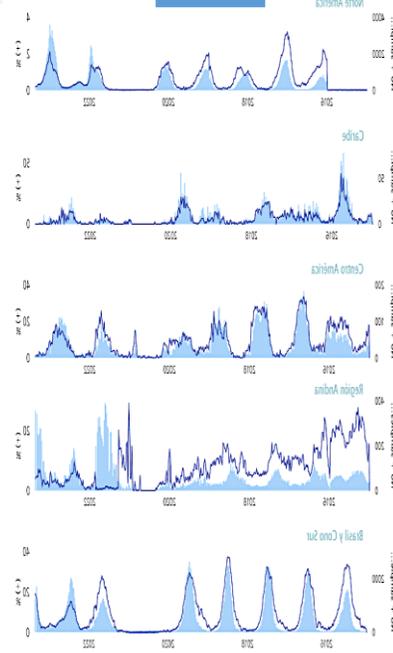
Avisos Epidemiológicos 2023. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. Julio 2023.

Academia Americana de Pediatría. Directrices actualizadas para la profilaxis con palivizumab en lactantes y niños pequeños con mayor riesgo de hospitalización por infección por el virus respiratorio sincitial. 2018 Aug;134(2):e620-38.

### INFLUENZA



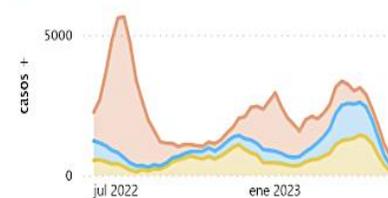
### VSR



### COMPARATIVO

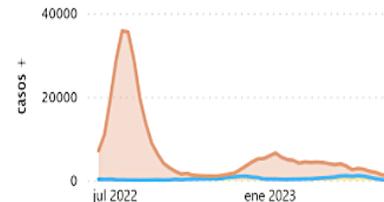
Casos IRAG por virus

● Influenza ● RSV ● SARS CoV-2



Casos de ETI por virus

● Influenza ● RSV ● SARS CoV-2



# ACTUALIDADES EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

## ESCROTO AGUDO

Dr. Luis Camarena Luviano<sup>1</sup>, Dr. Manuel Lara Márquez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cirujano pediatra, Capítulo León

<sup>2</sup>Cirujano pediatra Capítulo Salamanca  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):16-19*

El término escroto agudo se define como el inicio súbito de dolor escrotal con o sin edema y eritema. Se considera una urgencia médico-quirúrgica y generalmente plantea un problema diagnóstico.

Las causas más frecuentes son: torsión de apéndices testiculares (46%), orquiepididimitis (35%) y torsión testicular (16%). Otras causas menos frecuentes incluyen hernia incarcerada, orquitis, tumores testiculares, traumatismos escrotales, edema escrotal idiopático, celulitis, varicocele, vasculitis (púrpura de Henoch-Schönlein), etc.

Los niños con escroto agudo requieren una evaluación y tratamiento urgente; un diagnóstico tardío o erróneo tiene implicaciones para la fertilidad y calidad de vida de los pacientes.

### **Torsión de apéndices testiculares y del epidídimo:**

Los apéndices testiculares y del epidídimo son vestigios de los conductos Mülllerianos y de Wolff, respectivamente. Es la causa más común de escroto agudo y se ha hipotetizado que el estímulo hormonal favorece el incremento de su tamaño, condicionando una desproporción entre el apéndice y su pedículo, ocasionando la torsión. Ocurre principalmente entre las edades de 7 – 10 años.

Los pacientes tienen generalmente un inicio gradual de

dolor, no tan intenso como en la torsión testicular, y no suele presentarse náusea o vómito. A la exploración, el apéndice testicular puede ser palpado, siendo exquisitamente doloroso. Inicialmente tanto a la inspección como a la transluminación puede encontrarse una mancha azulada en el polo superior del escroto (signo del “punto azul”). Sin embargo, al paso de las horas y con el incremento de los cambios inflamatorios en epidídimo, testículo y escroto, el signo del “punto azul” se vuelve indetectable. En pacientes con torsión del apéndice testicular el reflejo cremastérico está presente.

### **Epididimitis, orquitis y orquiepididimitis:**

Es la inflamación del epidídimo, testículo o ambos. Es la segunda causa de escroto agudo en pediatría. El proceso infeccioso va de manera retrógrada de la uretra y vejiga al epidídimo, vía los conductos eyaculatorios. En los prepúberes y en los varones mayores sin actividad sexual, los gérmenes más frecuentemente aislados son: *E. Coli*, *M. pneumoniae*, *enterococos*, *enterovirus* y *adenovirus*. Las malformaciones urológicas o las anomalías funcionales como el reflujo vesicoureteral, vejiga neurógena, uréteres ectópicos o la manipulación de la vía urinaria (sondas, cistoscopia, etc.), son factores de riesgo a

considerar. En los adolescentes con antecedentes de práctica de relaciones sexuales, los cuadros de epididimitis, orquitis u orquiepididimitis son secundarios a enfermedades de transmisión sexual (ETS): *Chlamydia trachomatis*, *N. gonorrhoea*.

La orquitis puede presentarse como una extensión de la epididimitis, siendo poco frecuente su presentación en forma aislada, la cual puede ocurrir por la diseminación vía hematogena de una infección viral como parotiditis (orquitis urliana), o infecciones por *adenovirus*, *enterovirus*, *influenza* o *parainfluenza*.

En estos casos, el dolor es progresivo y de menor intensidad que en la torsión testicular. Pueden presentarse síntomas urinarios. La fiebre está presente en menos del 20% de los casos. A la exploración, el reflejo cremastérico está presente y el signo de *Prehn* es positivo (al ascender el testículo hay alivio del dolor).

### **Torsión testicular:**

Es resultado de la torsión del cordón espermático que compromete la perfusión testicular, lo que pueden llevar a necrosis. Puede ocurrir a cualquier edad, aunque epidemiológicamente presenta dos picos de incidencia: uno menos prevalente en el período neonatal, y otro más frecuente a partir de la pubertad. Existen dos tipos de torsión: 1) Torsión Intravaginal, que es la más frecuente, ocurre generalmente en púberes y adolescentes. Se debe a una mala fijación del testículo a la *túnica vaginalis*, lo que predispone a una mayor movilidad del testículo y a

su torsión sobre el eje del cordón espermático en el interior de la *túnica vaginalis*. Ocurre principalmente entre los 12 y 18 años. 2) Torsión Extravaginal: se produce por una rotación conjunta tanto del testículo como de la *túnica vaginalis*. Ocurre de forma característica durante la gestación o en algún momento tras el nacimiento.

En la torsión intravaginal (púberes/adolescentes), el cuadro clínico es muy explosivo, con dolor muy intenso, de inicio súbito, acompañado de náusea y vómito. Puede existir el antecedente de trauma o de actividad física intensa (como ciclismo) unas horas antes. A la exploración es muy evidente el eritema y la tumefacción escrotal, junto al aumento de la consistencia del testículo, que es muy doloroso a la palpación, y que puede aparecer “fijo”, horizontalizado y ascendido con relación al testículo contralateral. El dolor no disminuye al elevar el testículo (signo de *Prehn* negativo) y el reflejo cremastérico está ausente en gran parte de los casos (sensibilidad 99 -100%, especificidad 66%). Sin embargo, es importante señalar que la presencia de reflejo cremastérico no descarta el diagnóstico de torsión.

### **Diagnóstico:**

El diagnóstico es principalmente clínico, siendo la edad de presentación un factor importante en el diagnóstico diferencial del escroto agudo: la torsión del apéndice testicular es más frecuente en prepúberes, a diferencia de la torsión testicular y la epididimitis que son más frecuentes en adolescentes. La edad de presentación junto con otros datos clínicos nos permite establecer una posible causa (tabla 1).

**Tabla 1. Diagnóstico diferencial de escroto agudo**

	<b>TORSIÓN TESTICULAR</b>	<b>TORSIÓN APÉNDICE TESTICULAR</b>	<b>EPIDIDIMITIS / ORQUITIS</b>
<b>EDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neonatos</li> <li>• Púberes /adolescentes</li> </ul>	Prepúberes	Adolescentes
<b>EVOLUCIÓN</b>	Aguda	Subaguda	Subaguda
<b>LOCALIZACIÓN DEL DOLOR</b>	Difuso	Polo superior	Epidídimo y/o testículo
<b>REFLEJO CREMASTÉRICO</b>	Ausente	Presente	Presente
<b>SIGNO DE PREHN</b>	Negativo	Positivo	Positivo
<b>OTROS HALLAZGOS</b>	Náusea, vómito	“Punto azul”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre (20%)</li> <li>• Síntomas urinarios</li> </ul>

La escala clínica más utilizada para el diagnóstico es la escala TWIST (The Testicular Workup for Ischemia and Suspected Torsion) (tabla 2).

**Tabla 2. The Testicular Workup for Ischemia and Suspected Torsion (TWIST)**

<b>PARÁMETRO</b>	<b>PUNTOS</b>
Aumento de volumen testicular	2
Testículo de consistencia dura	2
Reflejo cremasteriano ausente	1
Náusea / vómito	1
Testículo en posición alta	1

**Estratificación del riesgo:**

0 – 2 puntos: riesgo bajo de torsión (1%)

3 – 4 puntos: riesgo intermedio de torsión (7 – 49.9%)

5 – 7 puntos: riesgo alto de torsión (100%)

En cuanto a paraclínicos, un examen general de orina con piuria y bacteriuria nos permite sospechar

**Epididimitis/orquitis.**

En cuanto a estudios de imagen, el ultrasonido Doppler de alta resolución se considera el estándar de oro ya que tiene una sensibilidad de 89.9%, especificidad del 98.8%, valor predictivo positivo del 100% y valor predictivo negativo del 97.5%. Su mayor utilidad está en los pacientes con riesgo intermedio de sufrir torsión testicular, ya que puede reducir el número de pacientes con escroto agudo sometidos a exploración quirúrgica. La gammagrafía, espectroscopia, elastografía y la resonancia magnética tienen una adecuada sensibilidad y especificidad, pero al igual que el ultrasonido Doppler, son recursos con los que no se cuenta en la mayoría de los hospitales.

El ultrasonido convencional, en escala de grises, NO DEBE utilizarse para la valoración de pacientes con

escroto agudo, debido a su escasa sensibilidad y especificidad.

#### **Tratamiento:**

El tratamiento de la epididimitis/orquitis es a base de reposo, AINES y antibióticos (betalactámicos o quinolonas; o bien ceftriaxona + doxiciclina en caso de ETS).

El tratamiento del apéndice testicular es a base de reposo y AINES, aunque si el dolor es intenso y persistente, se debe considerar su resección.

El tratamiento de la torsión testicular siempre es quirúrgico, no olvidando que se cuenta con una ventana de tan solo 6 – 8 horas, tiempo en que es posible conseguir altas tasas de salvamento testicular. El testículo contralateral siempre debe ser pexiado para evitar que pueda sufrir una torsión.

#### **Pronóstico:**

Se han reportado tasas de infertilidad/subfertilidad hasta en un 40% de pacientes que fueron operados después de 12 hrs de evolución.

#### **Consideración final:**

El tiempo es oro, no retrase la exploración quirúrgica en espera de realizar ultrasonido Doppler, ni por ningún otro motivo (ayuno, paraclínicos, trámites administrativos, etc).

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.-Gatti JM, Axt J: The Acute Scrotum. En: Holcomb III GW, Murphy JP, St. Peter SD. Holcomb and Ashcraft's Pediatric Surgery. 7ª ed. Elsevier; 2020. P 821-826.
- 2.-Guía de Práctica Clínica. Abordaje diagnóstico de escroto agudo en niños y adolescentes. México: Secretaría de Salud, 2010.
- 3.-Qin KR, Qu LG: Diagnosing with a TWIST: Systematic Review and Meta-Analysis of a Testicular Torsion Risk Score. The J Urol 2022: 62-70.

# EL MUNDO DEL RESIDENTE

## ¿QUÉ ES LA RESIDENCIA?

Dra. Najla Xiadani Molina Sahade<sup>1</sup>, Dr. Gerardo Rojas Artiaga<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de primer grado Hospital General de Celaya,  
Capítulo Celaya

<sup>2</sup>Hospital de Especialidades Pediátrico de León, Capítulo León  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):21-22*

¿Qué es la residencia?, muchos médicos en formación nos lo hemos preguntado, pero ¿cómo modifica tu vida?, ¿qué logras con ello?, y poco se habla de lo que hay detrás para llegar hasta ahí.

Inicialmente, se requiere mucho tiempo y dedicación para estudiar y lograr ingresar para hacer una especialidad. En el proceso, hay un mar de sentimientos, de miedo porque lo que estudiaste no haya sido suficiente, el defraudar a alguien que afuera te apoya y te espera, o simplemente que todo lo que estudiaste no se vea reflejado e incertidumbre por el futuro. Pero se logra, pasas, ¿y qué viene después? pienso que cada persona transmite el qué significa la residencia en cómo lo vivió o lo está viviendo; mi experiencia es la siguiente: Es un cambio drástico en tu vida, porque de ser dueño de tu tiempo, alguien se vuelve dueño del tuyo, y ese alguien son los pacientes. Pero, cuando estás en el lugar correcto, no pesa, no se siente, de verdad, se disfruta. En el camino he encontrado personas que me motivan a seguir adelante, amigos con los que platicar y en quién apoyarte, médicos educadores que confían en mí, en lo que hago y en la capacidad de resolución que apenas estoy descubriendo; que me enseñan todos los días una y otra vez hasta que me quede claro lo que estoy haciendo y

porqué, pero en lo personal, creo que la principal persona que me motiva, la tengo en casa: mi hija. Y esto lo menciono porque no creo ser la única residente que tenga el compromiso y el papel mas grande en casa, así que es una forma de hacerles saber que se puede, que hay formas y que una forma de hacer que en un futuro ellos cumplan sus sueños, es así, cumpliendo los nuestros. Es un panorama diferente, pero que se vive y no siempre se habla.

