

SALUD & BIENESTAR



Secretaría
de Salud

Gaceta No. 8

Oct. 2022

P U E B L A

Lactancia Materna, fundamental para el desarrollo de la niñez



CONTÁCTANOS
PARA EL LACTARIO MÓVIL

 2227 10 68 91

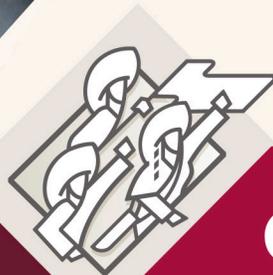
**Día Mundial
de la Seguridad
del Paciente**

**Día Nacional
de la Prevención
del Embarazo No
Planificado en
Adolescentes**



**Alimentación
en temporada
invernal**

**Glomus Carotídeo
Shamblin III en
paciente pediátrico**



Hacer historia. Hacer futuro.

**Gobierno
de Puebla**

SALUD & BIENESTAR

P U E B L A



¡Escanea el código QR!

y descarga el formato digital de la gaceta.



Consulta nuestros ejemplares en línea:
<https://ss.puebla.gob.mx/servicios-link/gaceta-informativa/item/2394-salud-bienestar-puebla-gaceta>



Portada Gaceta Informativa
"Salud & Bienestar Puebla" Vol. 8

Editor en jefe

M.A.S.S. e Investigador en Ciencias Médicas
Sagrario Villamil Delgado

Editor principal

Lic. Omar Varona Alegría

Área de Comunicación Social e Imagen Institucional

Lic. Irene Irma Díaz Sánchez

Diseño

Mtro. Miguel Mejía Juárez
Lic. Mario Hernández Martínez
Lic. Omar Iván Díaz Luna

Fotografía

Lic. José Eduardo Galiote Mendoza

Domicilio de la Publicación: Calle 15 Sur 302, Col. Centro, 72000
Puebla, Pue.

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Prohibida la reproducción parcial o total sin el permiso expreso de los editores. Los artículos firmados son responsabilidad absoluta de los autores y no reflejan la posición de los editores.

Índice

Pág.

➤ <i>Día Mundial de la Seguridad del Paciente</i>	04
➤ <i>Día Nacional de la Prevención del Embarazo No Planificado en Adolescentes</i>	06
➤ <i>Lactancia Materna, el mejor amigo de la niñez</i>	08
➤ <i>Una perspectiva del envejecimiento de la población en zonas rurales</i>	11
➤ <i>Alimentación en temporada invernal</i>	14
➤ <i>Glomus Carotídeo Shamblin III en paciente pediátrico: Presentación de caso clínico</i>	16
➤ <i>Los trastornos de la COVID-19 en la Educación Médica</i>	23
➤ <i>De la importancia del "ser humano" a lo importante que es "Ser ... Humano"</i>	27

Día Mundial de la Seguridad del Paciente

Autor: Ing. Miguel Ángel Cuevas Cruz
Jefe de Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional de los Servicios de Salud del Estado de Puebla

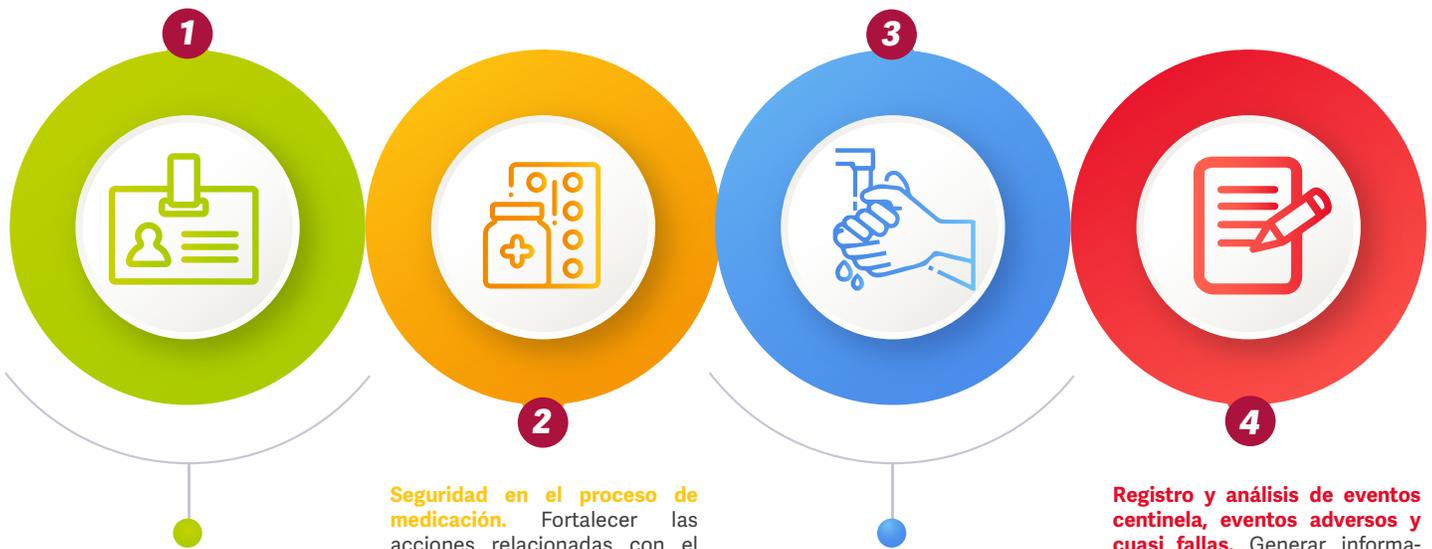
La seguridad del paciente, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria y que no se vincula con la necesidad por la cual el paciente acude al Sistema de Salud.

Además es un objetivo de las ciencias de la salud que enfatiza el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios.

El Día Mundial de la Seguridad del Paciente (17 de septiembre) se estableció en 2019 con el objetivo de dar a conocer las cuestiones conexas en todo el mundo, fomentar la colaboración de la población en la seguridad de la atención de salud y promover las acciones mundiales para mejorar la seguridad de los pacientes y reducir los daños que puedan afectarles.

Para promover la solidaridad mundial, la OMS también ha promovido la creación de redes y las iniciativas de colaboración, como la Red Mundial de Seguridad del

Las ocho acciones y sus objetivos generales son:



Identificación del paciente.

Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los establecimientos del Sector Salud, utilizando al menos dos datos que permitan prevenir errores que involucren al paciente equivocado.

Seguridad en el proceso de medicación.

Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes.

Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

Coadyuvar a reducir las IAAS, a través de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.

Generar información sobre cuasi fallas, eventos adversos y centinelas, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia.

Paciente y la colaboración mundial sobre Seguridad del Paciente, reconociendo la importancia de la participación activa de los pacientes en la gobernanza, las políticas, la mejora del sistema de salud y su propia atención, también estableció el Programa Pacientes en Defensa de su Seguridad para fomentar la participación de los pacientes y sus familias.

En México, se estima que 8% de los pacientes hospitalizados sufre algún tipo de daño y 2% muere, siendo la población más afectada la que se encuentra económicamente activa, situación que pone de manifiesto el hueco económico y las repercusiones sociales que tiene. La ventana de oportunidad se encuentra en el 62% de los eventos adversos que son prevenibles, y es en donde se debe incidir para brindar una atención médica más segura.

Para atender este problema, se han impulsado diversas acciones a nivel internacional, no obstante, no se ha logrado avanzar lo suficiente, desde el año 2000 la Secretaría de Salud ha trabajado para atender este problema; sin embargo, un aspecto que aún no se ha desarrollado de forma suficiente, es el regulatorio y para ello, se iniciaron mesas de discusión entre las áreas técnicas del Consejo de Salubridad General y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, para identificar los aspectos cardinales que deban seguir los establecimientos de atención médica, mismos que permitan

abatir la presentación de eventos adversos; es así cómo se originan las ocho acciones esenciales, mismas que están conformadas por las seis metas internacionales que se complementan con dos acciones más: el reporte de eventos adversos y la cultura de seguridad del paciente.

En los Servicios de Salud del Estado de Puebla, los mayores esfuerzos en materia de Seguridad del Paciente que se han realizado son la capacitación y sensibilización del personal en las unidades hospitalarias. Por otro lado, las supervisiones con enfoque de acreditación, han sido un medio que permite evaluar el cumplimiento de las acciones esenciales.

Los establecimientos de atención médica de los Servicios de Salud del Estado de Puebla participaron en la Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente en el periodo comprendido del 17 al 31 de octubre del 2021. Los resultados vertidos en esta encuesta nos orientan en las áreas de oportunidad para realizar el Plan de Mejora de la Cultura de Seguridad del Paciente, donde se plasman las estrategias de mejora con metas e indicadores que midan el impacto de las mismas.

La importancia de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, radica en asegurar la calidad de la atención de los servicios de salud, sin generar daño al paciente durante el proceso asistencial, estableciendo barreras de seguridad en el cuidado del paciente.