Sé que elegí el hospital correcto para hacer mi residencia, porque puedo decir que soy feliz estando ahí, que como todo, hay días buenos y días malos, pero está lleno de pacientes increíbles, padecimientos que no pensé encontrar y personas que están dispuestas a enseñarte todo lo que a ellos en muchos años, les ha costado aprender.

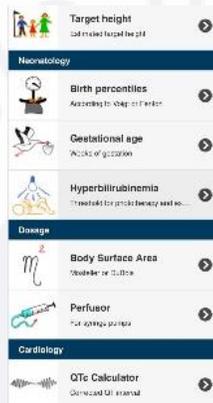
Parece que hablo de todo, menos una residencia ¿verdad?, porque todos estamos acostumbrados a escuchar anécdotas no tan alentadoras, donde entra el “sí a mí me hicieron, yo haré”; “bueno, sin duda ese no es mi hospital”.

Todos los días que suena la alarma, voy tranquila y feliz.

Ahora, hablando de la parte académica, hay diferentes herramientas que, a mí como residente de primer año me han servido y son los siguientes:

distintos temas como referencia rápida.

- Aplicación: Pedz, en donde podemos sacar distintos percentiles: Peso, talla, tensión arterial con una visión integrada de las diversas curvas de percentiles de los diferentes parámetros, calculados en el peso y altura de los niños y lo mejor, en distintas subespecialidades.



- Aplicación BiliApp: En el área de UCIN, es de suma ayuda para determinar, acorde al nivel de bilirrubina, el tratamiento a seguir con nuestro paciente.



- Aplicación Chartz: Creada por el Boston Children's Hospital, donde se pueden calcular percentilas en pacientes pediátricos, acorde a edad.



Siempre he pensado que Pediatría es un mundo alterno, en cada hospital, en el área de pediatría se respira un aire diferente. Hoy por hoy, puedo decir, que sé que estoy en el lugar correcto, en la especialidad correcta y que me estoy formando con las personas correctas. Y siempre estaré agradecida por ello.

- Aplicación PLM Pediatría: Donde podemos obtener dosis y presentación del medicamento requerido, calculadoras pediátricas, atlas académicos de



# EFEMÉRIDES PEDIÁTRICAS

## EFEMÉRIDES PEDIÁTRICAS SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE

Dra. Ana Luisa Pérez Gutiérrez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatra, Capítulo Moroleón-Uriangato  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):24-28*

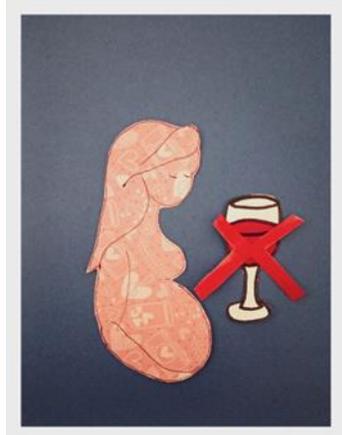
### SEPTIEMBRE 8. DIA MUNDIAL DE LA FIBROSIS QUÍSTICA.



Decretado en 2013 por la Asociación Internacional de Fibrosis Quística (CFW) con el objetivo de brindar información sobre este padecimiento y

crear conciencia para mejorar las condiciones de vida de quienes la padecen.

### SEPTIEMBRE 9. DIA MUNDIAL DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO-FETAL.



Se celebra desde 1999. Se pretende difundir información y generar conciencia en la población, principalmente en las mujeres embarazadas, acerca de los riesgos y consecuencias nocivas del consumo de sustancias alcohólicas durante el embarazo y la lactancia.

### SEPTIEMBRE 10. DIA INTERNACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.



El suicidio es un problema de salud pública que afecta a sociedad. A partir del 2003, la Asociación Internacional para la prevención del suicidio y la Organización Mundial de la Salud, promueven este día para concientizar a la población a nivel mundial que el suicidio puede prevenirse. Debe eliminarse el estigma hacia la salud mundial y trabajar para que las personas pidan apoyo.

### SEPTIEMBRE 14. DIA MUNDIAL DE LA DERMATITIS ATÓPICA.

La dermatitis atópica es la enfermedad inflamatoria crónica de la piel más frecuente en la infancia. Tiene un impacto negativo en la calidad de vida del paciente y su familia al afectar el descanso y las actividades diarias. Se celebra este día con la finalidad de concientizar a la población acerca de esta enfermedad y las consecuencias en las personas que la padecen.

**SEPTIEMBRE 15. DIA MUNDIAL DEL LINFOMA.**



Iniciativa de la Red Mundial de Asociaciones de Pacientes con Linfoma para informar sobre esta

enfermedad y promover prácticas que faciliten el diagnóstico precoz al reconocer los síntomas.

**SEPTIEMBRE 23. DIA INTERNACIONAL DEL LENGUAJE DE SEÑAS.**



La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad reconoce y promueve el lenguaje de señas. La Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó este día con el fin de crear conciencia sobre la importancia que tiene para las personas sordas al garantizar sus derechos humanos.

**SEPTIEMBRE 26. DIA NACIONAL PARA LA PREVENCION DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.**

En México se aprobó el 8 de diciembre de 2011. Se busca educar a los jóvenes sobre métodos



anticonceptivos eficaces. El mensaje se dirige a evitar embarazos no deseados y el contagio de enfermedades venéreas e

invita a reflexionar sobre la calidad de educación que se les brinda a los niños, niñas y adolescentes e incrementar los servicios de salud sexual y reproductiva.

**SEPTIEMBRE 29. DIA MUNDIAL DEL CORAZÓN**

En trabajo conjunto la Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial del Corazón, promueven la salud cardiovascular, buscando reducir la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares que son la primera causa de muerte en el mundo.



## OCTUBRE 2. DIA INTERNACIONAL DE LA NO VIOLENCIA.

Se conmemora en el aniversario del nacimiento de Mahatma Gandhi, líder del movimiento de Independencia de la India y pionero de la filosofía de la no violencia. La resolución de la Asamblea de las Naciones Unidas reafirma el deseo de asegurar una cultura de paz, tolerancia, comprensión y no violencia.



## OCTUBRE 6. DIA MUNDIAL DE LA PARÁLISIS CEREBRAL.



Para concientiza a la población sobre este padecimiento y con el deseo de garantizar un futuro incluyente con los mismos derechos, accesos y oportunidades que cualquier otra persona.

## OCTUBRE 10. DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL.

Se busca crear conciencia sobre los problemas de salud mental en el mundo y realizar esfuerzos en apoyo de la misma. Se estima que la mitad de las enfermedades mentales comienzan antes de los 14 años, pero en la mayor parte de los casos no hay detección ni tratamiento oportuno.



## OCTUBRE 16. DIA MUNDIAL DE LA ALIMENTACIÓN.

Esta fecha coincide con la fundación de la Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (FAO) en 1945. El objetivo de esta conmemoración es dar a conocer el problema alimentario mundial y fortalecer la lucha contra el hambre, la desnutrición y la pobreza.



### OCTUBRE 23. DIA DEL MÉDICO.



Se celebra en México desde 1937. Esta fecha coincide con la fundación del establecimiento de la Escuela de Ciencias Médicas, inaugurado en 1833, actual facultad de Medicina de Universidad Nacional Autónoma de México. Se reconoce a los profesionales de la salud que diariamente salvan miles de personas y mejoran su calidad de vida. Profesionales que jugaron un papel importante durante la pandemia del Covid-19 y recordamos a aquéllos que fallecieron durante la misma.

### NOVIEMBRE 14. DIA MUNDIAL DE LA DIABETES.



Creado en 1991 por la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de la Diabetes.

Se eligió este día por ser el aniversario del nacimiento de Sir Frederick Banting, quien junto con Charles Best, descubrió la insulina en 1922.

### NOVIEMBRE 17. DIA MUNDIAL DEL PREMATURO



Se celebra cada año desde 2011. Se reconoce a la prematuridad como un problema de salud a nivel mundial. Se espera concienciar a la sociedad sobre los problemas a los que se enfrentan los prematuros y el impacto emocional que supone para las familias. Buscando el cuidado de calidad y avanzar en políticas que garanticen los derechos de los bebés y sus familias.

### NOVIEMBRE 20. DIA MUNDIAL DE LA INFANCIA.



Naciones Unidas celebra este día, fecha en la que la Asamblea General de la ONU aprobó la declaración de los Derechos del Niño en 1959, pero no tenía legalmente obligatoriedad. Después de años de negociaciones, se logró acordar el texto final de la Convención sobre los Derechos de Niño el 20 de noviembre de 1989, que es de cumplimiento obligatorio para todos los países que la han firmado.

## NOVIEMBRE 21. DIA INTERNACIONAL DE LA ESPINA BÍFIDA.



La espina bífida es uno de los defectos congénitos más frecuentes a nivel mundial. En México, 75% de los casos de defectos del tubo neural, corresponden a espina bífida. Se puede prevenir con la ingesta de ácido fólico, recomendada para toda mujer en edad fértil, especialmente durante los 3 meses previos y primeros 3 meses de embarazo.

### LIGAS SUGERIDAS PARA MÁS INFORMACIÓN.

- <https://www.gob.mx/issste/articulos/15-de-septiembre-dia-mundial-del-linfoma?idiom=es>
- <https://www.diainternacionalde.com/ficha/dia-mundial-del-linfoma>
- <https://www.cndh.org.mx/noticia/dia-internacional-de-las-lenguas-de-señas>
- <https://www.gob.mx/salud/articulos/26-de-septiembre-dia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-no-planificado-en-adolescentes?idiom=es>
- <https://fundacionmexicanadelcorazon.org/actividades/>
- <https://www.gob.mx/issste/articulos/dia-mundial-del-corazon-176911>
- <https://www.un.org/es/observancias/non-violence-day>
- <https://www.gob.mx/insabi/articulos/dia-mundial-de-la-paralisis-cerebral-6-de-octubre>
- <https://www.cndh.org.mx/noticia/dia-mundial-de-la-salud-mental>
- [http://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/2018/es](http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2018/es)
- <https://www.cndh.org.mx/noticia/dia-mundial-de-la-alimentacion>
- <https://www.gob.mx/salud/articulos/dia-del-medico-179438>
- <https://www.un.org/es/observancias/diabetes-day>
- <https://www.paho.org/es/campanas/mes-prematuridad-2022-promovemos-cotacto-piel-piel>
- <https://enfamilia.aeped.es/noticias/dia-mundial-nino-prematuro-2020>
- <https://www.unicef.es/causas/de-rechos-ninos/dia-internacional-nino>
- <https://www.infomed.hlg.sld.cu/dia-mundial-del-trastorno-del-espectro-alcoholico-fetal-teaf/>
- <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/prevencion-del-suicidio-debe-considerar-factores-de-riesgo-y-de-proteccion?idiom=es>
- <https://www.diainternacionalde.com/ficha/dia-internacional-prevencion-suicidio>
- <https://www.sap.org.ar/novedades/496/dia-mundial-de-la-dermatitis-atopica.html>

# DOCENCIA

## AULA INVERTIDA

Dr. Carlos Paque Bautista<sup>1</sup>, Dra. Gloria Patricia Sosa Bustamante<sup>1</sup>,  
Dra. Alma Patricia González<sup>1</sup>, Dr. Jesús Daniel Ortiz Ley<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad Médica de Alta Especialidad #48 IMSS León, Capítulo León

<sup>2</sup>Residente de Medicina Crítica Pediátrica UMAE #48 IMSS León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):30-34*



Dibujo : Dr. Jesús Daniel Ortiz Ley

Actualmente en diversos países se quiere cambiar el modelo educativo tradicional por un modelo que tome en cuenta las necesidades de aprendizaje de los alumnos.

El aula invertida fue referida por primera vez por Bergmann y Sams en 2012 quienes desarrollaron experiencias con relación a las demandas de la sociedad del conocimiento e intentaron dar respuesta a la pregunta sobre lo que es mejor para el aprendizaje de sus estudiantes en el aula.

El auge de la tecnología de la información y comunicación (TIC) y la evolución de la ciencia y la tecnología, repercuten en el ámbito educativo sin duda alguna.

El empleo de la tecnología en la educación ha generado otros prototipos educacionales, orientados a la disociación del tiempo y el espacio en el cual convergen docentes y estudiantes, generando así prototipos educacionales sobresaliendo la educación a distancia, la educación móvil, la educación virtual, la educación

híbrida, además de que también existen condiciones en la educación que exigen realizar cambios adaptativos, en ocasiones cambios obligados (presencia de crisis de salud, crisis políticas, etc.) en los que como respuesta se debe de implementar determinado recurso didáctico para enfrentar la nueva realidad de adaptación o la generación de un nuevo prototipo educacional, nos referimos a una de las estrategias didácticas más retadoras para los docentes, recurso didáctico conocido como aula invertida, o Flipped Classrooms, la cual tiene el objetivo de que el proceso de aprendizaje desarrolle mejores niveles de competencias en los estudiantes.

El modelo de aprendizaje invertido ha llamado la atención por su potencial, esta centrado en el alumno y consiste en proporcionarle lecciones bien desarrolladas y cuidadosamente planificadas, con un diseño enfocado a desarrollar pequeños incrementos de aprendizaje y tareas de enseñanza claramente definidas y prescritas, con el fin de eliminar las malas interpretaciones acelerando y mejorando el aprendizaje, lo cual facilita aprovechar el tiempo en clase y poder realizar actividades de aprendizaje más significativas como: discusiones, ejercicios, proyectos así como incrementar la interacción entre el profesor y el estudiante y entre estudiantes.

“El aula invertida” se basa de estar en un espacio de aprendizaje

individual a pasar a un espacio de aprendizaje colectivo, propiciando un ambiente de aprendizaje dinámico, interactivo, donde el docente es guía de los estudiantes a medida que él aplica los conceptos y participa creativamente en el tema, utilizando los recursos académicos y la tecnología de información y comunicación (TIC), además de tomar en cuenta los pilares de la educación que son; aprender a conocer, hacer, ser y convivir, junto con la ética, la perspectiva global, la responsabilidad social y la cultura de emprendimiento.

**Aula Invertida:** consiste en asignar a los estudiantes textos, videos o contenidos adicionales para revisar fuera de clase. El tiempo en el aula no implica necesariamente un cambio en la dinámica de la clase, puede o no llevar a un aprendizaje invertido.

Bergmann y Sams (2012) describen el aula invertida como aquello “que tradicionalmente es hecho en clase ahora se hace en casa, y lo que tradicionalmente se hace como tarea en casa, es ahora completado en clase”.

**Aprendizaje Invertido:** enfoque pedagógico que transforma la dinámica de la instrucción, el profesor guía a los estudiantes mientras aplican los conceptos y se involucran en su aprendizaje de manera activa dentro del salón de clases, implica el cambio hacia una cultura de aprendizaje donde el estudiante es el centro de interés.

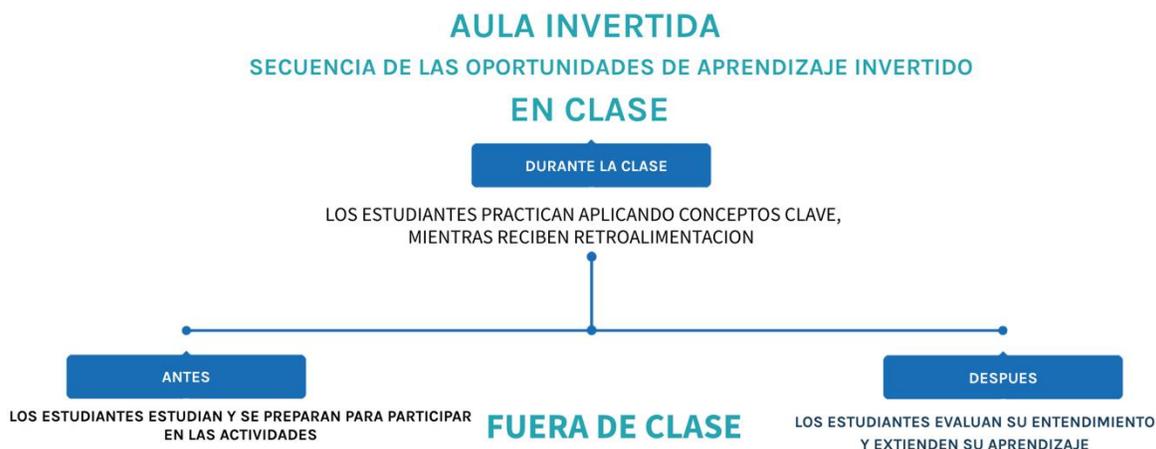


Figura 1. Secuencia de las oportunidades de aprendizaje invertido.

Los recursos que facilitan la implementación de esta técnica son los videos creativos, *screencasting*, digital stories, simulaciones, ebooks, electronic journals, entre otros más.

No consiste en un cambio tecnológico, sino que aprovecha las nuevas tecnologías para ofrecer más opciones de contenidos a los estudiantes y, lo más importante, redefine el tiempo de clase como un ambiente centrado en el estudiante.

Los estudiantes visualizan el material de fácil acceso en el momento y lugar que les sea más conveniente y tantas veces como lo necesiten para llegar lo mejor preparado para la clase.

Se hace mención que pudiera no funcionar para todos los docentes y estudiantes, como tampoco para cualquier nivel y materia, puede implementarse desde el jardín de niños hasta las universidades.

### ELEMENTOS CLAVE DEL APRENDIZAJE INVERTIDO

- 1.- Ambientes flexibles  
Se elige cuándo y dónde se aprende, saber utilizar el tiempo en el aula
- 2.- Cultura de aprendizaje  
El tiempo en el aula es para profundizar en temas, oportunidades más enriquecedoras de aprendizaje, entendimiento y síntesis de material al interactuar en persona
- 3.- Contenido intencional  
Diseño instruccional apropiado de acuerdo al grado y materia.
- 4.- Docente profesional  
Requiere dominar currículum y el tema que se imparte, además de contar con la habilidad para el manejo de las plataformas de información y comunicación para poner a disposición de los estudiantes los contenidos, para definir qué y cómo escoger el material didáctico, diseño

de materiales, actividades, evaluación del material proveer retroalimentación en el momento, además de saber como regular el tiempo cara a cara con el alumno, evaluar continuamente el trabajo de los estudiantes.

### CARACTERISTICAS DE LA EDUCACIÓN EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Se debera considerar la educación médica como un continuo: pregrado, posgrado, educación continua permanente.

- Reformulación de los diseños curriculares, enfocandolos a la Atención Primaria de la Salud.
- Empleo de métodos de enseñanza centrados en el estudiante y basados en problemas.
- Formación menos teórica y más vinculada con la práctica médica, de forma que se garantice la formación de las competencias profesionales.
- Evaluación del proceso, la estructura y los resultados.
- Fomento del profesionalismo y el humanismo en medicina, con el desarrollo de actitudes y valores humanos.
- Formación de los formadores y docentes en educación médica.
- Fomento de la investigación en los estudiantes y profesores

Las estrategias que se pone en juego a través del modelo de aula inversa, cumplen con el fuerte interés por terminar de cambiar hacia estrategias centradas en el estudiante con situaciones problematicas (casos y problemas) a ser trabajados por los estudiantes como reguladores de su proceso de aprendizaje.

La importancia del tiempo radica en saber cómo aprovecharlo y en el aula invertida se plantea su reestructuración en relación a la clase tradicional (tabla 1, figura1).

Tabla 1. Comparación del tiempo Aula tradicional / Aula Invertida

AULA TRADICIONAL		AULA INVERTIDA	
Actividad	Tiempo /min	Actividad	Tiempo /min
Inicio	5	Inicio	5
Repaso de la tarea	20	Preguntas y respuestas	10
Lectura	30-45	Práctica	75
Práctica	20-35		

El aula invertida busca potenciar el tiempo presencial en clases, promoviendo la construcción del conocimiento autónomo y crítico.

Tipos de aula invertida: tradicional, de debate, de demostración, grupal, virtual, doble.

Ventajas del modelo aula invertida- modelo tradicional de clases expositivas:

- Fomenta el estudio en el tiempo no presencial
- Motiva a prepararse para las clases
- Proporciona tiempo para que los alumnos razonen y aplicar lo aprendido
- Alumnos más activos en clase
- Razona el uso del tiempo en clase
- Mejora resultados en la evaluación del aprendizaje
- Disminuye tasa de fracaso escolar
- Clases menos aburridas

El empleo del aula invertida sustenta en el desarrollo del conocimiento clínico y su razonamiento a partir de las bases con la que cuentan los estudiantes.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Naranjo Iturralde, C., H. (2023). Evaluación de la utilidad para el aprendizaje del modelo de aula invertida. *Revista Científica de Estudios Sociales*, 2(1), 30-41.
- 2.- Alegre, M., Demuth, P., & Navarro, V. (2019). El aprendizaje invertido en la formación en Medicina. Miradas estudiantiles sobre la estrategia didáctica de aula inversa/The flipped learning in Medicine training. Students views on the didactic strategy of the flipped classroom. *Revista de Educación*, (18), 397-415.
- 3.- Prieto-Martín, A., Barbarroja-Escudero, J., Lara-Aguilera, I., Díaz-Martín, D., Pérez-Gómez, A., Monserrat-Sanz, J., ... & Álvarez de Mon-Soto, M. (2019). Aula invertida en enseñanzas sanitarias: recomendaciones para su puesta en práctica. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 22(6), 253-262.

# LEGISLACIÓN

## LEGISLACIÓN EN CONSULTORIOS MÉDICOS

Dr. Marco Antonio Juárez Aguilera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatra, Capítulo Irapuato

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):36-38*

Hoy tocaremos este punto, muy importante con el objetivo de garantizar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud, establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Lo anterior para cumplir con los requisitos mínimos indispensables de documentación legal, y técnica, acreditación académica, equipamiento, mobiliario, instrumental, medicamentos e insumos para la salud, con los que debe contar todo establecimiento de atención médica ambulatoria, con el propósito de disminuir los riesgos sanitarios de la población en materia de atención médica ambulatoria, y se pueda contar con un marco de referencia basado en la legislación sanitaria.

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos (Cofepris) es la institución que tiene la obligación de garantizar la protección del paciente (usuario) en su atención médica y coordina y regula a los establecimientos en el área de la salud.

Es vital considerar los puntos que comentaremos en el presente documento, para reducir los riesgos a la salud que pudieran existir, obteniendo además los siguientes beneficios:

- 1.- El personal no correrá riesgos innecesarios y podrá desarrollar un desempeño con mayor calidad.
- 2.- Los pacientes tendrán confianza en el Establecimiento.

3.- Reducir pérdidas económicas por el incumplimiento de la legislación sanitaria aplicable a esta materia.

4.- debe contar el consultorio de Medicina General o Familiar, como base, y el complemento de los consultorios de especialidad.

### **Todo consultorio debe contar con:**

1.- Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario.

2.- Registro diario de pacientes.

3.- Letrero donde se dé a conocer el horario de asistencia del responsable sanitario, así como el horario de funcionamiento del establecimiento.

4.- Todos los médicos deben tener título y cédula profesional, así como diploma o grado de especialidad y cédula de especialidad, en caso de ser especialistas, y éstos deberán estar colocados a la vista del público.

5.- El recetario debe estar impreso e incluir: nombre del Médico, Institución que expide el Título, número de cédula profesional, domicilio del establecimiento, fecha de expedición y, en el caso de especialistas, número de cédula de especialidad.

6.- Expedientes clínicos completos, que incluyan: ficha de identificación, historia clínica completa, notas de evolución y en su caso, nota de interconsulta y carta de consentimiento informado.

Cabe señalar que todo registro antes referido, debe contar con nombre, cédula profesional y firma de quien lo elabora.

7.- En caso de contar con expediente electrónico, debe contar con un Sistema de Gestión de Seguridad de la información, que asegure la confidencialidad, integridad, disponibilidad y trazabilidad.

8.- Acciones para el control o erradicación de fauna nociva realizadas al menos una vez al año, para ello contar con un comprobante de fumigación o desinfestación, menor a un año.

9.- Contar con registros de la limpieza y desinfección del consultorio y su equipamiento.

10.- Deben contar con abastecimiento de agua potable, realizar limpieza y mantenimiento de las cisternas o tinacos por lo menos una vez al año, y llevar su respectivo registro, así como de determinación de cloro residual

11.- Se debe contar con un contrato con empresa recolectora de Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos (R.P.B.I.) vigente o bien encontrarse adherido a un plan de manejo externo, así como vigilar el adecuado manejo y separación de los R.P.B.I.

12.- El consultorio debe contar con un área para entrevista y otra para exploración física, delimitadas con un elemento físico, con el siguiente mobiliario y equipo: asiento para el médico, asiento para paciente y acompañante, asiento para el médico en el área de exploración del paciente, banqueta de altura o similar, báscula con estadímetro, cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y bolsa para R.P.B.I., contenedor rígido para punzo-cortantes, guarda de medicamentos, materiales o instrumental, mesa de Mayo, mesa

Pasteur o similar, mueble para guarda de expedientes clínicos, esfigmomanómetro mercurial, aneroide o electrónico con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal, estetoscopio biauricular, estuche de diagnóstico (oftalmoscopio opcional), negatoscopio.

13.- Debe tener con un lavabo cercano o en el área de exploración física y preferentemente con toallas desechables y jabón líquido, y éste debe contar con señalética del lavado de manos y los momentos del lavado de manos.

14.- Asimismo, debe contar con caja con tapa para soluciones desinfectantes, mango para bisturí, martillo percusor, pinza de anillos, pinza de disección con dientes y sin dientes, pinza tipo mosquito, pinza curva, porta aguja recto, con ranura central y estrías cruzadas, tijera recta, riñón de 250 ml, torundero con tapa, termómetro clínico y cinta métrica.