Fuentes e información relacionada: Diario Oficial de la Federación (DOF). ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

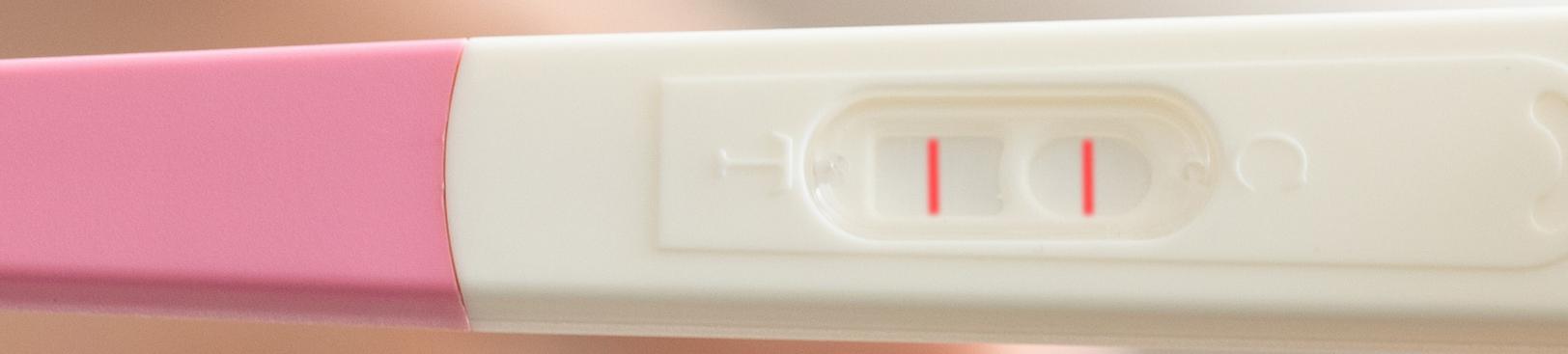
Día Nacional de la Prevención del Embarazo No Planificado en Adolescentes

Autor: Psic. Ezra Santaella Espinosa
Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes del Departamento de Salud Reproductiva de los Servicios de Salud del Estado de Puebla

Historia

El 26 de septiembre de 2003 en Uruguay se instauró el Día de la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes (DPEA) y en 2007 se impulsó la iniciativa a nivel global con la celebración del World Contraception Day. En nuestro país y por iniciativa de la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en el año 2006 fue conmemorado por primera vez el 26 de septiembre como Día Nacional de la Prevención del Embarazo en Adolescentes (DNPEA). Sin embargo, fue hasta diciembre de 2011 cuando el H. Congreso de la Unión emitió la iniciativa para declarar esta fecha como el "Día Nacional de la Prevención del Embarazo No Planificado en Adolescentes", la cual fue aprobada en el seno del Congreso

el 10 de agosto de 2011 dando el sustento para la conmemoración oficial cada año. El embarazo adolescente es un fenómeno multifactorial, siendo precisamente esta etapa donde se espera poder retrasar la maternidad y evitar-eliminar prácticas como las uniones tempranas o matrimonios forzados, que muchas veces las acompañan para evitar estos altos índices de muerte materna-infantil asociada; así como las complicaciones clínicas y sanitarias; y especialmente la vulneración implícita a sus derechos. Un embarazo durante la adolescencia impacta las áreas de salud, educación y en general en el plan de vida de las personas de esta edad, por ello es importante conceptualizarlo como un asunto de salud pública, pero también como un tema de derechos humanos que involucra a todos los sectores y toda la población.



“

Se han tomado a lo largo del año acciones de capacitación a adolescentes y personal para la salud en torno a la importancia del embarazo en adolescentes, sus consecuencias y medidas preventivas.

”

Consecuencias de un embarazo adolescente

Bajo este escenario y con el propósito de que las y los adolescentes conozcan las consecuencias de un embarazo no planeado, bajo el respeto pleno en sus derechos sexuales y reproductivos, regresen a los Servicios Amigables y las Unidades de Salud después del confinamiento por la pandemia de Covid-19, el CNEGSR en coordinación con los Servicios Estatales de Salud conmemoran cada año el “Día Nacional de la Prevención del Embarazo en Adolescentes”

Las complicaciones del embarazo son la principal causa de muerte de las mujeres entre los 15 y 19 años. Las niñas y adolescentes menores de 15 años tienen mayores probabilidades de manifestar padecimientos durante el embarazo, tales como la eclampsia, anemia, hemorragias, infecciones sistémicas y endometriosis puerperal, en comparación con las embarazadas mayores de 15 años.



Consecuencias en la madre adolescente

- Enfermedades agudas o crónicas.
- Embarazo de alto riesgo.
- Riesgo de irrupción del embarazo en condiciones inapropiadas.



Consecuencias en el bebé de una madre adolescente

- Hija(o) prematura(o).
- Retraso en el desarrollo.
- Malformaciones congénitas.



Salud Emocional

- Síndrome del fracaso de la madre.
- Alteraciones en la autoestima y auto-concepto.
- Desesperanza aprendida.
- Rechazo hacia el producto.
- Matrimonios forzados.
- Reincidencia de embarazos.
- Ideación e intento de suicidio.
- Irresponsabilidad en el ejercicio del rol materno.





Lactancia materna

**Autor: Dr. Ángel Arturo Rivera Ibarra, Pediatra Neonatólogo
Hospital General de Atlixco "Gonzalo Río Arronte"
de los Servicios de Salud del Estado de Puebla**

Desde el inicio de los tiempos, la lactancia materna ha sido fundamental en el desarrollo y supervivencia de todos los seres vivos. Es un pilar fundamental que brinda al recién nacido las herramientas nutricionales y de defensa contra agentes infecciosos necesarios para lograr adultos sanos. Desde la década de los 50's con el surgimiento de sucedáneos y fórmulas lácteas en polvo y líquidas de uso comercial, las cuales fueron creadas con la intención de apoyar los casos de bebés de madres que no cubren completamente las necesidades del recién nacido por enfermedad o bien que empezaban a integrarse a las fuerzas laborales, haciendo que la lactancia materna tenga un rol secundario en la alimentación del recién nacido.

La promoción excesiva de las fórmulas lácteas y el fácil acceso a éstas, poco a poco empezaron a desplazar la lactancia materna por una supuesta "comodidad" en su uso y practicidad de preparación. Este hecho empezó a crear generaciones de adultos con un mayor índice de obesidad, enfermedades crónico-degenerativas: como diabetes e hipertensión. Situaciones antes no vistas y que se han convertido en un problema de salud pública desde hace varios años a la fecha, así como un aumento en el número de muertes de niños entre 1 a 5 años en países en vías de desarrollo por el mal uso de estos sustitutos.



Este fenómeno comenzó a ser investigado por diversas instituciones de salud internacionales reportando en la década de los 90's que en países de primer mundo la lactancia materna había sido superada por el uso de los sucedáneos en una proporción de 3 a 1, y que países en vías de desarrollo como México y Latinoamérica esta tendencia estaba en aumento. Ante la problemática en 1991 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) crearon la iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), con la finalidad de recuperar esta práctica sobre los sustitutos de baja calidad y dar a conocer los beneficios que tiene la leche humana; tales como la presencia de inmunoglobulinas maternas que ayudan a desarrollar y mejorar las defensas el recién nacido y los nutrientes necesarios para un adecuado desarrollo sin caer en la creencia de que el niño obeso es un "niño sano" idea errónea que fue introducida dentro de la promoción de sucedáneos.

A la fecha existe un código internacional de comercialización de sustitutos de la leche materna, el cual ha sido integrado a las leyes nacionales e internacionales en donde se establecen los lineamientos e indicaciones de su uso dentro de instituciones de salud pública y privada para limitar la promoción de estos productos.

En la iniciativa IHAN se norman las conductas a seguir para que el recién nacido y la madre tengan un apego temprano y se fomente una cultura que explica los beneficios de la lactancia materna, así como el trato digno de madre y bebé dentro de cualquier institución de salud. Todas estas estrategias convergen en la necesidad de revertir la tendencia mundial de malnutrición infantil y evitar el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas.

En México la IHAN ha sido adoptada y se le ha dado el valor de certificación al hospital que logre implementar la política en su personal y población blanco, por lo que desde principios del año 2000 se certifica y recertifica hospitales en todo el país.

El Hospital General de Atlixco (HGA) es una unidad médica certificada en la IHAN desde el año 2017 y está en proceso de recertificación en el año 2022, en donde los avances en esta materia son notables, ya que desde el año 2017 se creó un lactario enlazado con la Red Estatal de Lactarios de Puebla, donde la leche materna se almacena y se envía a pasteurizar al Hospital de la Mujer de Puebla para regresar lista para su uso en pacientes hospitalizados, o quienes requieran de este beneficio como bebés con hipoglucemia e hijos de



madres con enfermedades críticas que no pueden lactar, entre otros; todos estos bebés son alimentados con leche pasteurizada, disminuyendo el uso de sustitutos lácteos. Cabe resaltar que la producción y envío de leche a pasteurizar ha venido en aumento desde el año 2021 a la fecha, logrando que en abril de 2022, se envíen 18 litros de leche materna a pasteurizar, lo cual es una cifra récord en el país.

Los beneficios del uso de leche materna y pasteurizada en el HGA han sido notorios, un ejemplo fue en el año 2021 donde se logró la supervivencia de 3 recién nacidos de 25 semanas de gestación sin comorbilidades comunes como broncodisplasia o ceguera, logrando que de 89 hospitalizaciones en la Unidad de Cuidados Intensi-

vos Neonatales (UCIN) ocurrieran solo 6 defunciones, disminuyendo el índice de mortalidad anual a 6.7 % mucho menor que el nacional que oscila entre el 13 al 15 % en las UCIN, además se disminuyó también el promedio de días de estancia intrahospitalaria de 120 días de estancia en recién nacidos de 25 sobrevida en días de gestación (SDG) a 90-100 días de estancia; todo esto gracias a la implementación de alimentación con leche materna exclusiva de forma temprana y promoviendo el uso de leche pasteurizada sobre fórmulas lácteas. Este programa sigue en constante modificación y mejora, por lo que cada vez más personal participa activamente, siendo la mejor opción para los recién nacidos enfermos en la región.