15.- Deberá tener un botiquín de urgencias que contenga: apósitos, algodón, campos estériles, gasas, guantes quirúrgicos estériles, jeringas desechables con agujas de diversas medidas, material de sutura, soluciones antisépticas, tela adhesiva, tiras reactivas para determinación de glucosa en sangre, vendas elásticas diversas medidas, analgésicos, analgésicos locales, antieméticos, antihistamínicos, antipiréticos, broncodilatadores, corticoesteroides y epinefrina.

16.- Todos los medicamentos e insumos deben ser vigentes, contar con registro sanitario, etiquetado en español, almacenarse de acuerdo a las indicaciones que vienen en el empaque. En caso de ser consultorio

privado, no deben tener medicamentos del Sector Salud Público.

**Para el consultorio pediátrico deberá contar, además:**

- a). - Un refrigerador con control y registro de temperatura que garantice una temperatura constante e ininterrumpida de acuerdo a las necesidades del consultorio (en caso de vacunación). En caso de tratarse de un conjunto de consultorios en una misma unidad, será suficiente con un sistema de refrigeración.
- b). - Debe contar con báscula pesa bebés, esfigmomanómetro con brazalete para infantes y escolares, infantómetro.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ley General de Salud
- 2.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- 3.- NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- 4.- NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- 5.- NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.
- 6.- NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de Información en salud.
- 7.- NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- 8.- NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 Protección Ambiental-Salud Ambiental-Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos-Clasificación y Especificaciones de Manejo.
- 8.- Modificación a la NOM-127-SSA1-1994, Salud ambiental. Agua para uso y consumo Humano. Límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización.
- 9.- Norma Oficial Mexicana NOM-230-SSA1-2002, Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.

# HISTORIA DE LA PEDIATRÍA MUNDIAL

## VIRGINIA APGAR (1909-1974), UNA DAMA MULTIFACÉTICA

Dr. Mario Alberto Bolaños Cedeño<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatra, Capítulo Acámbaro

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):40-42*



Foto tomada de:  
<https://hub.jhu.edu/2018/03/28/virginia-apgar-women-of-hopkins/>

Virginia Apgar (Westfield, New Jersey 7 de junio 1909 – 7 de agosto 1974 Columbia, New York) era hija de Helen Clarke y Charles Emory Apgar, investigador en electricidad y ondas de radio, así como aficionado a la astronomía y la música. Lo anterior pudo haber influido en su interés en la ciencia y la música pues aprendió a tocar el violín y el cello a los 4 años. Resultó ser una excelente estudiante al graduarse de Westfield High School en 1925 y descubrir su pasión por la medicina y para entonces ser admitida en el prestigioso Mount Holyoke College de donde egresa con notas

altas y una especialidad en zoología en 1929. Ese mismo año ingresa al Colegio de Cirujanos de la Universidad de Columbia en Nueva York durante la grave recesión económica que asoló al país y con gran dificultad a base de préstamos logró graduarse en cuarto lugar de su generación en 1933. Decidida a ser cirujana ganó un puesto como interna quirúrgica en Columbia con un desempeño brillante, cuando aparece la figura del Dr. Alan Whipple, Jefe de Cirugía que la disuadió para no continuar en esa especialidad aduciendo que 4 cirujanas que previamente habían terminado no habían tenido éxito en un campo dominado por los hombres agravado también por la situación económica imperante y le sugiere probar en el campo de la anestesiología, especialidad que desde 1880 era ejercida por enfermeras entrenadas por lo que una doctora anestesióloga sería mejor aceptada así que inicia a investigar dónde aprender y es aceptada como “visitante” durante 6 meses en el Departamento de Anestesia del Dr. Ralph Waters en Madison, Wisconsin, el primero y más importante del país. Posteriormente regresa a New York al Hospital Bellevue por 6 meses más.

Apgar regresa a Columbia en 1938 como Directora de la División de “Anestesia y Atención Anestésica” implementando programas de investigación con la intención de

interesar a los estudiantes de medicina, logró poco a poco que más médicos se integraran a la especialidad pues para 1946 fue nombrada la primera mujer profesora de tiempo completo.

Comienza su labor en el Sloane Hospital for Women de la Universidad de Columbia para abordar un tema descuidado, la anestesia obstétrica que en ese tiempo era muy alta la mortalidad materna y se realizan cambios como el lavado gástrico de las embarazadas, bloqueos caudales ocasionales para el trabajo de parto y ciclopropano para las cesáreas. Había dedicado para entonces 10 años en la evaluación de la transición del recién nacido a la vida extrauterina ya que la mayoría de las muertes neonatales ocurría en las primeras 24 horas de vida. Surge la Valoración de Apgar del recién nacido basado en 5 puntos: 1)Frecuencia cardíaca 2)Esfuerzo respiratorio 3)Tono muscular 4)Respuesta refleja 5)Color.



Foto tomada de:  
<https://profiles.nlm.nih.gov/spotlight/cp/feature/biographical-overview>

Esta puntuación se presentó en el Congreso de la International Anesthesia Research Society en 1952 y fue publicada en 1953. No fue aceptada en un principio y posteriormente se le reconoció su valor que inicialmente era al minuto de nacer para estandarizarse también a los 5 minutos. Lo anterior permitió identificar a los neonatos con baja puntuación con hipoxia y acidosis para ser tratados inmediatamente. Fue la primera en cateterizar los vasos umbilicales. Varios estudios para 1964 concluyeron que la puntuación Apgar era un predictor de la supervivencia neonatal y del desarrollo neurológico.

Siempre incansable decidió tomar un año sabático y hacer una maestría en Salud Pública en 1959 para aprender estadística, siempre curiosa diseñó nuevos proyectos para identificar otras enfermedades neonatales como fístula traqueoesofágica, ano imperforado, atresia duodenal y de coanas. Publicó un artículo en 1960 donde cuenta que el polihidramnios se presenta generalmente con defectos congénitos. Su labor incansable la llevó a aceptar la dirección de la National Foundation for Infantile Paralysis en la sección de defectos congénitos con la misión de prevenir los defectos del nacimiento, combatir la mortalidad infantil y controlar el bajo peso. Logró eliminar prácticamente la poliomielitis de los Estados Unidos.

A largo de su carrera recibió múltiples reconocimientos entre los que destacan en 1939 el Board Certification of the American Society of Anesthesiologists, Distinguished Service Award de la American Society of Anesthesiologists (1961), Mujer del Año (1973), primera mujer en recibir la

Medalla de Oro por servicio distinguido en medicina del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia (1973). Su nombre se le dio a la Sección Perinatal de la American Academy of Pediatrics. Ingresó en 1995 al Women's Hall of Fame. En la Serie Grandes Americanos del Servicio postal de los Estados Unidos aparece una estampilla con su efigie en 1994.

Múltiples facetas desarrolló durante su vida como el escribir su libro "Is mi baby all right" para guiar a los padres en el cuidado de sus recién nacidos. Otra su habilidad para tocar el violín y el cello ya que llegó a tocar con varias orquestas, una de ellas la Catgut Acoustical Society formada exclusivamente por médicos, además aprendió a fabricar instrumentos musicales de excelente calidad. Aficionada a la pesca, viajó por todo el mundo para practicarla, igual en el afán de aumentar su colección de estampillas postales. Aprendió a pilotar un avión y jugaba golf y beisbol. Cuenta como curiosidad el haber salvado la vida de 16 personas con obstrucción de la vía aérea en restaurantes o en la calle.

Combatió los paradigmas de la época por las diferencias entre ella y sus colegas hombres, superando las restricciones que la limitaban y aprovechó las oportunidades al alcance para desarrollar la más excepcional carrera para una anesthesióloga de su época.

Muere de una afección hepática a los 65 años dejando una huella imborrable en la Medicina Perinatal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Virginia Apgar (1909-1974) J. Pediatr. Volume 129, Issue 5, p768-770, November 1996
2. El Angel de los Neonatos. Virginia Apgar (1909-1974). <https://www.mujeresenlahistoria.com/2015/07/el-angel-de-los-neonatos-viginia-apgar.html>
3. Virginia Apgar – Biography, Facts and Pictures. (<https://www.famousscientists.org/virginia-apgar/>)
4. Butterfield LJ."Virginia Apgar Physician, 1909-1974" Perinatal Section News, Am Acad Pediatr 1994;1
5. Apgar V. The newborn (Apgar) scoring system. Pediatr Clin North Am 1966;13:645-50.
6. García-Galaviz JL, Reyes-Gomez U. Dra. Virginia Apgar (1909 – 1974). Una mujer ejemplar. Acta Pediatr Mex 2007;28(1):38-46

# PEDIATRAS DISTINGUIDOS DE GUANAJUATO

## DR. RUBÉN FRANCO SALAS, EL NACIMIENTO DE LA PEDIATRÍA EN LEÓN, GUANAJUATO

Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General León, Capítulo León  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):44-48*

Existen leoneses por nacimiento pero también se le llama leoneses a quienes nacieron en otro lugar pero llegaron y echaron raíces en nuestro bonito León, Guanajuato. Este es el caso del Dr. Rubén Franco Salas, el primer médico pediatra que ejerció en esta ciudad.

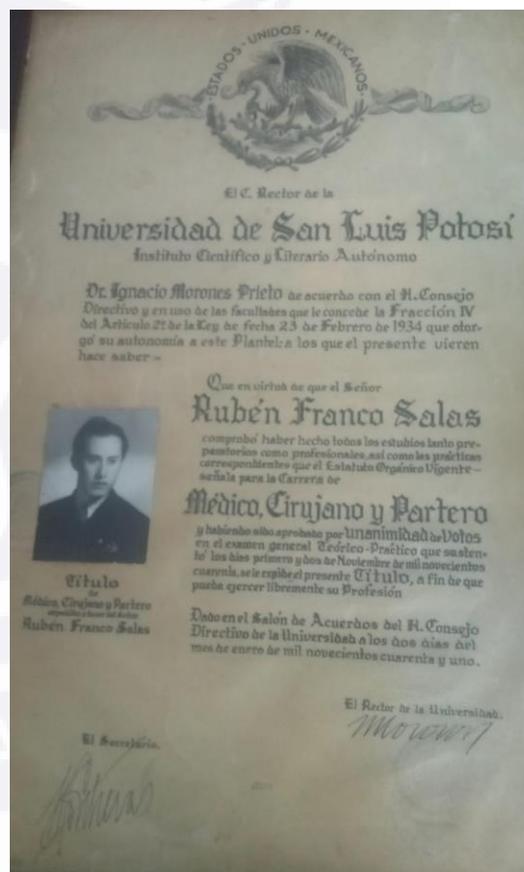
El dr. Franco nació en el municipio de Salinas, localizado en el Altiplano de San Luis Potosí el 31 de octubre de 1914.



Fuente: <https://voxpopolislp.com/2022/04/29/salinas-s-l-p-29-de-abril-de-1799-un-dia-en-la-historia-de-san-luis-potosi/>

Sus padres fueron el Profesor Maximino Franco y la Sra. Adelaida Salas. Estudió la primaria y la secundaria en el Colegio Inglés de San Luis Potosí. Cursó la preparatoria

y la licenciatura en medicina en la Universidad de San Luis Potosí. Realizó su examen recepcional teórico y práctico el 1 y 2 de noviembre de 1940.



Obtuvo una beca para cursar un año en el Hospital General de México en 1941. En 1942 regresó a San Luis Potosí como director del Hospital Minero en Villa de la Paz y el 26 de diciembre de ese mismo año

contrajo matrimonio con la Sra. Alicia Dávalos e inició la historia de una hermosa familia.



Su interés por la atención de los niños lo llevó a dejar su ciudad natal para ir a la Ciudad de México a realizar la residencia de pediatría en el Hospital Infantil de México de 1945 a 1947.

Fue en 1948 cuando su cuñada que vivía en León y estaba casada con el Lic. José Trueba le dijo que en el estado no había pediatras así que decidió trasladarse para ejercer su labor en León, Guanajuato y llegó para quedarse, siendo el primer pediatra de la ciudad. Estableció su consultorio en la calle Pedro Moreno frente al Teatro Manuel Doblado. Actualmente aún se conservan algunas de las puertas y ventanas del lugar a donde llegaron muchos pacientes para recibir la excelente atención pediátrica del Dr. Franco. Desde su llegada recibió el apoyo y cariño fraternal del dr. Guedea, médico general quien hasta entonces era el único médico que atendía niños en la ciudad.



Fuente: google maps



Fundó el servicio de pediatría en el Hospital Juárez de León en 1948.



En ese mismo año también fue el director y fundador del primer banco de sangre de la ciudad ubicado en la escuela de medicina de León. Fue él mismo quien tomó la primera donación de sangre en el estado de Guanajuato al Sr. Adolfo Pons, miembro de una de las principales familias benefactoras de la ciudad, dueños de las Fábricas de Francia y cofundadores de la Cruz Roja, el Instituto Lux, el equipo de fútbol León, el Club Rotario de León, el Club Campestre y decenas de escuelas (una de esas escuelas llamada "José Pons" fue donde cursó la primaria la autora de este artículo).



Entre sus múltiples actividades docentes se pueden enumerar las siguientes:

- Profesor de hematología de 1948-1969.
- Profesor de clínica de pediatría de 1952 a 1974. Posterior a esa fecha fue profesor emérito.
- Fundador y director del boletín médico del Hospital Central Regional de León, Gto.
- Miembro de la Asociación Mexicana de Profesores de Pediatría desde 1966.

Fue director del Hospital Central de León, Gto. Realizó las gestiones con autoridades municipales, estatales y federales para la renovación arquitectónica del hospital. En la siguiente imagen se muestra la imagen del nuevo hospital general regional de León, Gto. que se construyó apoyándose en los planos del Hospital Infantil de México que le fueron otorgados a dr. Franco.



La siguiente fotografía muestra la ceremonia de inauguración del nuevo edificio del Hospital General de León. Subiendo la rampa del nuevo hospital, de izquierda a derecha: Dr. Rubén Franco Salas (traje color claro) director del Hospital, Dr. Jesús

Rodríguez Gaona, gobernador del estado de Guanajuato, Dr. Ignacio Morones Prieto, Secretario de Salud Nacional, Sr. Irineo Durán, presidente municipal de León.



Fue miembro activo de múltiples sociedades médicas entre las que se cuentan las siguientes:

- Presidente del Colegio de médicos cirujanos de León
- Israel Medical Association 1967.
- American Academy of Pediatrics.
- American Physicians fellowships.
- American Association of Blood Banks.
- American Public Health Association.
- Jerusalem Academy of Medicine.
- Sociedad Mexicana de Pediatría
- Socio fundador de la Sociedad Mexicana de Hematología y Transfusiones.

- Sociedad Guanajuatense de Pediatría.
- Asociación Nacional de Pediatría de México.
- Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México.
- Asociación Leonesa de Pediatría.

Dentro de sus publicaciones científicas se cuentan las siguientes:

- La eritromicina un nuevo antibiótico para el tratamiento de la tosferina. Revista Unión Médica Leonesa Vol. 1, Núm. 1 – 1954
- Hipotiroidismo en la infancia. Premio de investigación 1956.
- Tratamiento de la desnutrición de tercer grado.
- Reticuloendoteliosis. Boletín Médico del Hospital Central Vol 2, No. 2, 1962.
- Miembro del consejo editorial del libro de pediatría de las Sociedad Pediátrica Centro Occidental 1975.

En el memorable año de 1955 atendió la convocatoria del dr. Francisco Padrón Puyou, médico potosino presidente de la Sociedad de Pediatría del centro de México y socio fundador de la Academia Mexicana de Pediatría para crear una organización civil pediátrica en el estado. Junto con los doctores Carlos Valdez y Arturo Guedea, reunió a pediatras de León, Irapuato y Celaya para constituir la Sociedad de Pediatría de Guanajuato que posteriormente recibiría el nombre de Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato.

En septiembre de 1991 el Dr. Franco recibió un reconocimiento por parte de la Federación de Pediatría del Centro Occidente de México por su trayectoria de 50 años como pediatra sobresaliente.



Es así como el nombre del Dr. Rubén Franco Salas quedó escrito con letras de oro en la historia de la pediatría de León, Guanajuato.



Un agradecimiento especial a la mtra. Lichita Franco de Ramírez Salgado, hija del Dr. Franco y a toda la familia Franco Dávalos por la información y las imágenes proporcionadas para la realización de este artículo.

# ÉTICA Y PEDIATRÍA

## ÉTICA EN PEDIATRÍA, NUEVOS RETOS

Dr. Roberto Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatra, Capítulo Acámbaro

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):50-53*

Los grandes avances en la medicina moderna permiten hoy el nacimiento de neonatos con grados extremos de inmadurez, que mediante soporte logran sobrevivir, sin embargo, muchos de ellos cuentan con deficiencias físicas y psíquicas importantes durante su desarrollo.

Otro paso importante que se ha dado es el de mantener con vida por años a niños con enfermedades que en el pasado condicionaban rápidamente su muerte trayendo consigo los beneficios y perjuicios de tal acción, derivados para los niños y sus familias las cuales se convierten en sus cuidadores primarios.



Los cambios sociales que vivimos en los últimos años generan en el quehacer diario del Pediatra (2), nuevos dilemas éticos para los cuales dicho personal especialista, principalmente aquellos de edades avanzadas, no han recibido formación, por lo que la información clara y oportuna del tema se convierte en un elemento indispensable para la

actualización de estos profesionales de la salud.

Entre estos fenómenos sociales podemos mencionar los problemas relacionados con los hijos de familias desintegradas que cada vez son más comunes en nuestra comunidad. También existen cambios relacionados con los derechos de los pacientes, la legislación se actualiza en base a las necesidades de información por parte de los usuarios de servicios de la salud; el consentimiento informado forma parte indispensable del expediente clínico, según las distintas edades de los menores o la pertinencia de transmitir todos los informes existentes a los padres lo que representa una gran responsabilidad por parte del médico encargado de la atención del menor.

En el tiempo actual, los especialistas en Pediatría enfrentan dilemas éticos que comprometen su actuar, en forma breve podemos hacer mención de los siguientes (1):

### ***Suspensión de medidas de soporte vital en unidades de cuidados críticos neonatales e infantiles.***

En el contexto de que el paciente es un niño, que por definición debería tener por delante una vida larga, se torna una decisión muy compleja el cómo actuar, sin olvidarnos que la literatura considera como más adecuado recurrir como norma general a la reanimación. Aquí el estándar del “*interés del menor*”

sirve como norma de orientación para todas las partes implicadas: médicos, jueces y padres, pero al mismo tiempo es esencial respetar el derecho a la objeción de conciencia de los médicos. El criterio general de “no recurrir a medidas desproporcionadas” es válido también para el niño, pero antes de decidir no reanimar, es necesario “un reconocimiento y análisis previo de la situación, así como de las posibilidades teóricas y evolutivas de la irreversibilidad”, evitando caer en el encarnizamiento terapéutico, difícil de evitar en ocasiones por lo acertado de la edad del menor. El médico debe estar formado para poder explicar a los padres la situación, concientizándolos de los riesgos, sin responsabilizarles totalmente a ellos de la decisión. En esto no deberán entrar a juego criterios económicos ni de presión social. Es fundamental ayudar a los padres y al niño a acceder a “una muerte digna”. Pero nunca se retirarán las medidas de soporte vital a un niño basándose en criterios como el de “calidad de vida”. Si al niño se le permite vivir siendo capaz de interactuar con su entorno, aunque tenga una discapacidad grave, se aplicará el tratamiento necesario. No así si la probabilidad de éxito es nula.

#### ***Dilemas relacionados con la prevención:***

El primer problema ético con las vacunas es que se trata a niños sanos que después de administrárseles pueden tener efectos adversos graves, que como todos tenemos conocimiento será una mínima

proporción. Las nuevas corrientes de padres antivacunas y la desinformación del tema, así como los mitos en relación con que las inmunizaciones aumentan el riesgo de autismo, han generado un mayor número de infantes con esquemas incompletos y el resurgimiento de enfermedades prevenibles por vacunación. Es un hecho que las vacunas se administran a niños con nula o limitada capacidad de decisión, planteándose una contradicción entre los intereses de los individuos y de las colectividades, sin embargo, esta demostrado el beneficio que les otorga ante la prevención de padecimientos infectocontagiosos que en edades iniciales condicionan la muerte.

#### ***Dilemas relacionados con la cirugía.***

En cirugía infantil, incluso in útero; se plantea la duda sobre si es correcto aplicar las técnicas quirúrgicas recientes e incluso si es responsabilidad ética de los cirujanos apoyar la investigación de estas técnicas para perfeccionarlas. Si la técnica quirúrgica que proponemos no está avalada al 100, se debe dejar a los padres un amplio margen de decisión. Si no aplicarla genera problemas graves al niño, tendremos que apoyarnos en las recomendaciones de las guías de práctica clínica, informando a detalle a los padres, actuando siempre y como punto rector “en beneficio del menor”.

#### ***Dilemas éticos en niños de padres divorciados:***

Las repercusiones en la salud de los niños afectados por el divorcio de los padres, que los pediatras cada día atienden con más frecuencia en

sus consultas, ha creado la necesidad imperiosa de una reflexión ética, como parte de la agenda de sus asociaciones científicas infantiles, con el fin buscar soluciones a este tipo de conflictos sociales. Esta realidad refuta las opiniones de los partidarios de las corrientes pro-divorcio que anunciaban los beneficios que vendrían a los hijos al dejar de ver discutir a sus padres.

¿Qué hacer cuando hay discrepancia de criterios entre los padres divorciados? Cuando el médico prescriba un tratamiento al niño, bastará la conformidad de uno de ellos, siendo el más adecuado el que se encargue de su cuidado. Si la decisión es urgente y no acepta retraso, el pediatra actuará sin necesidad de consentimiento informado como se hablo de ello en forma previa, siempre “en beneficio del menor”.

Si el nivel de urgencia lo permite, consultará a la autoridad judicial que proceda para que así lo determine. Si no hablamos de una emergencia, pudiéramos dejar el caso en manos del Juez para que se decida apegado a derecho. Al pediatra le llegan excónyuges, que por separado, tratan de buscar su alianza con fines diversos. En esta situación el niño puede llegar a padecer “cuadros de depresión infantil” que le dificultarán expresar sentimientos y emociones. Si la separación es debida a una patología crónica del niño, en muchas ocasiones, la situación se agrava. El pediatra intentará mejorar el clima de tensión familiar y crear espacios de reflexión para que el niño sufra lo

menos posible derivándolos a especialistas en salud mental en caso necesario.

### **La investigación:**

Aquí aparece un dilema ético fuerte y difícil de resolver que la comunidad científica analiza e intenta conciliar de la mejor forma (3), ya que afecta a la relación entre el interés de la persona individual, en este caso el niño, y el de la sociedad en que se desarrolla. En la investigación médica debe primar siempre el bien de la persona. Antecedentes históricos como el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y las Pautas de Ginebra nos ofrecen límites y pautas de actuación. El médico vigilará el cumplimiento de los consentimientos informados tal como fueron elaborados, vigilará los efectos secundarios y riesgos posibles a los niños participantes; analizará a detalle el método utilizado; su desarrollo práctico, la posibilidad de rehusarse a participar y de igual forma la puerta abierta de retirarse en cualquier momento del ensayo. Se buscará siempre el principio de beneficencia, es decir, que el paciente pediátrico mejore su salud.

Con lo antes descrito, podemos decir que la actividad cotidiana del médico Pediatra se enfrenta a un nuevo panorama, el recuperar la salud del menor, tener informados a los padres intentando hacerlos conscientes de las situaciones, lo que nos obliga a realizar una serie de acciones en las que no es permisible olvidar el principio de **no daño**, siendo el rector de nuestra forma de conducirnos en su atención.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Cuadernos de Bioética XXVIII 2017/1<sup>a</sup>, Justo Ruiz López, Javier Navarro-Zaragoza, Francisco Carrillo Navarro, Aurelio Luna Dilemas éticos en Medicina Infantil
2. Gamboa Bernal, G. A. "Bioética y atención pediátrica, algunos aspectos éticos de la atención pediátrica" Persona y Bioética. 2006; 108-120. García Mendiola, J. J, Chi Gil G; Piñeiro Barreiro M; Callejas Sánchez N.
3. "Dilemas éticos y bioéticos de la práctica pediátrica en la Atención Primaria de Salud". Revista Electrónica de Ciencias Médicas Cienfuegos. 2010; 8: 2

# LITERATURA Y PEDIATRÍA

## RESEÑA DEL LIBRO “LA SONRISA DE LOS PECES DE PIEDRA” AUTORA: ROSA HUERTAS ILUSTRADOR: JAVIER OLIVARES XIV Premio Anaya de Literatura Infantil y Juvenil 2017

Dra. Olivia Sánchez Gasca<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pediatra del Capítulo San Miguel de Allende  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):55-57*



Autora de la fotografía: Dra. Olivia Sánchez Gasca

Novela profundamente humana, en la que la tensión y la búsqueda de los orígenes se entremezcla. “Al morir su abuelo, Jaime descubre que hay un secreto familiar que su madre ha guardado durante años.”

En Madrid de los 80s, la época de *la movida*, la madre de Jaime vivió algo que nunca había contado a su hijo. ¿Quién es en realidad el padre de Jaime?

Solo a través de un cuaderno que va escribiendo su madre, podrá conocer la verdad.

“Los misterios, las mentiras, las medias verdades... Siempre terminan siendo perjudiciales para los implicados, e incluso para terceros”

Abuelo Jaime ha muerto. En una visita al cementerio para limpiar la tumba, Jaime encuentra a su madre llorando frente a otra lápida que lleva grabado el nombre de *Santiago Muñoz Gallardo junto con unos peces de piedra*. Cuando le pregunta quién es el difunto, ella contesta con evasivas. Tras la insistencia, Julia, la madre de Jaime, terminó confesando que la persona de la lápida fue alguien muy importante para ella y que podría ser el padre de Jaime. Esto conmociona al muchacho, quien siempre creyó ser fruto de inseminación artificial. Julia no está dispuesta a hablar del tema, por lo que su hijo inicia una investigación sobre quien es Santiago Muñoz.

Días después Jaime regresa al cementerio y conoce a Ángela, hija de Santiago, una chica que acude a la tumba para comer pepitas de girasol. Entre los jóvenes surge una amistad y platican sobre la vida y obra del fallecido padre de Ángela.