Una perspectiva del envejecimiento de la población en zonas rurales

Autora: Dra. Silvia Beatriz Zacarías Reyes, Geriatra y Gerontólogo en el Centro de Salud de Acomotla de los Servicios de Salud del Estado de Puebla

De acuerdo a la actualización de censos poblacionales y organizaciones de salud, es claro que la población de adultos mayores en nuestro país se encuentra en aumento. Esta información es la visión que se ha obtenido a lo largo de un año en la consulta médica de primer nivel de atención, en adultos mayores que nacieron, y que han pasado toda su vida en comunidades rurales, que es muy diferente a la forma de envejecer de las personas que han vivido la mayor parte de su vida en zonas urbanas.

En zonas rurales el 44% de la consulta total diaria es otorgada a las personas adultas mayores de 60 años, el 80% de esos adultos mayores tiene algún tipo de enfermedad crónica degenerativa, la mayoría de estas personas son capaces de realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de manera independiente, son autosuficientes y económicamente activos, el 100% de ellos se dedican a actividades propias del campo, agricultura y comercio.

Un punto relevante en este grupo de población, es que el 95% de las personas adultos mayores son analfabetas, y el 90% de ellos viven solos, la mayoría tienen hijos que habitan en municipios diferentes y se encuentran alejados de la comunidad, reciben visitas de ellos aproximadamente 2 veces al año en alguna fecha conmemorativa y en algunos casos algún apoyo monetario de su parte.

La mayoría de estos pacientes acude a su control médico solo o acompañado de su pareja aproximadamente de la misma edad y que en la mayoría de las ocasiones también es alguien con un problema crónico de salud. Solo un 3% de ellos acude acompañado por algún hijo o persona joven.

El 80% de estos pacientes adultos que acuden a consulta sin acompañante consumen más de 3 fármacos al día, no entienden de manera apropiada las indicaciones de los medicamentos prescritos, no ubican los horarios en las tomas, lo que en la mayoría de los casos lleva a

un inadecuado control metabólico, intoxicación y complicaciones médicas.

Una relación que existe en las personas adultos mayores de zonas urbanas y rurales, es que ambos llegan a edades adultas con el diagnóstico de algún problema de salud crónico, una diferencia es que la persona adulto mayor de una zona rural llega a esa edad teniendo mayor funcionalidad, que una persona ciudadana. Con la desventaja de no contar con ningún grado de estudio, no saben leer y escribir, con creencia y tradiciones que los hace susceptibles a confiar en terceras personas con las que no existe ningún vínculo o parentesco, y que desafortunadamente no siempre son bien intencionadas, lo que resulta en situaciones perjudiciales para este grupo de personas. Es un grupo de población que llevan instalados en sus domicilios durante toda su vida, al llegar a la vejez y ser más vulnerables no acceden a un cambio domiciliario tan fácilmente, y de alguna forma moverlos de su hogar, no es un punto a favor ante el proceso de envejecimiento. Permanecer en el lugar que les brinda seguridad y autoridad es fundamental en este proceso.

Con el proceso propio del envejecimiento disminuyen las capacidades cognitivas del ser humano, si a esto se le agrega el analfabetismo, en la nueva era digital y espacios virtuales, los pone en completa desventaja.

Se podría concluir que las personas adultos mayores de zonas rurales no son vulnerables, por ser indígenas, por vivir en regiones de alta marginación, por dedicarse a la agricultura, labores del campo, o por vivir en condiciones precarias o recursos económicos bajos, ya que a lo largo del trabajo de toda su vida y a diversas actividades que continúan realizando en su vida adulta, viven de una manera digna. Son vulnerables porque llegan a esta edad sin ningún grado de educación, que les permita ser autodidactas en el proceso de envejecimiento, en el manejo de medicamentos ante la pluripatología y polifarmacia, y sin tener como pilar algún familiar directo que les apoye con su compañía en esta etapa de la vida.

En zonas rurales el
**44% de la consulta
total diaria**
es otorgada a las personas
de la tercera edad



**80 % de esos adultos
mayores**
tiene algún tipo de enfermedad
crónica degenerativa

**Envejecimiento
de la
población en
zonas rurales**



El 95% de los adultos mayores son analfabetas y el 90% de ellos viven solos



Son vulnerables porque llegan a esta edad sin ningún grado de educación, que les permita ser autodidactas en el proceso de envejecimiento, en el manejo de medicamentos y sin tener algún familiar directo que les apoye con su compañía



Consume con más frecuencia frutas y verduras del "PLATO DEL BIEN COMER"



Opciones de platillos saludables

Elegir platillos con alimentos nutritivos ayuda a adoptar mejores hábitos y reducir las probabilidades de desarrollar enfermedades como la obesidad, diabetes, hipertensión, etc.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda mantener la limpieza donde se preparan los alimentos y las herramientas con las que va a manipular; separar alimentos crudos y cocinados; mantener los alimentos a temperaturas seguras; usar agua potable y alimentos desinfectados o lavados con agua y jabón.

Adecuada hidratación en invierno

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el agua es esencial para el cuerpo humano en cualquier etapa de la vida porque ayuda a regular la temperatura corporal, manteniendo la piel hidratada y elástica, lubricando articulaciones y órganos y manteniendo una buena digestión. Es por eso que se hacen recomendaciones de consumo de agua según la edad de la población.

Evita el refresco o bebidas azucaradas



Contacto: 222 229 36 00 Ext 5115

Bibliografía:

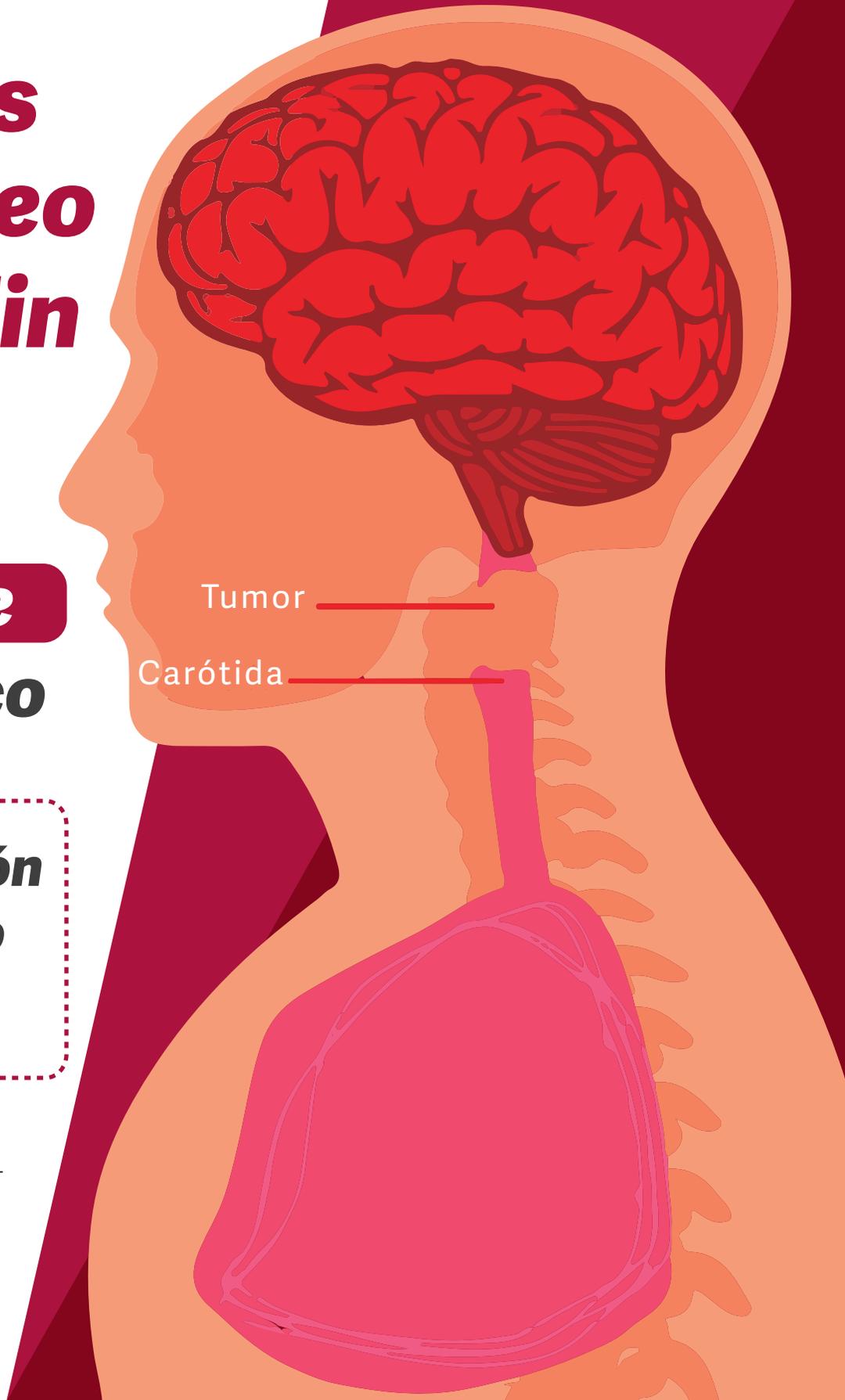
Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. Diario Oficial de la Federación, 22 de enero de 2013.

Glomus Carotídeo Shamblin III

**Paciente
pediátrico**

**Presentación
de un caso
clínico**

Autor: Dr. José G. Vázquez Pacheco
Jefe del Departamento de Investiga-
ción en Salud de los Servicios de
Salud del Estado de Puebla



Antecedentes

El glomus carotídeo es una neoplasia altamente vascularizada y muy poco frecuente en la edad pediátrica, que tiene su origen en la cresta neural, formándose lentamente en la adventicia de la bifurcación de la carótida, asociándose a mutaciones genéticas familiares pero no así a malignidad o metástasis. La resección quirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección, considerando la extensión del mismo, con o sin embolización prequirúrgica.