A su vez, Julia inicia a escribir esas andanzas juveniles, las cuales luego Jaime irá leyendo y entenderá lo que su madre no pudo contarle.

Julia pierde a su madre a los 18 años, cosa que le afectó mucho, por lo cual decide dejar de estudiar para pasar el tiempo viviendo en un bar, rodeada de bebida y música, en un local afamado llamado “La Vía Láctea,” ahí conoce a Santi, un hombre un tanto mayor que ella y aspirante a fotógrafo.

Santi a su vez le presenta a Manu, otro chico joven y se vuelven el trío inseparable dispuestos a comerse la ciudad.

En ese ambiente tan liberal y moderno, Manu comienza a coquetear con la droga. Santi decide marcharse a Londres para seguir con su sueño de ser fotógrafo. Por lo cual el grupo terminó disolviéndose. Julia empieza a replantearse su vida, decide estudiar enfermería y ocuparse de su padre anciano.

Al cabo de los años, recibe una visita de Santi, el cual propone reunirse con Manuel para intentar ayudarlo pues su madre ha fallecido. En este momento Julia le pedirá tener un hijo juntos. Santi explica que tiene pareja y ninguna intención de ser padre.

Julia queda con Manuel, de quien termina embarazada, pero él nunca se enterará.

Jaime sigue viendo a Ángela, quien le muestra sus dibujos de las lápidas del panteón que realiza en sus visitas a su padre. Todos están firmados en la esquina inferior con un pez. Juntos intentan descubrir el

Madrid de la juventud de sus padres.

Ahora Ángela y Jaime serán la inseparable pareja que recorre Madrid.

La novela toca varios temas y valores:

- *Muerte de los seres queridos.*

En el que perder un ser querido, familiar o amigo, implica siempre un tormento de emociones entre los que permanecen vivos. En este libro se logran apreciar esos momentos haciendo reflexionar al lector.

- *Búsqueda del Origen.*

La necesidad de saber quiénes somos y de dónde venimos es inherente a todo ser humano. Parece como si los humanos no pudiésemos encarar el futuro con seguridad si no tenemos bien afianzado nuestro pasado y nuestras raíces.

- *Ser uno mismo.*

Buscar nuestro propio camino, alejándonos de las presiones no es fácil, pero ésta búsqueda da frutos tarde o temprano.

- *Importancia de la amistad.*

A pesar de que la amistad se fortalece con la cercanía, lo cierto es que es habitual que nos alejemos de las personas que han sido clave en nuestras vidas. Quizá hoy es más fácil mantener contacto con todas las herramientas tecnológicas, pero debemos de recordar usarlas bien. En nuestra mano está el sacar auténtico beneficio de las redes sociales.

- *Otros temas.*  
En la narración también se tocan la drogadicción, las relaciones familiares problemáticas, inseguridad de los adolescentes y la expresión artística como catalizador de las emociones.



Autor del dibujo: José Martín Valencia

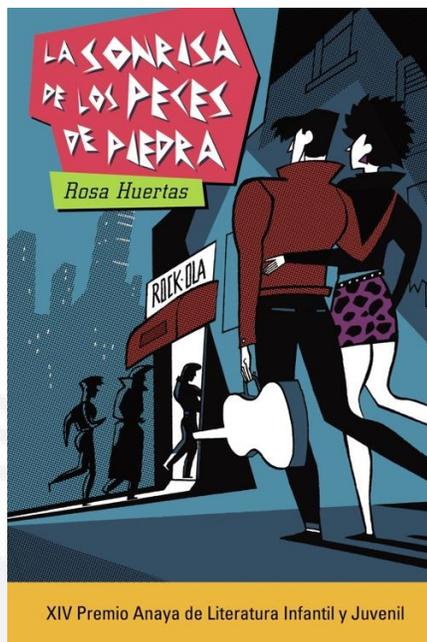


Imagen tomada de la página  
<https://www.anayainfantilyjuvenil.com/libro/premio-anaya-juvenil/la-sonrisa-de-los-peces-de-piedra-9788469833360/>

# ARTE Y PEDIATRÍA

## EDVARD MUNCH: ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ANGUSTIA CONVERTIDAS EN ARTE

Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo<sup>1</sup>, Dr. Arturo Vargas Origel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatra Hospital General León, Capítulo León,  
Presidente del Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato

<sup>2</sup>Pediatra Neonatólogo Capítulo León  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):59-62*

### INTRODUCCION

El recorrido por la obra de Edvard Munch nos lleva a visualizar momentos dolorosos que todo ser humano vive cuando se enfrenta a la enfermedad y la muerte.

Nacido en Løten, Noruega el 12 de diciembre de 1863. Su padre fue médico militar que dedicó su vida al cuidado de los pobres en grupos caritativos de la iglesia luterana de Oslo (en esa época llamado Kristiania). Sus biógrafos señalan como momentos clave la muerte por tuberculosis de su madre cuando él tenía 5 años y también de su hermana más querida, Sophie, cuando él tenía 14 años y ella 15, situaciones que le provocaron una depresión profunda que se exacerbó años después cuando murieron su hermano, su padre y su amiga de la infancia que fue su amor de juventud. A su hermana menor se le diagnosticó esquizofrenia en la adolescencia. Además, vivió en carne propia la pandemia de la gripe española de principios del siglo XX (1,2,3,4).

Su formación profesional como pintor inició a los 17 años en Noruega y posteriormente en Francia. Aprendió el estilo naturalista con Christian Krogh pero no le satisfacía. En sus viajes por Italia, Alemania y Francia recibió la influencia de Toulouse-

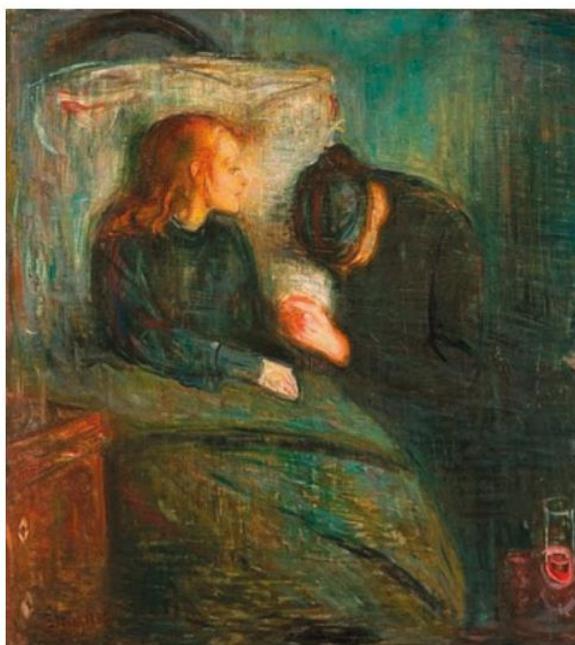
Lautrec, van Gogh y Gauguin quienes dejaron la alegría del impresionismo y estaban convirtiendo la angustia de la civilización moderna en los inicios del simbolismo y expresionismo. Munch se dio cuenta de que **debía pintar no lo que veía sino lo que sentía**. Con esta convicción es como creó entre 1885 y 1886 su obra maestra: “Niña enferma” a partir de trazos gruesos y colores contrastantes que no fue comprendida ni aceptada por sus contemporáneos. Fue hasta 1893 en una muestra en Berlín, Alemania cuando su estilo fue respetado y admirado. Sin embargo, su dolorosa historia de vida lo llevó a severos estados depresivos y adicción al alcohol por lo que en 1908 fue internado en un instituto psiquiátrico en Copenhague donde recibió tratamientos con descargas eléctricas durante varios meses. Se rehabilitó y regresó a la pintura creando los murales del aula magna de la Universidad de Oslo (1,2).

Reprodujo sus pinturas en xilografía y en litografía para guardar en su casa los originales. Fue así que murió rodeado por cientos de sus cuadros en su casa de Oslo a la edad de 81 años durante la invasión nazi en 1944 (1).

Much es mundialmente conocido por su obra “El grito” cuyos

bocetos iniciaron en 1891 y culminó con su versión más famosa en 1893, pero quienes amamos la pediatría nos sentimos más identificados con esta magistral y desgarradora obra de la “Niña enferma” es por eso que este artículo está dedicado al análisis de esta creación.

### “NIÑA ENFERMA”



Edvard Munch inició su carrera pictórica con influencia impresionista, pero la obra “La niña enferma” ya pertenece al movimiento expresionista y simbolista. Representa a Johanne Sophie (1862-1877) hermana del artista, en su lecho de muerte por tuberculosis, siendo cuidada por su tía Karen, ya que para entonces la madre de Edvard y de Sophie ya había muerto por la misma enfermedad (5). Se trata de una serie de seis pinturas y otros trabajos como litografías y aguafuertes realizados por Edvard Munch entre 1885 y 1926 con el

mismo tema en el que hace catarsis por la muerte de su querida hermana (6).

Ver este cuadro nos transporta a un escenario en el que no hay esperanza. Se observa a la cuidadora como una madre con un dolor inmenso; no vemos su cara, pero la imaginamos con facciones que reflejan un largo tiempo de dolor por la enfermedad de la niña, de quien sí podemos ver su rostro que muestra tranquilidad en espera de que llegue el final de sus días. En la escena está presente una botella que podemos interpretar como un medicamento que dejó el médico que hizo esfuerzos infructuosos por lograr la salud de la enferma.

Los biógrafos de Munch sugieren que el dolor que transmite esta obra refleja también el sentimiento de culpa del autor ya que él también enfermó de tuberculosis, pero sobrevivió (1,5).

Esta obra fue presentada por primera vez en 1886 en la Exposición de Otoño de Kristiania pero recibió pésimas críticas por la técnica utilizada; los expertos dijeron que la pintura parecía rasguños sobre el lienzo; ellos no supieron identificar que esos trazos toscos e incompletos eran resultado de las manos temblorosas por la intensa emoción del artista (1).

Los médicos expertos en tuberculosis que han analizado esta obra como una expresión de belleza, horror y dolor, hacen énfasis en la posición en la que se encuentra la adolescente: sentada con la cabeza apoyada en una gran almohada lo que sugiere disnea severa. Fascies caquética, cabello rojizo escaso y la ausencia de su ceja derecha, cuyo nombre técnico es madarosis, signo

dermatológico de diversas enfermedades, entre ellas la tuberculosis (6,7).

Varios autores también han señalado el acompañamiento que representa esta obra en la que la enferma tiene a una enfermera o una cuidadora al lado tomando firmemente su mano a pesar de que ya no existen esperanzas. Este tema fue motivo de referencia de esta pintura en varios artículos médicos durante la pandemia de COVID-19 en la que el acompañamiento se hizo a través del personal de salud y los familiares tenían que esperar lejos sin poder tocar o abrazar a sus seres queridos, sin poder despedirse de ellos (3,5,6).

Se ha dicho que la obra de Edvard Much es *una ventana en una mente* y ha sido motivo de múltiples psicoanálisis. El óleo sobre lienzo de 119.5 x 118.5 cm se puede observar en el Museo Nacional de Oslo, Noruega (8).



Mirar las versiones de esta obra nos inunda la mente de recuerdos, vivencias y aprendizajes y a la vez debe impulsarnos a sanar duelos personales y profesionales para seguir adelante en el amplio y fascinante mundo de la atención pediátrica.

Termino con la descripción que hace el propio Munch de su obra: ***“Mi arte debe verse en el contexto del pesado cargamento de mi herencia... Mi arte es una auto-confesión... La enfermedad me siguió a través de toda mi niñez y juventud... La tisis colocó su bandera roja sangre victoriosamente en el pañuelo blanco”*** (9).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Morillo Cadierno, R. M., González Moreno, M. J., & Capado Rodríguez, M. M. (2012). La familia, la enfermedad, el dolor y la muerte en la obra pictórica de Edvard Munch. *Cultura De Los Cuidados*, (25), 29–35. <https://doi.org/10.14198/cuid.2009.25.05>
2. (Potter P) Polyxeni Potter. About de Cover. *Emerging Infectious Diseases* 2003;9(3):407
3. Kelley JL. Edvard Munch, the Spanish Flu, and COVID-19. *Clio's Psyche* (28 (3): 354-358
4. Southgate MT. The Cover. *JAMA* 2005;294(14):1733
5. Zárata C. Comentario sobre la pintura de la portada. *Rev Psiq Clin* 2018;56(1-2):71-72

6. Corona-Rodarte E, Terán-De-La-Sancha K. La niña enferma. *Med Int Méx* 2021;37(2):258-260
7. Saldarriaga-Cantillo A. Tuberculosis: expresión de belleza, horror y dolor. *Colomb Med* (2009) 1009;40(1):134-7
8. Azeem H. The art of Edvard Much: a window onto a mind. *BJPsych Advances* 2015; 21:51-53  
doi:101192/apt.bp.114.012963
9. Chorba T, Jereb J. Keeping it in the family: the childhood burden of tuberculosis. (*Emerg Infect Dis*), 2017;23(3):561-562



# NOTICIAS

## II REUNIÓN TRIMESTRAL DEL COLEGIO DE PEDIATRAS DEL ESTADO DE GUANAJUATO SEDE CAPÍTULO MOROLEÓN-URIANGATO

Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatra Hospital General León, Capítulo León  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):64-67*

El viernes 9 de junio de 2023 se efectuó la II Reunión Trimestral del Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato, en esta ocasión el capítulo anfitrión fue Moroleón-Uriangato, presidido por el Dr. Miguel Ángel López Pantoja y la colaboración de todos los colegiados, muy en especial la Dra. María Auxilio Torres Silva, Vicepresidente de nuestro colegio estatal.

La sede fue el teatro Ignacio López Tarso en las instalaciones de la Casa de la Cultura de Moroleón, Gto.





Como marco académico a esta reunión se realizó el XX Curso de Puericultura impartido por los Drs. Román González Rubio, Vicepresidente de la Confederación Nacional de Pediatría de México y el Dr. Manuel Alberto Valencia Castellanos.



Los temas abordados fueron:

- Puericultura prenatal.
- Función fundamental del pediatra en la sala de partos.
- Puericultura neonatal en el cunero para el niño sano.
- El alta hospitalaria del recién nacido sano.

- Mitos y realidades de la lactancia materna.
- Mesa rinda sobre vacunas, nutrición y educación en la que participaron los ponentes del curso y los Drs. José Luis Calderón Rodríguez y Luis Enrique Durán Juárez.



Como parte de la inauguración se hizo un homenaje a distancia al Dr. José Arredondo García como pilar de la puericultura en Guanajuato.



Posterior al evento académico los integrantes del Capítulo Moroleón-Uriangato fueron los anfitriones de la reunión de trabajo en modalidad híbrida para abordar importantes temas de salud pediátrica en nuestro estado.



La reunión fue una oportunidad de convivencia fraterna entre los pediatras colegiados del estado con la excelente organización de capítulo Moroleón-Uriangato.





## XLVIII CURSO DE ACTUALIZACION EN PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL LEÓN “DR. FERNANDO RAMÍREZ SALGADO” “CIENCIA, HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA MEDICINA”

Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatra Hospital General León, Capítulo León  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):68-70*

El jueves 6 de julio de 2023 se efectuó la 48 edición del Curso de Actualización en Pediatría del Hospital General León “Dr. Fernando Ramírez Salgado” que en esta ocasión tuvo el título “Ciencia, historia y filosofía de la medicina”.



Las conferencias impartidas fueron:

- Paradigmas en el diagnóstico clínico, Dr. Gustavo Rodríguez de la Rosa, Presidente del Colegio de Historia y Filosofía de la Medicina de Guanajuato.



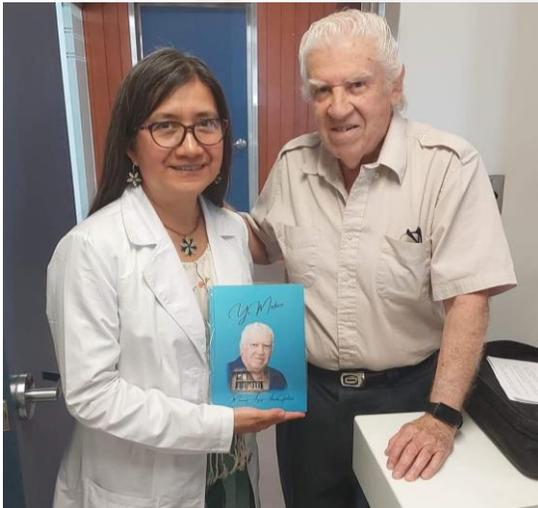
- Conferencia “Del Hospital al Barrio” y presentación del libro “León escrito con luz” por el Arq. Rodolfo Herrera Pérez, Director del Archivo Histórico de la Ciudad de León, Gto.



- Humanismo y pediatría, Dr. Arturo Vargas Origel, miembro de la Academia Mexicana de Pediatría.



- Presentación del libro “Yo médico” por el Dr. Manuel Ángel Aranda Portal.

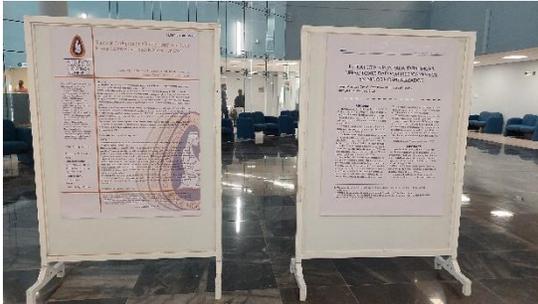
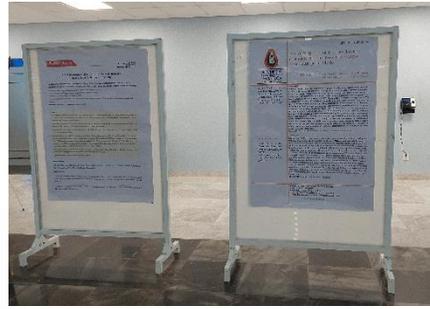


También participó el Dr. Gabriel Cortés Gallo quien colaboró con el Dr. Fernando Ramírez Salgado en la organización de este curso en sus primeras ediciones.

En la ceremonia de inauguración estuvo presente la Mtra. Lichita Franco Dávalos de Ramírez Salgado y su hijo para hablar en nombre del Dr. Fernando Ramírez Salgado quien fue el fundador de este curso y que desde la edición 30 lleva su nombre.



Durante el evento se presentaron en modalidad de cartel los artículos científicos publicados por residentes y pediatras adscritos al servicio de pediatría del Hospital General León durante 2022-2023.



Los asistentes al curso fueron pediatras, enfermería, médicos residentes, internos de pregrado y estudiantes de ciencias de la salud.



## TALLER PRECONGRESO: “LECTO-ESCRITURA PARA SER MEJORES PEDIATRAS”

Dr. Miguel Ángel Hernández Solorio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatra UMAE 48 IMSS León, Presidente de Capítulo León  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):71-72*

El jueves 6 de julio de 2023 por la tarde se llevó a cabo en las instalaciones de Poliforum León el taller precongreso “Lecto-escritura para ser mejores pediatras” coordinado por la Mtra. Mónica Ortiz Sampablo y el Dr. Carlos Pacheco Skidmore, el cual superó con creces las expectativas con la participación de 87 asistentes.



Entre los asistentes se encontraban médicos, residentes, enfermeras, nutriólogos, maestros, psicólogos entre otros profesionistas amantes de la lectura y la escritura que deseaban mejorar o desarrollar la capacidad de escribir.

La dinámica se llevó a cabo a través de una introducción sobre el “instrumentario” que constaba de animar un objeto que utilizamos los pediatras comúnmente en la consulta, y a partir de ello construir una pequeña historia el cual fue dirigido por la Mtra. Moni.



Los asistentes fueron escribiendo de acuerdo con su imaginación extraordinarios relatos, los cuales fueron compartidos por grupos y posteriormente se realizó una plenaria en la cual se compartieron algunos de los escritos realizados por los asistentes, cada una de ellas maravillosa que relataba las fantásticas historias del abatelenguas, bascula, estadímetro, otoscopio, estetoscopio entre otras; con las cuales nos hacían emitir risas, ternura e incluso algunas lágrimas.

También se compartieron historias, experiencias y aprendizaje de cada uno de los asistentes, experiencias con libros leídos y recomendaciones sobre lectura. Las 4 horas programadas del taller no fueron suficientes para desarrollar la

capacidad de escritura de los asistentes que tenían el deseo de llevar a cabo más ejercicios.



Casi para concluir el taller, el Dr. Carlos Pacheco nos compartió una perspectiva de la estrategia nacional de Doctor Lector de la CONAPEME, el trabajo que se ha ido realizando, los frutos obtenidos con la publicación de 5 libros y las recomendaciones de los libros que todo pediatra debe leer.

Se obsequiaron varios libros a los asistentes que participaron compartiendo sus relatos y se hizo una invitación a continuar participando de los talleres de Doctor Lector y las reuniones de los Martes a las 21:00 hrs via Zoom de Charlas CONAPEME a la luz de la luna.

Un taller muy fructífero y que marcó a cada uno de los participantes, y dejando la semilla en cada uno de ellos para continuar escribiendo hermosos relatos que nos ayudan a ser mejores cada día y dejar un pequeño tesoro para futuras generaciones.



## XII CONGRESO DE PEDIATRÍA DEL ESTADO DE GUANAJUATO CXLIII REUNIÓN CUATRIMESTRAL DE LA FEDERACIÓN DE PEDIATRÍA DEL CENTRO-OCCIDENTE DE MÉXICO “LECTURA Y SALUD INFANTIL”

Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatra Hospital General León, Capítulo León  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2023;1(3):73-82*

Los días 6, 7 y 8 de julio de 2023 nuestro estado se engalanó con la realización del XII Congreso de Pediatría del Estado de Guanajuato y la CXLIII Reunión Cuatrimestral de la Federación de Pediatría del Centro-Occidente de México (FEPECOME) en las instalaciones de Poliforum León.



Hubo un taller pre-congreso titulado “Lecto-escritura para ser mejores pediatras”.



En la ceremonia inaugural tuvimos el honor de contar con la presencia de la Dra. Ana Beatriz Rosas Sumano, Presidente de la Confederación Nacional de Pediatría de México (CONAPEME), quien encabezó el presidium en el que participaron: Dr. Héctor Villanueva Clift, vicepresidente de la Academia Mexicana de Pediatría, Dr. Salvador Jáuregui Pulido, Secretario del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, Dr. Miguel Ángel Santos Díaz, Presidente de la FEPECOME, Dr. José Luis Rodríguez Calderón, Secretario Vitalicio de FEPECOME, Dr. Juan José de Jesús Bustamante Noriega, Director General de Salud Municipal León, Dr. Moisés Andrade Quezada, Director de Servicios de Salud de Guanajuato, Lic. Liliana Pérez Estrada, Coordinadora de Fomento al Libro y la Lectura del Instituto Estatal de la Cultura de Guanajuato, Psicoanalista Verónica Elizabeth Muñoz Lozano, integrante del Consejo Coordinador de Colegios de Profesionistas, Dr. Miguel Ángel Hernández Solorio, Presidente del Capítulo León, Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo, presidente del Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato.



En el evento contamos también con la presencia de los presidentes de los colegios estatales de la región de FEPECOME así, expresidentes del colegio estatal y de FEPECOME, así como representantes de las universidades formadoras de médicos y pediatras en el estado de Guanajuato.

El toque cultural de la inauguración estuvo a cargo de la Orquesta infantil y juvenil de Villas de San Juan, del Centro de Investigación y Promoción Educativa y Cultural (CIPEC), dirigida por la maestra Ana María González Mezquía, quienes impresionaron a toda la audiencia con su magistral interpretación de

canciones típicas del estado de Guanajuato como “Muñequita linda” de María Greever y canciones infantiles entre las que destacó “El ratón vaquero” de Francisco Gabilondo Soler “Cri-Cri”.



La conferencia magistral inaugural fue presentada en formato virtual por el Dr. Carlos Gilberto Alonso Rivera, Presidente de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) con el tema “Habilidad lectora como indicador de neurodesarrollo”.



Contamos con un panel en el que se presentaron las actividades de promoción de lectura a nivel nacional a través de la Academia Mexicana de Pediatría representada por el Dr. Héctor Villanueva Clift y el Programa Dr. Lector de la CONAPEME que fue presentado por la Dra. Ana Beatriz Rosas Sumano, Presidente de CONAPEME, la Mtra. Mónica Ortiz Sampablo, el Dr. Carlos Pacheco Skidmore y el Dr. Salvador Jáuregui Pulido, coordinadores del programa a nivel nacional.



Además, nuestro colegio recibió una dotación de libros de parte de CONAPEME para dar inicio a la creación de bibliotecas itinerantes.



La Academia Mexicana de Pediatría estuvo representada por su Vicepresidente, el Dr. Hector Villanueva Clift, en representación de la Presidente Dra. Alicia Elizabeth Robledo Galván. El dr. Villanueva presentó su experiencia en la promoción de lectura en la población pediátrica de Chihuahua como parte de la atención a las víctimas de maltrato infantil.



En el programa académico hubo participación de todos los colegios estatales que conforma la FEPECOME:

- Aguascalientes estuvo representado por el dr. Carlos Raúl Carmona Vázquez quien presentó en línea el tema “Uso de pantalla y capacidad de comprensión lectora”.



Televisión

Promedio de niños que ven TV menores de 3 años: 2.2 horas.<sup>1</sup>  
 Promedio de niños entre 3 a 5 años ven TV 3.3 horas.<sup>1</sup>  
 0 – 8 años: Promedio pasan 45 min/ día en su propia TV.<sup>1</sup>  
 • 25% tienen TV en su recámara.  
**¿Por qué tanta la TV se ha usado como “niñera”?**  
 8 – 12 años:  
 • más de 6 horas por día frente a una pantalla.<sup>1</sup>  
 • 11% usan 8hrs por día.<sup>1</sup>

el aprendizaje escolar” con el Dr. Rafael Nieto García con la coordinación del Dr. Ignacio Ruiz González, Presidente del Colegio de Pediatras de Jalisco.



- Michoacán estuvo representado por el Dr. Esteban López Gaitán quien nos habló sobre “Lecto-escritura en pacientes con cáncer” con la coordinación del Dr. Alejandro Mares Muñoz, Presidente del Colegio de Pediatras de Michoacán.