Objetivo: Presentar un caso de tumor de cuerpo carotídeo, Shamblin III, en un paciente pediátrico.

Material y métodos: Paciente femenino en etapa adolescente de 17 años de edad portadora de formación neoplásica en carótida izquierda, asintomática, de 6 años de evolución; inicia abordaje diagnóstico donde se evidencia glomus carotídeo Shamblin III; fue sometida a embolización prequirúrgica y posterior resección en bloque debido a invasión de carótida interna y externa que ocasionó lesión incidental sin la posibilidad de colocación de injerto, se finaliza con ligadura de ambas carótidas sin datos de isquemia, con adecuada evolución en seguimiento externo y repercusiones cognitivo-neurológicas mínimas.

Conclusión: En pacientes pediátricos los tumores de cuerpo carotídeo son poco frecuentes, un adecuado abordaje diagnóstico permite la estadificación temprana y planeación quirúrgica multimodal individualizada. La embolización prequirúrgica deberá considerar posibles complicaciones temporales o permanentes.

Palabras clave: glomus carotídeo, embolización preoperatoria. Shamblin III.

Introducción

Los tumores del cuerpo carotídeo, son neoplasias raras originadas de los órganos quimiorreceptores localizados en la adventicia de la bifurcación de la arteria carótida, cuyo origen embriológico parte de la cresta neural y contribuyen con funciones como el control de la frecuencia cardíaca, respiratoria y presión arterial (1). También conocido como glomus carotídeo o quemodectomas es un paraganglioma extrarrenal que se presenta de manera excepcional durante la infancia(2). Presenta una incidencia estimada en 1 de cada 30,000 personas. Los glomus de cabeza y cuello son raros con una incidencia de 0.6 %. Se presentan en adultos entre la quinta y sexta década de la vida, con una distribución por género de 1:1 a 1:4, siendo el sexo femenino el de mayor frecuencia (1, 3, 4).

Hering en 1997 describe la función barorreceptora mediada por el seno carotídeo, el cual menciona un mecanismo de retroalimentación negativo sobre la presión sanguínea. La reducción atmosférica de los niveles de oxígeno y la hipoxia crónica inducen a hiperplasia en el cuerpo carotídeo. Diversos autores señalan factores predisponentes que incrementan la incidencia de paragangliomas del cuerpo carotídeo siendo la principal los estados de hipoxia crónica como se observa en pacientes que habitan en zonas elevadas: con latitud de más de 2000 metros sobre el nivel del mar como en Colorado, Perú y México (3, 5, 6, 7). Así mismo condiciones médicas con hipoxemia arterial crónica o con enfermedad obstructiva crónica (EPOC)5.

Otro factor para el desarrollo de paragangliomas es la predisposición genética, siendo de transmisión autosómica dominante. Existen formas familiares en un 10% de los casos, este porcentaje es mayor en el rango de edad infantil. La forma familiar más común se asocia a mutaciones en el gen de la succinato deshidrogenasa (SDH). Se trata de tumores de características benignas en el 95% de los casos, pero pueden llegar a afectar a la carótida común, externa o interna (2, 3, 5). El tratamiento es quirúrgico con o sin embolización previa (2).

La escisión quirúrgica es desafiante debido a la alta vascularización, la afección local de los nervios craneales adyacentes y el riesgo de accidente cerebrovascular durante la reconstrucción de la arteria carótida.(6) En la década de 1970, Shamblin et al (7). propusieron una clasificación para tumores del cuerpo carotídeo, para predecir riesgo quirúrgico, basada en la relación entre los tumores y las arterias carótidas, con los tumores I, II y III de Shamblin (6).

Los tumores tipo I son pequeños, bien localizados y de fácil separación de los vasos adyacentes. Los tipo II rodean los vasos parcialmente, siendo más adherentes a la adventicia. La disección de este grupo es mucho más difícil. Aquellos tumores que tienen adherencias con la circunferencia completa de la bifurcación carotídea constituyen el tipo III. Se extirpan con extrema dificultad y, en muchas ocasiones, requieren resección de vasos carotídeos e interposición de una prótesis o injerto venoso en la carótida interna, lo cual se asocia a altas tasas de complicación (5).

La clasificación de Shamblin ha demostrado su valor para predecir el riesgo de sangrado intraoperatorio y lesión vascular (8). Sin embargo tienen limitaciones porque sólo aborda la relación entre las tumoraciones del cuerpo carotídeo y las arterias carótidas, sin considerar la extensión vertical de los tumores (9).

Objetivo

Presentar la experiencia de un caso de paraganglioma carotídeo Shamblin III, en una paciente pediátrica de 17 años de edad.

Caso clínico

Paciente femenino de 17 años de edad, originaria y residente de Puebla, Puebla, México, cuenta con los siguientes antecedentes heredofamiliares: madre con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y padre portador de tumor cerebral (desconoce diagnóstico). Niega antecedentes personales patológicos.

Inicia su padecimiento actual hace 6 años con aumento de volumen en hemicuello izquierdo, el cual es de crecimiento muy lento y continuo desde su inicio, no refiere dolor ni sintomatología sensitiva o motora.

A la exploración física se presenta masa no dolorosa ni pulsátil, que se palpa en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y debajo del ángulo mandibular de aproximadamente 5 cm X 2 cm X 2 cm, de consistencia blanda, adherida a planos profundos, con desplazamiento en plano horizontal pero no en plano vertical (signo de Fontaine), sin soplos a la auscultación. (**Fig. 1**)



Figura 1. Exploración física.

En primera instancia es enviada al servicio de Oncología quirúrgica del hospital donde se sospecha de una probable linfadenopatía, por lo cual se realizan dos tomas de biopsia una de ganglio yugular superior izquierdo (08/07/2020) reportando un ganglio linfático hiperplásico y probable paraganglioma, segunda biopsia de ganglio cervical (09/07/2021) con reporte de hiperplasia cortical.

En la consulta externa de Angiología y Cirugía Vascular donde se reporta crecimiento de masa con medidas aproximadas de 7 cm x 5 m x 4 cm, (**Fig. 1**). Además de agregarse, sensación de disnea, disfagia, dolor opresivo ocasional en mandíbula izquierda de intensidad leve, y presencia de cefalea occipital opresiva sin fotofobia ni fonofobia, no se observa apraxia, dislalia ni presencia de parestesias.

Se complementa protocolo diagnóstico, realizando angiografía que informa de imágenes con probable relación con glomus carotídeo de 71 mm de longitud cefalocaudal, 54 mm de diámetro transversal y 48 mm de diámetro A-P, con densidad de tejido blando en los márgenes de bulbo carotídeo izquierdo y gran cantidad de vasos nutricios, asimismo tumor que rodea completamente ambas carótidas con presencia de estenosis sin obstruirlas (**Fig. 2 y 3**). También reporta normalidad en el polígono de Willis.

Una vez establecido el probable diagnóstico se valora embolización previa a la cirugía; teniendo en cuenta los antecedentes del caso y el tamaño del glomus carotídeo se decide embolización previo a resección quirúrgica, para disminuir riesgo de sangrado en el transoperatorio, la cual se realiza obteniendo una oclusión del nido malformativo del 85% (**Fig. 4**). A las 24 horas de embolización se realiza resección de la tumoración en la cual se encuentra abundante fibrosis por cirugías previas, se corrobora tumor de 7 cm x 5 cm x 4 cm, con abundante infiltración a tejidos blandos y rodeando a la arteria carótida interna en toda su circunferencia, se logra identificar parte de la carótida externa y en el momento de diseccionar se produce ruptura incidental de carótida en la región del bulbo, por lo que se procede a resección completa del tumor y se valora colocación de injerto, sin embargo, no es posible realizarse debido a que ambas carótidas se encuentran con muñón mínimo a causa del gran tamaño del tumor, motivo por el cual posterior a 45 minutos de pinzamiento de arterias carótidas, se realizan pruebas de reflujo de los extremos distales por polígono de Willis obteniendo abundante reflujo de ambos extremos, el servicio de anestesiología reporta en el transquirúrgico, posterior a pinzamiento, paciente con pupilas isocóricas y sin datos observables en ese

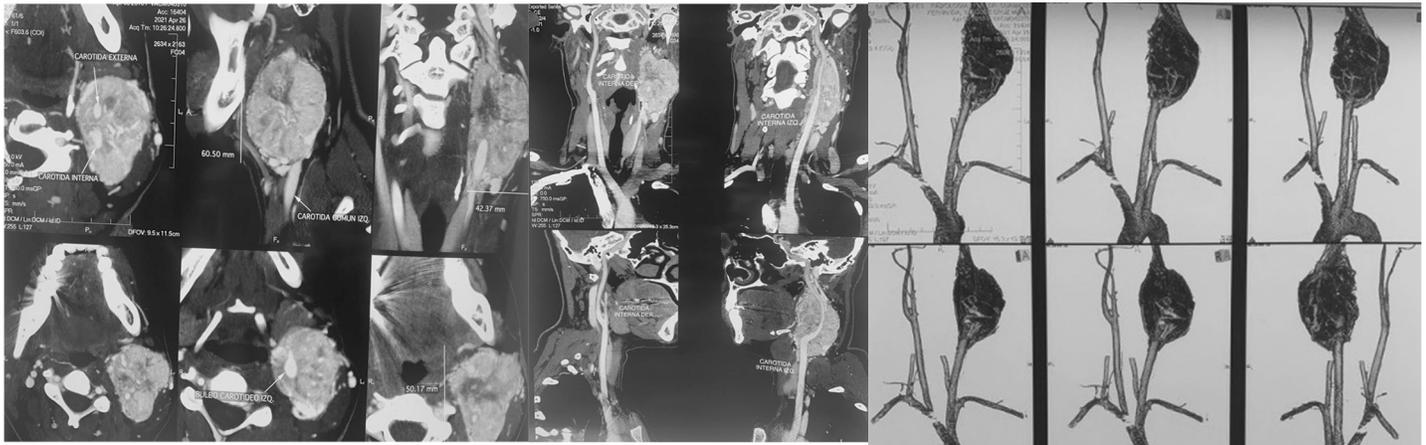


Figura 2. Angiotomografía.

momento de isquemia cerebral, por lo que se decide realizar ligadura de los cabos de ambas carótidas, y se finaliza procedimiento.

La paciente fue ingresada a terapia intensiva pediátrica, en donde permaneció durante 72 horas, evolucionó con adecuado estado de conciencia, sin déficit neurológico de los miembros, con marcha adecuada, sin presencia de disfonía, sin dificultad para la deglución y sin anisocoria, presencia de ligera desviación de la comisura labial a la derecha y desviación de lengua a la izquierda sin alteración en sus movimientos. A las 48 horas postquirúrgicas fue valorada por el servicio de Neurología Pediátrica, determinando, que no existían datos clínicos de lesiones a pares craneales: XIII, IX, X, XI, sólo encontrando alteración mínima en par craneal XII y XIII (desviación de comisura labial a la derecha y desviación de lengua a la izquierda). Se decide su alta hospitalaria a los 7 días postquirúrgicos sin alteraciones neurológicas importantes. Continuó seguimiento al mes de su egreso en la consulta externa de Angiología, con angiografía y angiorensonancia cerebral la cual reporta zona isquémica en región frontotemporal izquierda, clínicamente sólo presenta ligera desviación de la lengua hacia la izquierda a la protrusión, todos los movimientos faciales conservados, fuerza y sensibilidad conservada en las cuatro extremidades, sin dislexia, bradilalia o dislalia.

El seguimiento a los tres y seis meses no muestra alteraciones neurológicas clínicas evidentes, presentando adecuado desempeño académico y sin dificultades para las actividades de la vida diaria, así como recuperación en un 80% de la lateralización de la lengua, las cuales fueron confirmadas por valoración del servicio de Neurología Pediátrica.

Discusión

Los Glomus Carotídeos son el grupo de paragangliomas más común (2), sin embargo se tienen registrados pocos casos de pacientes pediátricos con diagnóstico de tumor del cuerpo carotídeo (10). En edades tempranas, los paragangliomas carotídeos tienen un aspecto genético o familiar lo cual requiere un protocolo diagnóstico y de seguimiento

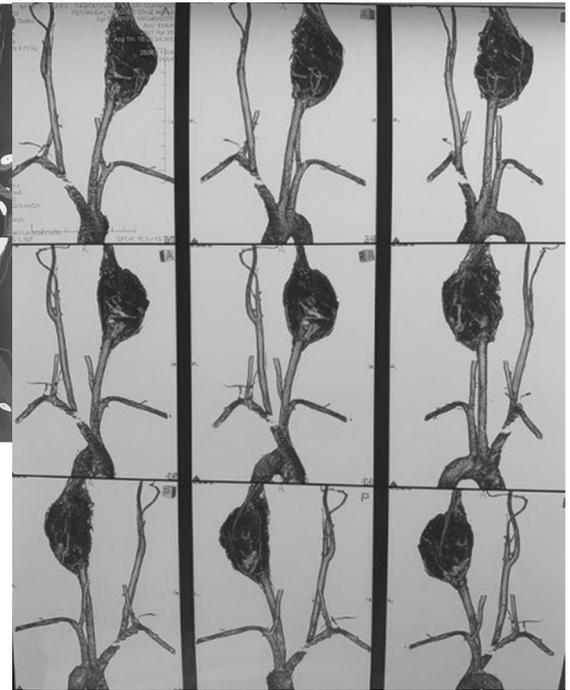


Figura 3. Reconstrucción tomográfica del tumor de cuerpo carotídeo.

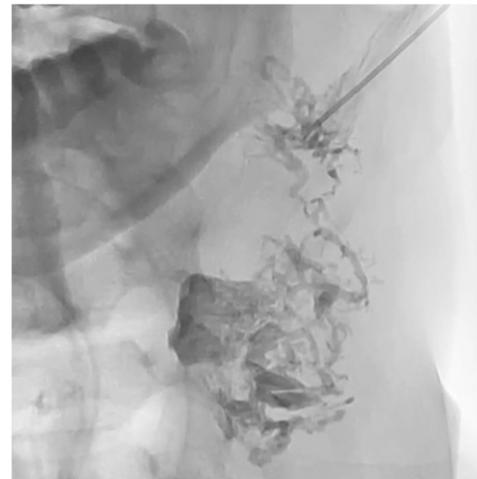


Figura 4. Embolización preoperatoria, donde se observa oclusión del 85% del nido malformativo.

más estricto. La forma familiar está relacionada con varias mutaciones genéticas, como la succinato deshidrogenasa (SDH), el gen Von Hippel-Lindau (VHL), la neurofibromina-1 (NF-1) y el protooncogén RET (2, 11, 12). Sin embargo, la paciente no tiene antecedentes familiares o antecedentes personales o en mutaciones genéticas como NEM2, NF1, BVS o SDH, por lo que fue de gran importancia solicitar las pruebas de mutación para el seguimiento y control en la paciente, debido a que el gen SDH es el responsable aproximadamente del 30% de las mutaciones de cabeza y cuello, siendo la mutación SDH-D la más común (2, 13).



La presentación clínica es como una masa asintomática localizada en la bifurcación de la arteria carótida común, en la cara lateral del cuello, a nivel del cartílago tiroides, cerca del ángulo de la mandíbula, de crecimiento gradual y generalmente diagnosticados de forma incidental, la cual es desplazable en forma lateral y no hacia arriba o abajo (signo de Fontaine)(1, 5). El error en el diagnóstico inicial, no es infrecuente, por lo que pueden ser confundidos con metástasis carcinomatosas, nódulos tuberculosos, neurofibromas, quiste braquial, lipomas, aneurismas o linfadenopatía cervical (1,5,) como sucedió en el caso, por lo que en una primera instancia por parte del servicio de Oncología Quirúrgica se realizó erróneamente, toma de biopsia por la probable sospecha de linfadenopatía, confirmando el diagnóstico de tumor del cuerpo carotídeo.

En general, no ocasiona otros síntomas que la deformidad; pero cuando su desarrollo comprime estructuras vecinas, se observa disfunción barométrica, crisis vagales, vértigo, cefalea, tinitus, hipoacusia, compromiso de pares craneales, síncope, acúfenos, disfonía y apnea del sueño causado por obstrucción (5).

Las metástasis ganglionares y a distancia son raras y se asocia a los limitados casos de malignidad, las cuales pueden ocurrir en 2.5 a 5% de todos los tumores del cuerpo carotídeo con tendencia a la multicentricidad y se manifiestan por la invasión local del tumor (2,5).

El diagnóstico de malignidad no está dictado por sus características histopatológicas, sino por invasión a órganos vecinos, metástasis o recurrencia local observada en 5 a 10% de los casos. El tumor invade las estructuras vecinas, las cuales pueden causar parálisis del plexo

braquial o déficit del riego cerebral por disminución de la luz de la arteria carótida interna (5).

De acuerdo a la clasificación de Shamblin, los tumores del cuerpo carotídeo pueden ser de tres tipos de acuerdo a su relación con las arterias carótidas externas e internas, esta clasificación es útil para planear la cirugía (5), los tumores tipo III deben ser tratados con puenteo intraoperatorio de la carótida interna o incluso con resección con o sin injerto de las mismas, en nuestro caso se trataba de un tumor Shamblin III, el cual se encontraba envolviendo en su totalidad ambas arterias carótidas, aunado a que dicho tumor se presenta en una paciente pediátrica, esto lo vuelve sumamente extraño, siendo de los pocos tumores del cuerpo carotídeo Shamblin III reportados actualmente.

Para el diagnóstico se necesita todo un arsenal de auxiliares, como lo es el ultrasonido, que demuestra aumento en la sensibilidad y especificidad en estos casos, observándose como masas sólidas delimitadas, de baja ecogenicidad, hipervascularizadas y que son diferenciadas de lesiones hipovasculares o avasculares como ganglios linfáticos, metástasis, tumores de glándulas salivales o quistes. La resonancia magnética se utiliza cuando las lesiones se encuentran en el hueso temporal y demuestra invasión a tejidos vecinos y la permeabilidad de los vasos involucrados con la lesión; la tomografía axial computarizada es útil para evaluar el tamaño y la relación del tumor con estructuras adyacentes en lesiones de gran tamaño o si hay sospecha de lesiones múltiples, pero el estándar de oro es la angiografía, la cual no solo ayudará en el diagnóstico sino también en la embolización previa en la intervención quirúrgica (3).

La embolización preoperatoria utilizada en nuestro paciente, se ha utilizado en adultos para reducir los flujos sanguíneos a estas lesiones, sin embargo, son pocos los casos reportados en donde se ha utilizado en pacientes pediátricos. (2) Según Power et al. se realizó una revisión retrospectiva comparando a los pacientes que se sometieron y no se sometieron a embolización preoperatoria sin encontrar diferencia en lesiones del nervio craneal entre ambos grupos, pero informaron una disminución en la cantidad de sangrado transoperatorio en los pacientes sometidos a embolización preoperatoria de 24 a 48 horas previas a la resección quirúrgica, se informó que los tumores del cuerpo carotídeo de gran tamaño se pueden extirpar de forma segura sin embolización preoperatoria (2, 14). Asimismo, existen estudios donde el uso de la embolización preoperatoria es controversial y no marca una diferencia en la disminución del sangrado transoperatorio, en nuestro paciente se realizó la embolización 24 horas previas a la resección de tumor del cuerpo carotídeo, durante la cirugía se encontró que los tejidos eran friables, condicionando que la disección fuera con un alto grado de dificultad, conllevando a lesión de ambas arterias carótidas y un sangrado elevado.

La resección quirúrgica continúa siendo el tratamiento de elección para este tipo de tumores (2). En la infancia, la extirpación quirúrgica de los tumores del cuerpo carotídeo, pueden ser más difíciles debido a la íntima y los medios más delgados, pero la disección subadventicial que cubre las estructuras circundantes, incluidas las arterias y los nervios craneales, es el objetivo de la resección (2, 11).

Sin embargo, los tumores Shamblin III pueden ser inseparables de las arterias y a menudo requieren resección en bloque con la carótida externa o interna o ambos, que requieren revascularización de la arteria carótida interna (2). En los niños esto se logra con reparación primaria o un injerto de vena safena, debido a su potencial de crecimiento (2). Desafortunadamente en nuestro paciente se realizó resección en bloque de ambas carótidas sin colocación de injerto de vena safena por la corta distancia que existía en cabos proximales y distales para realizar colocación de éste, además del pinzamiento prolongado de ambas arterias, lo cual condiciona alta posibilidad de fallo del injerto, no obstante con un pinzamiento mayor de 45 minutos, se reportó en el transoperatorio con un electroencefalograma normalizado por lo que se decidió realizar ligadura permanente

en los extremos distales y proximales de ambas arterias carótidas. Afortunadamente, la paciente contaba con una circulación colateral adecuada, basado en la angiotomografía previa, donde se observa un polígono de Willis conservado, por lo que evolucionó sin secuelas permanentes en el postquirúrgico.

Los datos sobre complicaciones se derivan principalmente de la literatura para adultos, pero se correlacionan con los experimentados por nuestro paciente. La principal complicación de la resección es la lesión del nervio craneal, que ocurre en el 19 al 49% de los pacientes (2, 14). Los déficits del nervio craneal suelen ser temporales, pero la disfunción permanente oscila entre el 1 y el 42 % con las lesiones del nervio hipogloso o vago más comúnmente encontradas (2, 14). Se informa de una tasa de accidente cerebrovascular postoperatorio del 8 al 20%. Los eventos intraoperatorios incluyen cambios en el electroencefalograma, lo cual no ocurrió en nuestro caso, bradicardia o hipotensión, y la necesidad de ligadura de arteria carótida interna y externa secundaria a sangrado que es poco común pero ocurrió en este caso (2, 14).

Conclusión

El glomus carotídeo se presenta rara vez en la edad pediátrica, por lo que está asociado a mutaciones genéticas familiares o personales. Es de gran importancia llevar a cabo un adecuado abordaje diagnóstico al contacto con el paciente apoyándose de los auxiliares diagnósticos adecuados, que permitan diferenciarlo de lesiones linfáticas en primera instancia y posteriormente proporcionen la información necesaria para estadificar el tumor y planear el procedimiento quirúrgico, que sigue siendo el tratamiento de elección de no haber contraindicaciones. La embolización prequirúrgica pudiera permitir una resección con menor sangrado transoperatorio, sobre todo en aquellos de gran tamaño, sin embargo, deben considerarse las posibles complicaciones temporales y permanentes que pudieran ocurrir durante la resección del tumor del cuerpo carotídeo.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial, o con ánimo de lucro.

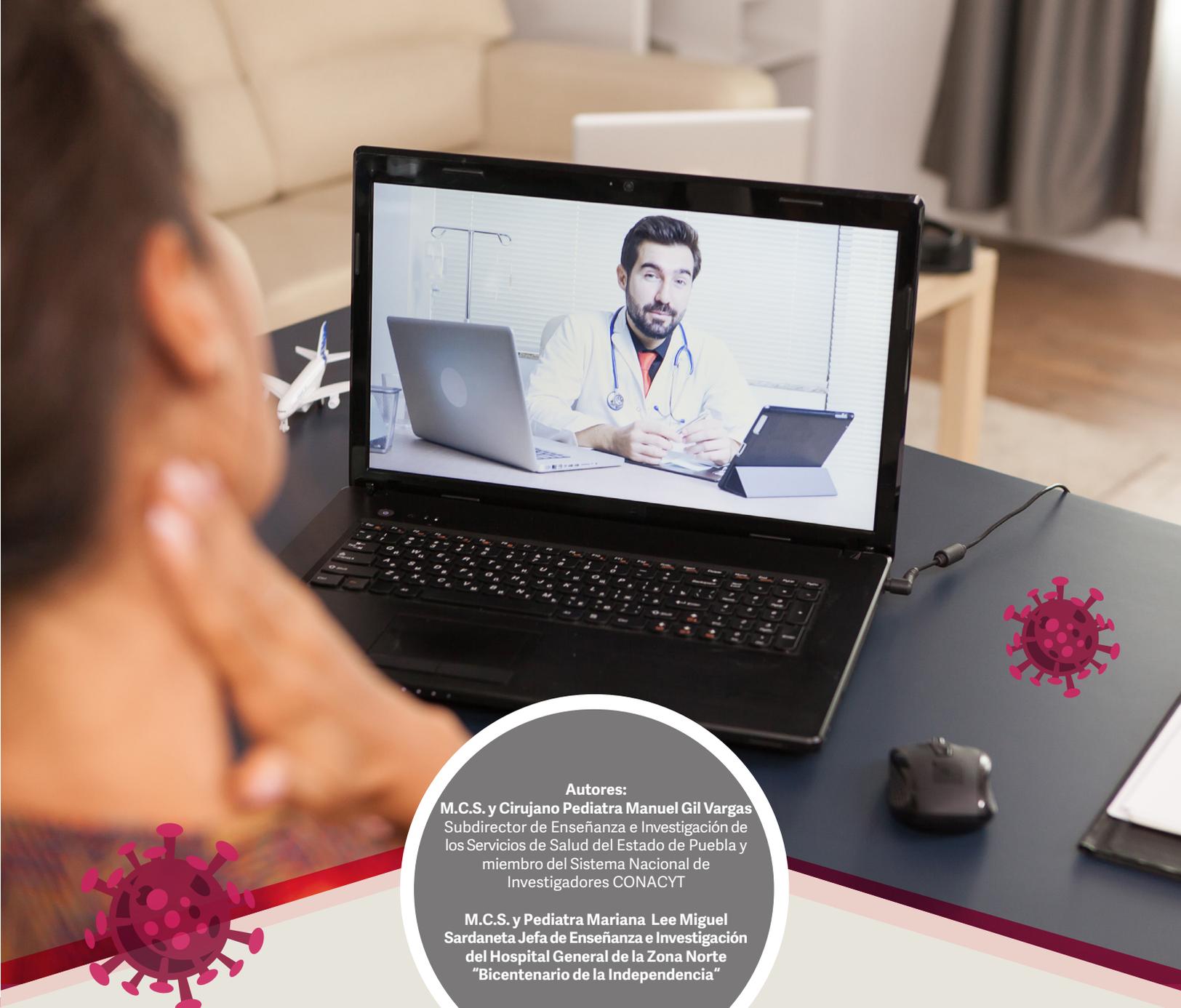
Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se ha realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. El autor declara que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Mondragón Sánchez A, Montoya Rojo G, Shuchleib Chaba S. Tumor de cuerpo carotídeo (paraganglioma). *An Med Asoc Med Hosp ABC*. 2003;48(4):233-6.
2. Molina Vázquez ME, Carrillo Arroyo I, Alonso Arroyo V, Gómez Beltrán O, Herráinz Cristóbal R, Vaquero Puerta C, et al. Carotid glomus in childhood: Presentation of a clinical case. *Cir Pediatr*. 2021;34:90-4.
3. Aguirre Castillo HA, Colunga Reyna R, Toranzo Fernández JM, Esquivel Hernández O. Glomus del cuerpo carotídeo (paraganglioma). *Rev ADM*. 2009;65(2):24-7.
4. Hogan AR, Sola JE, Jernigan SC, Peterson EC, Younis RT. A pediatric carotid body tumor. *J Pediatr Surg*. 2018;53(7):1432-6.
5. González Avilés JM, Ortega Meza BA, Trejo Martínez A, Contreras Ruiz Velasco R. Experiencia en el manejo de tumores del cuerpo carotídeo en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. *An Med Asoc Med Hosp ABC*. 2008;53(3):120-6.
6. Gu G, Wu X, Ji L, Liu Z, Li F, Liu B, et al. Proposed modification to the Shamblyn's classification of carotid body tumors: A single-center retrospective experience of 116 tumors. *Eur J Surg Oncol*. 2021;47(8):1953-60.
7. Shamblyn WR, Remine WH, Sheps SG, Harrison J. Carotid body tumor (chemodectoma). Clinicopathologic analysis of ninety cases. *Am J Surg*. 1971;122(6):732-9.
8. Metheetrairut C, Chotikavanich C, Keschool P, Suphaphongs N. Carotid body tumor: a 25-year experience. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2016;273(8):2171-9.
9. Li FD, Gao ZQ, Ren HL, Liu CW, Cancion XJ, Li YF, et al. Pre-reconstruction of cervical-to-petrous internal carotid artery: An improved technique for treatment of vascular lesions involving internal carotid artery at the lateral skull base. *Head Neck*. 2016;38(Suppl 1):E1562-7.
10. Georgiadis GS, Lazarides MK, Tsalkidis A. Carotid body tumor in a 13-year-old child: Case report and review of the literature. *J Vasc Surg*. 2008;47(4):874-80.
11. Ellis RJ, Patel D, Prodanov T. The presence of SDHB mutations should modify surgical indications for carotid body paragangliomas. *Ann Surg*. 2014;1:158-62.
12. Ifeoluwa A, Lazar I, Szovordi E. Management of carotid body tumor in pediatric patients: A case report and review of the literature. *Int J Pediatric Otorhinolaryngology*. 2017;93:47-52.
13. Fruhmann J, Geigl JB, Konstantiniuk P. Paraganglioma of the carotid body: treatment strategy and SDH-gene mutations. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2013;45(5):431-6.
14. Power AH, Bower TC, Kasperbauer J. Impact of preoperative embolization on outcomes of carotid body tumor resections. *J Vasc Surg*. 2012;56(4):979-89.



Autores:
M.C.S. y Cirujano Pediatra Manuel Gil Vargas
Subdirector de Enseñanza e Investigación de
los Servicios de Salud del Estado de Puebla y
miembro del Sistema Nacional de
Investigadores CONACYT

M.C.S. y Pediatra Mariana Lee Miguel
Sardaneta Jefa de Enseñanza e Investigación
del Hospital General de la Zona Norte
"Bicentenario de la Independencia"

Los trastornos de la COVID-19 en la Educación Médica



La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la pandemia por SARS-CoV-2 el 11 de marzo del 2020, representando una emergencia sanitaria con consecuencias importantes a la salud y a la economía. Por ello, los gobiernos se vieron en la necesidad de implementar medidas extremas tales como el confinamiento de la población, suspensión de eventos deportivos y servicios no básicos, cierre de fronteras, suspensión de labores en población vulnerable que provocó el envío a casa de trabajadores y estudiantes de todos los niveles educativos.

Dentro de la índole educativa, se tuvo como consecuencia la suspensión de labores de forma abrupta, retando las capacidades institucionales, evidenciando las fortalezas y debilidades.

En el caso del proceso de formación de los recursos humanos para la salud, se detuvieron y modificaron los programas académicos y operativos. Las clases, sesiones generales y casos clínicos migraron a ser virtuales, se suspendieron rotaciones externas ya que, diversos hospitales cerraron sus puertas para evitar propagación del virus, los médicos internos de pregrado fueron retirados de los hospitales pausando su actividad asistencial y académica. En posgrado, los residentes permanecieron en los hospitales para estar en primera línea de atención.

A su vez, la pandemia frenó los avances de transformación pedagógica a base de competencias en donde se promueve la enseñanza activa en equipo y la facilitación

de la educación individualizada e interprofesional. Es decir, la simulación de escenarios clínicos con pacientes hospitalizados y con un educador a su lado, ya sea trabajando de forma individual o en pequeños grupos, en forma de rotaciones o de actividades programadas.

Subsecuente a ello y a la necesidad del aislamiento social y el cambio en las actividades asistenciales de profesores y estudiantes, la experiencia práctica se ha modificado, por lo que se imponen nuevas directrices en el proceso de enseñanza - aprendizaje sin perder su esencia.

Tal es el caso de la enseñanza virtual, misma que representa un reto para autoridades universitarias, los docentes y los estudiantes. Desde la disponibilidad de internet, tener un ambiente adecuado en casa para el estudio, manejo de plataformas virtuales, la capacidad del docente para dictar cursos a distancia, el soporte académico tecnológico de la universidad y los contenidos docentes adaptados a esta estrategia de trabajo. Algunos autores mencionan que, la enseñanza virtual podría superar a la presencial en el aumento de conocimiento y la mejora de la práctica clínica en médicos y demás profesionales de la salud. Para que esto se pueda lograr, se necesita de un plan de mejora, rediseñando los contenidos y las actividades docentes para adecuarlos e integrarlos a la nueva realidad, adaptando modelos de aprendizaje en todas las áreas, garantizando así, la transferencia a los estudiantes de actividades y soporte técnico adecuado. Por tanto, la telemedicina es ya una realidad, generando un gran impulso en esta



nueva era de la educación médica. Actualmente, existen un sin fin de plataformas virtuales donde se realizan interconsultas hospitalarias, consultas médicas y sesiones generales.

Sin embargo, ante tal avance tecnológico; existen ventajas y desventajas.

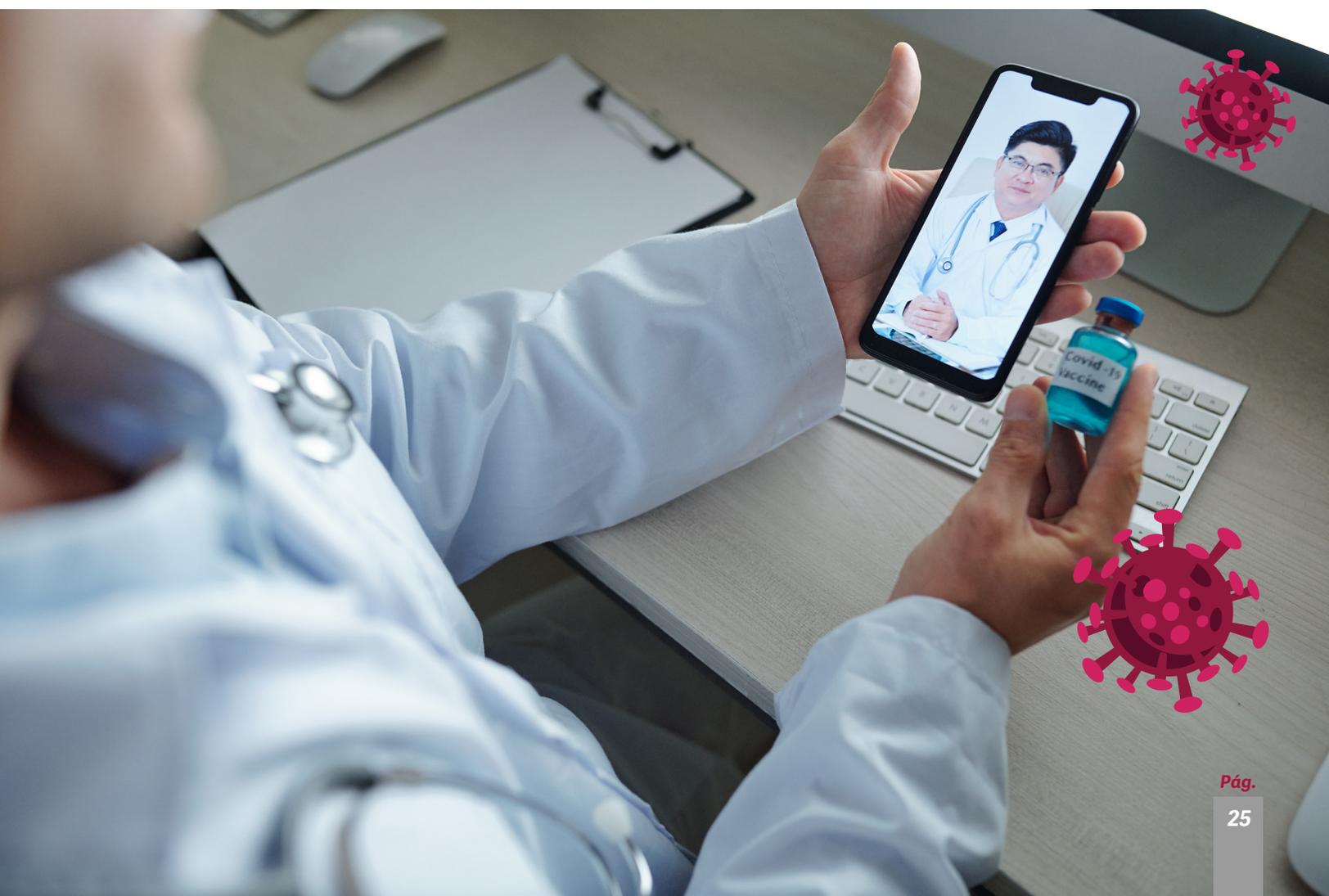
Entre las ventajas podemos enumerar:

- 1. La flexibilidad en el tiempo:** el profesor puede ajustarse a sus actividades médicas, como el alumno a organizar sus clases.
- 2. Oportunidad en el error:** trabajar bajo presión es algo a lo que el futuro médico debe acostumbrarse, pero en un medio de enseñanza virtual puede aprender de sus errores para, ya una vez perfeccionado, aplicarlo al paciente real.
- 3. Grabación de las clases:** las plataformas virtuales permiten la grabación de las lecciones impartidas, para luego repetir las o compartirlas en caso de que se necesite.

Como desventajas podemos mencionar:

- 1. Deficiencias tecnológicas** que pueden ir desde internet de baja velocidad hasta falta de acceso a la web en cada lugar y equipo de cómputo obsoleto.
- 2. Distracciones** para el estudiante no comprometido, resulta difícil no caer en distracciones digitales desde sus dispositivos.
- 3. Hábitos de estudio:** pueden ser perjudiciales al no tener la presión de un tutor o de un paciente presencial. En el caso de este último, recordemos que la relación médico-paciente es fundamental en la preparación de un galeno ético.
- 4. Sobrecarga de trabajo** en el profesorado al asumir su trabajo como médicos y como docentes, siendo un reto el aprender a utilizar los recursos digitales.

La educación virtual llegó para quedarse y es hora de mejorarla tanto en su contenido, organización y estructura, como en requerimientos tecnológicos para su funcionamiento. Se trata entonces de buscar





las herramientas adecuadas que ya se han utilizado en otros países e implementarlas en nuestro medio. La actitud como docentes y alumnos es fomentar un cambio positivo y radical hacia la autonomía, en donde el autoaprendizaje debe ser fundamental en estos momentos.

Frente a este cambio constante, la única forma de ver nuestro rumbo son las evaluaciones sobre las estrategias adoptadas. Muchos planes se encuentran en una fase piloto y ameritará modificaciones conforme sean revisados. Esto permitirá identificar y superar los problemas que presenta la educación médica a distancia.



Derivado a lo antes citado, se debe de aprender de esta experiencia y proceder a implementar modelos alternativos digitales de enseñanza mediante las Tecnologías de la Información (TIC) con un enfoque actual, práctico y pedagógico que permita la optimización de recursos y plataformas. De la misma forma, lo debe ser su respectiva evaluación para detectar áreas de mejora y corregirlas, postulando así perspectivas para el desarrollo futuro de la educación médica con acciones perdurables como mantener los procesos formativos en pregrado y posgrado, fortalecer la educación médica continua, apoyar gestiones institucionales con área de telemedicina, impulsar el acceso a la información en las instituciones de salud y educativas, cuidar la salud física y mental de todos los profesionales de la salud, del profesorado y de nuestros médicos becarios de todas las áreas, contemplando además, las limitantes propias que conllevan los determinantes sociales a los que continúa enfrentando nuestro país.

Por último, resulta crucial que la comunidad académica aprenda de la experiencia, la evaluación y la investigación, al mismo tiempo que las facultades-universidades implementen y actualicen programas académicos de todas las especialidades de forma urgente.

“

“Esta tragedia, nos llevó a la mejora de la educación médica”.

”

Bibliografía:

Millán J. Educación médica durante la crisis por COVID-19. *Educ Med* 2020; 21:157

Mullan F. Social mission in health professions education: beyond Flexner. *JAMA* 2017;318:122-3. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.235.1088>

Sánchez J. educación médica en tiempo de pandemia: el caso de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). DOI: 10.1016/j.edumed.2020.05.005 *eDUC Med* 2020;21:259-260.

Abreu-Hernández Luis F, León-Bórquez Ricardo, García-Gutiérrez José F. Pandemia de COVID-19 y educación médica en Latinoamérica. *FEM* (Ed. impresa) [Internet]. 2020 [citado 2022 Ago 05]; 23(5): 237-242. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322020000600002&lng=es. Epub 23-Nov-2020. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.235.1088>.

Sánchez-Duque JA. Educación médica en tiempo de pandemia: el caso de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). *Educ médica* [Internet]. 2020; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2020.05.00>

Guarnizo Chávez AJ. Vicisitudes y retos pedagógicos en medio de la emergencia sanitaria. La formación médica en tiempos de COVID-19. *Educ médica* [Internet]. 2021;22:S23-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2021.01.008>

Núñez-Cortés JM. COVID-19 por SARS-Cov2 también ha afectado a la Educación Médica. *Educ Méd.* 2020;21(4). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.06.001>

Costa MJ, Carvalho-Filho M. Una nueva época para la educación médica después de la COVID-19. *FEM.* 2020 [acceso 29/07/2020];23(2):55-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322020000200001&lng=es

Vergara de la Rosa E, Vergara R, Álvarez M, Camacho L, Galvez J. Educación médica a distancia en tiempos de COVID-19. *Educ Méd Sup.* 2020 [acceso 01/03/2021];34(2). Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/2383>





De la importancia del
"ser humano"
a lo importante que es
"Ser ...
Humano"

.....

Autor: MNC. Laura Karina Barba Martínez
Centro Estatal de Salud Mental de los Servicios de
Salud del Estado de Puebla

El Humanismo surgió en el siglo XIV en Europa, cuando la visión de la sociedad cambió de la teocracia a una visión antropocéntrica. Este cambio de colocar al ser humano como centro de estudio en las ciencias y las artes propició sin duda un gran desarrollo en estos ámbitos, dando paso a etapas importantes de la historia como el Renacimiento.

Dentro de la filosofía humanista, se destaca la importancia de la libertad en la toma de decisiones del ser humano, ya que, en un principio, se consideraba un ser superior a cualquier especie, por contar con la capacidad del raciocinio, sin embargo, con el paso del tiempo, esta visión de supuesta superioridad nos ha ido re-direccionando hacia la toma de decisiones desde una cosmovisión.

El ser humano no es un ente aislado, vive en un ecosistema en el que interactúa con otros seres vivos humanos y no humanos, y su vida e interacción con éstos, tendrá un inminente impacto en su medio ambiente, mismo que tendrá una afectación positiva o negativa sobre la forma de vida de estos seres.

De esta interacción y afectación surgen fenómenos que poco a poco han ido desgastando aquella imagen de superioridad, y nos han puesto en contacto con nuestra vulnerabilidad humana, estos fenómenos de origen natural como los geológicos, hidrometeorológicos, biológicos como la COVID-19 y los antropogénicos como las guerras y el calentamiento global, nos han hecho dar un paso atrás para poder contemplar los daños y establecer acciones y estrategias en materia ambiental y social, que frenen en cierta medida el impacto negativo que ha tenido la existencia de la especie humana y pueda haber una repercusión positiva para resarcir el daño al medio ambiente y la salud de las diferentes especies que cohabitan en el planeta.



En esta evolución de la visión del cuidado a la vida y al medio ambiente, surgen ramas de la filosofía y de la ética, como es la Bioética, que se ocupa de los dilemas que emergen de posiciones divergentes en el desarrollo tecnológico, de las ciencias de la vida, el desarrollo ambiental, el comportamiento humano y es precisamente en estos temas, donde todos como individuos podemos reflexionar sobre lo que cada uno de nosotros hace en favor de algo o alguien más, ya sean animales no humanos, ecosistemas, etc.

La falta de contacto de los individuos con su entorno social, ambiental y simbiótico, provoca que se vea envuelto en un ciclo en el que tal pareciera que funciona automáticamente, con una visión en túnel, una "ceguera de taller" en la que solo observa lo que debe hacer y cumplir en su día a día, carente de un contacto consciente con el entorno que le rodea e incluso, con sus emociones, este adormecimiento de las emociones empieza a afectar de una forma imperceptible casi inconsciente, aquello que le conecta con los otros.

Y es aquí, en este punto de inflexión donde se considera importante hacer un alto y una introspección del trato que me estoy dando como individuo y el trato que estoy ofreciendo a los demás, ¿Me trato, dignamente?, ¿Estoy tratando con dignidad a lo que me rodea y a quienes me rodean?, muchas veces la visión en túnel es muy estrecha y es por ello que para ampliar el panorama se requiere una retroalimentación, una charla constructiva, con la apertura al diálogo y la reflexión, sobre lo que puedo y estoy dispuesto a modificar con respecto al otro u otros, aquello que me puede ayudar a conectar con la empatía nuevamente, para mejorar y volver a centrarme como un ente que forma parte de un sistema, que puede impactar positivamente en otros y no de una forma antropocéntrica.

Ejemplos de estas acciones que pueden mejorar el entorno son: cuidar las plantas y demás seres vivos, respetar sus ecosistemas y hábitats, reducir la generación de residuos; y con respecto a los seres humanos, acciones tan sencillas como: saludar cordialmente, mirarles a los ojos, hablarles por su nombre, respetar su autonomía, evitar usar etiquetas para mencionar una condición o enfermedad, escucharles atentamente, etcétera. Es así que se llega a esta diferencia entre un ser humano y ser... más humano, más sensible, perceptivo, receptivo, reflexivo, humilde y capaz de entender a otros, que sin duda en nuestra labor diaria, sea cual sea, beneficiará la salud mental del individuo y su entorno construyendo redes, interacciones, devolviéndonos la sensibilidad necesaria para mejorar día con día la atención, el trato digno, justo, equitativo, inclusivo y respetuoso con los demás, recuperar la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos es decir la empatía.

COMITÉ EDITORIAL

Secretario de Salud y Director General de los SSEP

Dr. José Antonio Martínez García

**Subsecretaría de Servicios de Salud
Zona B de la Secretaría de Salud y
Coordinación de Servicios
de Salud de los Servicios de Salud
del Estado de Puebla**

Dr. José Fernando Huerta Romano

**Unidad de Administración y Finanzas
de la Secretaría de Salud y
Coordinación de Planeación
y Evaluación de los Servicios de Salud
del Estado de Puebla**

Direcciones

Dirección de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica
Dr. Carlos Castañeda Pérez

Dirección de Atención a la Salud
Dra. Gloria Ramos Álvarez

Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios
Dr. Luis Eduardo Camarillo López

Dirección de Operación de Unidades Médicas
Ing. Ilse Ileana Tarango Gómez

**Dirección de Operación de Obra, Bienes,
Servicios Generales y Procesos de Gestión**
Lic. José Leonel Macedo Martínez

Dirección de Planeación y Programación
Mtro. Arturo Hernández Torres

Dirección de Evaluación
M.A.S.S. Sagrario Villamil Delgado

Dirección de Operación de Personal
Dra. Hilda Vázquez Sánchez

Agradecimientos

Departamento de Calidad y Desarrollo Institucional

Departamento de Salud Reproductiva

Hospital General de Atlixco "Gonzalo Río Arronte"

Centro de Salud Acocomotla
Jurisdicción Sanitaria No. 04 El Seco

Departamento de Promoción a la Salud

Departamento de Investigación en Salud

Subdirección de Enseñanza e Investigación/Hospital
General de la Zona Norte "Bicentenario de la Independencia"

Centro Estatal de Salud Mental

SALUD & BIENESTAR PUEBLA

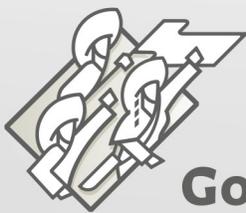
**Gaceta
Informativa**

SSEP

Servicios de Salud
del Estado de Puebla

SALUD & BIENESTAR

- P U E B L A -



Gobierno de Puebla
Hacer historia. Hacer futuro.



Secretaría
de Salud