- Colima tuvo a su cargo el tema “Hábitos de lectura y salud mental” que fue presentado por la Dra. Sarita Salgado Torres con la coordinación de la Dra. Dulce Belén Cabrera Sandoval, presidente del colegio de pediatras de Colima.



- Nayarit abordó el tema de “Creación de salas de lectura en el consultorio pediátrico” presentado por la Dra. María Berenice Mercado Villegas, ex presidente de FEPECOME con la coordinación del Dr. Jesús Alejandro Romero Rodríguez, Presidente del Colegio de Pediatras de Nayarit.



Vicepresidente del Colegio de Pediatras de Zacatecas.



- San Luis Potosí estuvo representado por el Dr. Mauricio Pierdant Pérez, miembro de la Academia Mexicana de Pediatría quien presentó los libros “Malformaciones cardiacas – un enfoque práctico” y “Cómo leer un artículo de investigación en ciencias de la salud” con la coordinación del Dr. Ricardo Villarreal Villalpando, presidente del colegio de pediatras de San Luis Potosí.

El programa académico contó con un bloque de la Academia Mexicana de Pediatría en el que participó en forma remota el Dr. Rodrigo Vázquez Frías con el tema “Actualidades en nutrición infantil” y el Dr. Giordano Pérez Gaxiola en forma presencial con el tema “Alfabetización en salud y algunas historias de terror”.



Hubo trabajos libres sobre el tema de lectura y salud infantil que se expusieron en la modalidad de cartel.

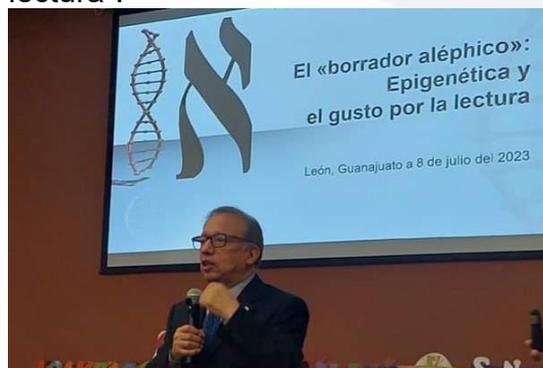
- Zacatecas participó con el tema “Beneficios de la lectura y escritura en niños y niñas con asma” presentado por la Mtra. Guadalupe Selene Salas Sánchez con la coordinación de la Dra. Elvia Esmeralda González,





El evento académico fue el marco para la realización de la reunión de trabajo de FEPECOME en la que se abordaron importantes temas para el beneficio de la niñez de la región centro-occidente de México.

La conferencia magistral del segundo día de actividades estuvo a cargo del Dr. Miguel Ángel Santos Díaz, Presidente de FEPECOME quien presentó el tema “El borrador alephico: epigenética y el gusto por la lectura”.



El cierre de las conferencias estuvo a cargo del Dr. Francisco Ortega González con la presentación de su libro “Narraciones”.



El colegio de pediatras de Guanajuato en su calidad de anfitrión del evento dio cierre al congreso con la presentación de la obra de teatro “Anillos mágicos” escrita y dirigida por la Dra. Lidia Negrete Esqueda y con la actuación de los Drs. Alma Patricia González, Catalina Peralta Cortázar, Agustín Urzúa, Gerardo Rojas Artiaga,

Laura Paloma Méndez Silva, Miguel Ángel Hernández Solorio, María Auxilio Torres Silva y Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo. El tema de esta obra fue la importancia de la lectura para beneficio de la niñez y la sociedad.



Como parte de las actividades del congreso hubo una cena de profesores e invitados especiales en la que los presidentes de cada uno de los capítulos del estado de Guanajuato habló de las características culturales de su región.



La cena estuvo amenizada por el cantante Ricardo Sánchez y hubo oportunidad de escuchar las dotes artísticas de varios pediatras.





Las nuevas generaciones también estuvieron presentes en el congreso con el grupo de residentes que prepararon marcos alusivos a cada uno de los estados y municipios participantes en el congreso.





Culminamos el evento y cumplimos el objetivo del mejoramiento continuo y la vinculación entre profesionales de la pediatría de la región.



# PRÓXIMOS EVENTOS

## CALENDARIO DE REUNIONES TRIMESTRALES DE LOS CAPÍTULO DEL COLEGIO DE PEDIATRAS DEL ESTADO DE GUANAJUATO

Los 8 capítulos que conforman el Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato realizarán simposios trimestrales sobre los temas prioritarios con el siguiente calendario:

- 10 de marzo de 2023 – Cáncer infantil – Capítulo León (ya realizada)
- 9 de junio de 2023 – Puericultura y enfermedades no transmisibles – Moroleón-Uriangato (ya realizada)
- 2 de septiembre de 2023 – Lactancia – Capítulo Salamanca
- 25 de noviembre de 2023 – Prevención de accidentes – Capítulo San Miguel de Allende
- Marzo de 2024 – Salud mental – Capítulo Acámbaro
- Junio de 2024 – Salud perinatal – Capítulo Celaya
- Septiembre de 2024 – Uso racional de antimicrobianos – Capítulo Guanajuato
- Diciembre de 2024 – Vacunas – Capítulo Irapuato



Simposio:  
Lactancia materna:  
de lo psicológico a  
lo práctico

### III. Reunión Trimestral

Colegio de Pediatras del Estado de  
Guanajuato, Capítulo Salamanca

Fecha:

02 de Septiembre 2023

Duración:

08:30 a 14:00 horas

Lugar:

Javier de Burgos #412, Bugambillas, Salamanca, Gto

Costo:

Médicos: \$500.00

Enfermeras: \$300.00



**PROGRAMA:**

08:00- 08:30 Registro

8:30-09:30 Brotes y Huelgas de la lactancia. Dra. Laura Elena Alonso Eguía Liz.

09:30-10:00 Como hacer tu banco de leche en casa. Lic. en Nutrición Irene Magali Padilla Camacho.

10:00-10:30 Panorama actual de la lactancia materna en Guanajuato. Lic. en Nutrición Alfredo Granados Torres

10:30-10:40 Preguntas y comentarios

10:40-11:00 Receso

11:00 -11:30 Inauguración

11:30-13:00 Aspectos emocionales de la lactancia materna y técnicas de lactancia. Dra. Ibeth Vianey Rivero Fragoso

13:00- 13:40 Depresión postparto. Mtra. María del Carmen Auxilio Ambríz Bernal

MODALIDAD  
PRESENCIAL  
VALOR CURRICULAR

 INSCRIPCIÓN

COSTO:  
PEDIATRAS NO COLEGIADOS \$500.  
ENFERMERAS \$300  
ESTUDIANTES/RESIDENTES \$200

  
4646451808  
5545882141

  
Calle Javier Burgos  
#412, Colonia  
Bugambilias,  
Salamanca, Guanajuato.



**SIMPOSIO DE  
LACTANCIA MATERNA:  
DE LO PSICOLÓGICO A  
LO PRÁCTICO**

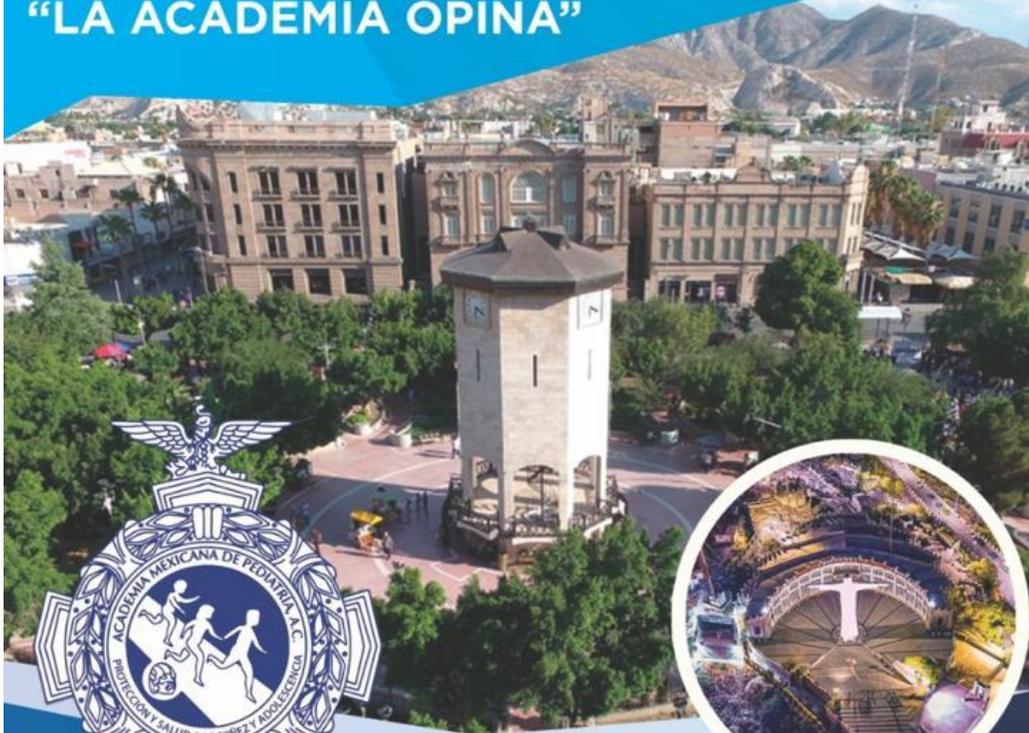
**III REUNIÓN  
TRIMESTRAL**

02 DE SEPTIEMBRE 2023  
08:00 - 14:00 HORAS



Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato, Capítulo Salamanca

## XXXV REUNIÓN ANUAL “LA ACADEMIA OPINA”



## CONGRESO CONMEMORATIVO DEL 72º ANIVERSARIO DE LA ACADEMIA MEXICANA DE PEDIATRÍA

**27 AL 30 SEPTIEMBRE 2023**

**TORREÓN MARRIOTT HOTEL  
TORREÓN, COAHUILA**

[www.academiamexicanadepediatria.org](http://www.academiamexicanadepediatria.org)



# XII CONGRESO ESTATAL DE PEDIATRÍA DE JALISCO

Dr. Eusebio Ángulo Castellanos

## CXLIV REUNIÓN CUATRIMESTRAL FEPECOME

Dr. Jorge Adrián Chuck Sepúlveda

**9 al 11 de noviembre 2023**  
Guadalajara, Jal., México  
Hotel Barceló Guadalajara

**PODRÁS ESCUCHAR TEMAS DE ACTUALIDAD Y DE INTERÉS  
PARA LA ATENCIÓN DE NUESTROS NIÑOS, COMO:**

**El chupón un villano o un valioso aliado.**

**Abordaje niños con sospecha de trastornos  
Endocrinológicos.**

**Fiebre y dolor en urgencias pediatría.**

**Una opción para la dermatitis atópica.**

**Actualidades en el manejo de la vía aérea en recién nacido.**

### **COSTOS DE INSCRIPCIÓN**

Hasta 30 Septiembre  
Colegiados al corriente y Becarios 1,000.00  
Colegiados no al corriente 2,000.00

Después del 01 de Octubre  
Colegiados al corriente y Becarios 1,500.00  
No colegiados al corriente 3,000.00

**No pierdas la oportunidad de tener tú lugar  
e insíbete y aprovecha los descuentos**



**XXV Congreso Estatal de Pediatría**

**DRa. Lucila Martínez Medina**  
AGUASCALIENTES

"protejamos el futuro de nuestras infancias y adolescencias."

• Talleres • Simposium • Conferencias • Talleres • Simposium • Conferencias •

**Hotel Sede: Alameda Grand**





**Noviembre 2023**  
16 de Nov · Talleres Precongreso  
17 y 18 de Nov · Congreso

**Informes e inscripciones:**  
Dr. Victor Monroy Colin  
449 510 9730  
Dra. Ma. Guillermina Quintero Maldonado  
449 101 5707  
colegiodepediatras.ags@gmail.com

**Inscríbete Aquí**



**\*Costos:**  
Pediatras Colegiados \$ 1,500  
No colegiados \$ 1,800  
Medicos Generales \$ 1,200  
Enfermeras \$ 800  
Estudiantes \$ 500  
\*Incremento 20% el día del evento

**Depósito Bancario:**  
Banco: Santander  
CLABE: 0140 1065 5065 11 0447



Antiflu-Des\* GOTINAL MAR ZyXem AytugreNS PilephiD Benel-G Bene dual Bene Quer. MEDSEVERIN Troferit Flow ZYMIR-AB Gabirol\* Koptin

**ANMU  
PIN**  
CONGRESO INTERNACIONAL  
DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

**PUEBLA**  
Centro Expositor

**15 al 18**  
**Noviembre**  
**2023**

ASOCIACIÓN NACIONAL MEXICANA  
DESDE 1991  
**ANMUEP**  
DE URGENCIAS EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS A.C.

**27°**  
**CONGRESO  
NACIONAL  
URGENCIAS  
PEDIÁTRICAS**  
avales oficiales

Escanea el Código Qr  
con tu móvil

**¡Adquiere  
tu entrada!**

[www.anmupin.com.mx](http://www.anmupin.com.mx)



El contenido de este boletín puede ser reproducido por medios físicos o electrónicos siempre y cuando se haga referencia de que fue obtenido del Boletín Científico y Cultural del Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato