



# Revista Educativa Para la Salud

ISSN 1405-4191

Órgano Oficial de Difusión del Sistema de Educación  
Continua para el Médico General y Familiar

Enero-Marzo de 2026

## Contenido

### Comentario Editorial

- Algunas consideraciones sobre: principios éticos en la educación

### Artículos originales

- Conocimiento teórico del método clínico: un estudio informacional

### Artículos de revisión

- Sarampión en el recién nacido: Una revisión básica  
Caso clínico
- Hiperbilirrubinemia indirecta prolongada secundaria a  
leche materna

### Artículo Histórico

- Sarampión y vacunación: lecciones del pasado, retos del presente
- Historia de la Sociedad Médica de Cunduacán Tabasco  
Fundada en Agosto de 1983
- La revancha de la venganza de Moctezuma: La batalla que  
casi perdió Hernán Cortés en la Nueva España y su exvoto

no. 236  
Año 26





# Directorio

## **Dr. Luis Arturo Zavaleta de los Santos +**

Fundador

## **Dra. Hilda E. Alcántara Valencia**

Directora General y Editor en Jefe

## **Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias**

Editor Médico

## **Dra. Hilda Eugenia Zavaleta Alcántara**

Co-editora

### **Editores Nacionales**

#### **Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo**

Presidente de la Academia Nacional Mexicana de Bioética

### **Editores Internacionales**

#### **Radhamés Hernández-Mejía**

España

Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, por la Universidad de Valladolid. Oficial Sanitario por la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid. Diplomado en Méthodes Statistiques, Épidémiologiques et Opérationnelles Appliquées à la Médecine et à la Santé Publique por L'Université Libre de Bruxelles. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Oviedo.

## **Reinaldo Godoy**

Editor

BOTICA Revista Médica Digital.

Afiliado a la Cámara Venezolana de Editores

## **Hugo Juanillo-Maluenda**

Académico investigador - Miembro Núcleo

Académico Mg. en Salud Comunitaria

Facultad de Salud y Ciencias Sociales

Universidad de Las Américas

Santiago de Chile

hjuanillo@udla.cl

---

Revista educativa "Para la Salud" Año 26, Número 236, Enero-Marzo, es una publicación trimestral y se edita por Medicina Publicidad y Mercadotecnia, S.A. de C.V. con domicilio en Colina de los Acónitos No. 1 Fracc. Boulevares, Naucalpan Edo. De México, C.P. 53140 Tel. (0155) 55726604. E-Mail: sistemed@sistemed.com.mx Editora Responsable: Dra. Hilda E. Alcántara Valencia, Certificado de litud de título No. 9746 Certificado de litud de contenido No. 6814. Numero de Reserva al título en derechas de Autor No. 04-2005-031611574100-12. Tiraje: 100 ejemplares.

Registro Postal: PP09-1924. Distribuido por Publicidad y Mercadotecnia Médica, S.A. de C.V.

Los editores señalan que las fuentes de información son confiables, sin embargo la información contenida en los artículos es responsabilidad de los autores. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos sin la autorización de los editores.

## Miembros del Comité Científico:

**Dr. Alan Maximiliano De los Santos Bernal**  
Coordinación de Internado Médico y Servicio Social –  
Facultad de Medicina en Universidad Westhill

**Dr. Juan Gerardo Medina González**  
**Dr. José Alejandro Chávez Fernández**  
Cardiología

**Dr. Arturo Torres y Gutiérrez Rubio**  
**Dr. Luis Eduardo Herrera Gómez**  
Medicina Interna

**Dr. Pedro J. Curi Curi**  
Cardiología Intensivista

**Dr. Gustavo Acosta Altamirano**  
Inmunólogo

**Dr. Sergio Gerardo Ruiz Mendoza**  
Epidemiología

**Dra. Margarita Nava Frias**  
**Dra. María del Carmen Espinosa**  
**Dr. Marte Hernández Porras**  
Pediatria

**Dr. José Francisco Virgen Gutiérrez**  
**Dr. Hugo Arturo Manzanilla García**  
Urología

**Dra. Laura Elena Domínguez Danache**  
Otorrinolaringología

**Dra. Ceriolith Tenorio Flores**  
Gastroenterología

**Dr. Lorenzo García**  
Dr. Alejandro Jahen García Delgado  
Geriatría

**Dr. Andres Tirado Sánchez**  
**Dr. Jose Antonio Sanabria Deseuza**  
Dermatología

**Dr. Fausto Moises Coronel Cruz**  
Ginecoobstetricia

**Dr. Lino Eduardo Cardiel Marmolejo**  
**Dr. Julio César Ballesteros del Olmo**  
Médico Pediatría Neonatólogo

**Dr. Francisco Fernández Paredes**  
Pediatra con Subespecialidad en Medicina del Adolescente  
Miembro Titular De La Academia Mexicana De Pediatría, A.C.

**Dra. Lilia Núñez Orozco**  
Neurología

**Dr. Carlos Belmont Martínez**  
Especialista en Medicina Familiar y Geriatría

**Dr. Armando Gregor López**  
Especialista en Medicina Familiar y Psicoterapia Familiar

**Dr. Víctor Manuel Tarango Martínez**  
Dermatólogo

**Dr. Antonio Luévanos Velázquez**  
Infectologo Pediatra

**Mtra. Beatriz Sánchez Aguilar**  
Administración de Sistemas de Calidad

**Lic. Enfra. Edith Ochoa Chávez**  
**Lic. Enfra. Francisco Javier Flores Alcaraz**  
Especialistas en Salud Pública

**Lic. Enfra. Ma. de los Ángeles Gómez Fonseca**  
Enfermera y Tanatóloga

**Dr. Álvaro Edgar Santoscoy García**  
Médico Especialista en Nutrición Clínica y Medicina del Trabajo

**Dra. Diana Esperanza Arévalo Simental**  
Oftalmología

# Índice

<b>Editorial</b> .....	4
<b>Comentario Editorial</b>	
• <b>Algunas consideraciones sobre: principios éticos en la educación</b> .....	5
Javier E. Gacía de Alba-García, Javier Eugenio García de Alba-Verduzco	
<b>Artículos originales</b>	
• <b>Conocimiento teórico del método clínico: un estudio informacional</b> .....	9
Alejandro Román-Rodríguez, Shania Naranjo-Lima, Reinuel Guiamet-Portales; Yadira Anaya-Mauri	
<b>Artículos de revisión</b>	
• <b>Sarampión en el recién nacido: Una revisión básica</b> .....	15
Jesús Moisés Ramírez-López, Emmanué Escobar-Cruz, Ulises Reyes-Gómez, Edgar Samuel Aguilar-Figueroa, Katy Lizeth Reyes-Hernández, Pedro Escalera-Arroyo, Cesar Virgen-Ortega, Socorro Azarell Anzures-Gutiérrez, Armando Quero-Hernández, Javier Fraga-Pérez,	
<b>Caso clínico</b>	
• <b>Hiperbilirrubinemia indirecta prolongada secundaria a leche materna</b> .....	20
Adriana Rincón-Gallardo	
<b>Artículo Histórico</b>	
• <b>Sarampión y vacunación: lecciones del pasado, retos del presente</b> .....	26
Cristian Iván Padilla-Franco, Adolfo López-Corona, José Mario Márquez-Amezcuca, Diana Core Romero-Lozano, Víctor Horacio Orozco-Covarrubias.	
• <b>Historia de la Sociedad Médica de Cunduacán Tabasco Fundada en Agosto de 1983</b> .....	32
Humberto Yáñez-García+, Damián Ernesto Madrigal-Hernández	
• <b>La revancha de la venganza de Moctezuma: La batalla que casi perdió Hernán Cortés en la Nueva España y su exvoto</b> .....	37
Eduardo Alfonso Hernández-Muñoz, Felipe Alfonso Hernández-López, Eugenio Vladimir Zavala-Sánchez.	

## Editorial Revista Educativa Para la Salud

Volver a lo básico para enfrentar lo urgente.

La medicina general y familiar en 2026 vive una paradoja que define nuestro tiempo: mientras la tecnología diagnóstica alcanza niveles de precisión inéditos, regresan a nuestros consultorios enfermedades que la salud pública daba por controladas. Este número 236 de PARA la SALUD no es casualidad: Es una radiografía de lo que hoy exige el primer nivel de atención.

El Comentario Editorial descrito por Javier E. García de Alba-García nos otorga las consideraciones sobre los principios Éticos en la educación, buscando los principios morales que contribuyen en la toma de nuestras decisiones, ya sea como docentes o como estudiantes. Nos deja los principios clásicos y otros datos para lograr una ética que responda a las necesidades diversas que se nos presentan.

El sarampión plantea hoy un doble desafío.

El trabajo de Jesús Moisés Ramírez-López y colaboradores, nos presentan una revisión sobre sarampión en el recién nacido: un escenario clínico que obliga al médico general y familiar a dar un diagnóstico más certero, porque el diagnóstico diferencial, en un lactante febril con exantema no da margen de error. En paralelo Cristian Iván Padilla-Franco, nos lleva a las lecciones del “pasado, retos del presente”, en vacunación. La conclusión de ambos textos converge en un punto crítico: sin un primer contacto sólido, formado y alerta, no hay cerco epidemiológico que funcione. El brote no se contiene en el hospital de tercer nivel; se contiene en el consultorio de primer nivel de atención, con la madre que duda si vacunar o no. Y ahí es donde estamos nosotros, para enfrentar brotes, diagnósticos complejos y padres angustiados.

El artículo original de Alejandro Román- Rodríguez sobre el conocimiento teórico del método clínico llega en el momento preciso. Entre algoritmos, guías y presiones de productividad, corremos el riesgo de olvidar que la medicina sigue naciendo en la anamnesis y exploración física, El método clínico no es lo “antiguo” que se contraponen con lo moderno, Es la vacuna más efectiva contra el error diagnóstico, la iatrogenia y la medicina defensiva. Nada substituye la mano que palpa un abdomen, o el oído que detecta una duda en la voz de un paciente. Recuperarlo no es nostalgia es urgencia.

La cotidianidad del consultorio también reclama espacio. El caso clínico de Adriana Rincón-Gallardo sobre hiperbilirrubinemia indirecta prolongada secundaria a leche materna es de esos casos que desvelan al médico. Porque detrás de un recién nacido icterico hay una madre exhausta, con miedo a estar haciendo algo mal. El abordaje no es sólo medir bilirrubinas: Es saber explicar, acompañar y decidir cuándo referir al paciente.

Ningún médico se sostiene en soledad.

La historia de la Sociedad Médica de Cunduacán Tabasco, documentada en este número, es testimonio de ello. Fundada hace 42 años, con 25 Jornadas Médicas y reuniones mensuales desde 1991. Para hacer de la educación continua el pilar del ejercicio médico, Su labor es un acto de responsabilidad ética con sus pacientes y con ellos mismos.

Cerramos con historia, porque la medicina también es cultura. El trabajo de Alonso Hernández-Muñoz sobre la revancha de Moctezuma y el exvoto de Cortes, nos sitúa ante la incertidumbre, el dolor y la enfermedad.

El ser humano siempre ha buscado sentido. Ayer fue un exvoto a la Virgen de Guadalupe por la picadura de alacrán; hoy es la búsqueda de evidencia, de guías y de segundas opiniones.

El médico general y familiar no solo atiende, contribuye con la salud: cada historia clínica bien realizada, cada diagnóstico oportuno, cada duda resuelta en el consultorio es una pieza que sostiene al andamiaje del conocimiento médico, elevando la calidad de la atención médica.

Antes de concluir quiero felicitar a todos los médicos que han fortalecido el conocimiento médico en Cunduacán Tabasco y que han contribuido con el bienestar de la población, teniendo como objetivo formar mejores profesionales de la salud a través de la educación médica continua.

# Comentario Editorial

## Algunas consideraciones sobre: principios éticos en la educación

Javier E. García de Alba-García (1), Javier Eugenio García de Alba-Verduzco (2).

(1) Sistema Universitario del Adulto Mayor Universidad de Guadalajara (UdG) Orcid: 0000-0002-4731-5304; (2) Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias UdG Orcid: 0000-0002-8583-2724.

### • **Ética y Educación a manera de introducción**

En un mundo donde se enfrentan desafíos como la desigualdad, la discriminación y la falta de integridad, resulta necesario que la educación imparta conocimientos, pero a la vez fomente valores éticos.

Así, la ética aplicada a la educación se establece como un instrumento para comprender y evaluar las prácticas pedagógicas dentro de cualquier sistema educativo.

Al involucrar a la ética en la educación, se busca comprender cómo los principios morales pueden guiar nuestra toma de decisiones y favorecer un entorno inclusivo y respetuoso, incluyendo tanto a docentes como a estudiantes. Estos principios incluyen aspectos como la justicia, la equidad y la responsabilidad social.

En los programas del SUAM, hemos pugnado por que los educadores sean transparentes con sus expectativas y prácticas; para que los estudiantes puedan sentirse seguros y apoyados para expresar sus pensamientos y preocupaciones. En un ambiente de transparencia y respeto, donde todos los actores de la comunidad educativa se sientan valorados éticamente, porque la ética en la educación beneficia no solo a individuos, sino también a comunidades enteras al fomentar una cultura de respeto y responsabilidad.

La relación con el Otro, según Lévinas, no es de simetría o igualdad en términos ontológicos, sino

de reconocimiento de su diferencia. En otras palabras, el Otro no es algo que el “Yo” pueda entender completamente ni absorber en su propio ser. Esta diferencia radical es el fundamento de la ética de Lévinas. Lévinas sostiene que la relación ética con el Otro es primaria y anterior al ser.

### • **Enfoques y Principios**

Existen diversos enfoques éticos aplicables, los cuales, si bien se desprenden de los filósofos clásicos, actualmente, estos han sido depurados entre otros, por Immanuel Kant (autonomía), John Rawls (justicia), John Stuart. Mills (beneficencia), Bernardo Gert (No maleficencia).

Al efecto la Dra. Cristine Halse catedrática de la Universidad de Educación en Hong Kong, sugiere basarnos en una ética de principios, que se diferencia de otros enfoques, porque enfatiza el bienestar de los demás en el trabajo académico, además de fundarse en aspectos prácticos y no en una sola teoría; circunstancia relevante si consideramos que el propósito moral de la vida humana es el logro de su propia felicidad, sin que por ello sea indiferente o no valore al otro, lo que conlleva velar por el propio bienestar, para garantizar el bienestar de los demás,

Así la Dra. Halse, adapta a la educación, los cuatro principios de ética en la investigación humana del documento *Australia's National Statement on Human Research Ethics* (2007) a saber:

1. *Mérito e integridad en la docencia*: la docencia debe basarse en un análisis riguroso de estudios previos y de la literatura actual; emplear un diseño y métodos apropiados y contribuir al conocimiento y al entendimiento de una disciplina o de un campo.

2. *Justicia*: se refiere a que los beneficios y obligaciones de la enseñanza se distribuyan de manera equitativa.

3. *Beneficencia*: trata acerca de que los beneficios esperados de la docencia justifiquen y superen cualquier riesgo de daño o incomodidad a los participantes, incluyendo los de tipo psicológico (tales como sentimientos de minusvalía, angustia, culpa, enojo o miedo). Por ejemplo, cuando se pone al descubierto información sensible o vergonzosa, y/o devaluación de la propia autoestima o daños sociales, que involucran las redes sociales, o las relaciones con otros.

4. *Respeto*: el participante debe respetar la privacidad, confidencialidad y sensibilidad cultural de los otros y cuando sea relevante también de las comunidades.

*Nota: Es importante mencionar aquí un asunto –que se desarrollará más adelante– acerca de que muchos autores, que basan su propuesta ética en principios fundamentales, coinciden en cuatro: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (Beauchamp y Childress, 2001).*

*El documento australiano entrelaza sin distinguirlos a los dos primeros y no incluye directamente el de autonomía. Beauchamp y Childress (2001) hacen una distinción entre principios y reglas de la ética profesional. En las segundas ubican privacidad y confidencialidad, que en el caso de Australia se localiza en respeto.*

Entonces lo ideal en la relación ética-educación, es revisar si se logró una congruencia entre el ser y el deber ser, en otras palabras, entre lo que hace y dice una persona, llámese profesor o alumno, o sea con sus responsabilidades sociales.

Así, por ejemplo, las tareas centrales que se encomiendan a los profesores son:

... *transmitir los conocimientos, estimular el aprendizaje y las capacidades cognoscitivas de los alumnos, la de ser acompañantes y guías de la adquisición de habilidades, métodos y actitudes (Hortal, 2000: 59).*

Lo cual produce en el educando empoderamiento, mejorando su nivel vital y social. Pues los principios éticos en educación, buscan beneficiar a los estudiantes, mediante una educación: activa, participativa y reflexiva, en la adquisición de conocimiento para tomar una posición crítica constructiva ante la realidad y respetuosa del punto de vista de otros.

### • Principios clásicos

*El principio de no maleficencia* no solo abarca la dimensión física, sino también la emocional, al lastimar la propia estima del educando.

*El principio de autonomía*, se aplica tanto, al profesor que requiere de independencia y libertad para realizar adecuada y éticamente su trabajo, como al alumno cuyos derechos deben ser respetados, ambos casos se complementan para lograr en el binomio (profesor-alumno), un aprendizaje significativo en un marco (por ejemplo, el andragógico en adultos mayores) de relación horizontal y simétrica.

*El principio de justicia* requiere enmarcarse en una ética social donde se contribuye al mejoramiento de la sociedad, vgr: el maestro tiene responsabilidad de enseñar porque se tiene el conocimiento, y el alumno la responsabilidad de ser puente cultural intergeneracional.

En ambos se inculca la promoción de una distribución justa y equitativa de bienes y servicios y del florecimiento humano, pues la educación es a la vez, tal y como de hecho funciona; el factor más determinante de generación de desigualdad y marginación social. Por todo ello, no basta con enseñar bien (principio de beneficencia) y

respetar a las personas (principio de autonomía); hay que trabajar desde todas partes, desde todas las profesiones, muy especialmente desde las aulas, en favor de la justicia situación que plantea beneficiarios conscientes de que dependen de la capacidad de: *las instituciones* para satisfacer sus demandas requiriendo la presencia de *los usuarios* que reclaman determinados bienes y servicios, *el profesional* que requiere de medios para ofrecerlos y los *responsables públicos*, que representan al conjunto de la sociedad y buscan conseguir un cierto equilibrio entre necesidades, exigencias y expectativas de todos. (Bermejo, 2002)

Por eso es importante que los beneficiarios sean conscientes de que dependen de la capacidad de las instituciones para satisfacer sus demandas y que no está únicamente en manos de los profesores generar una sociedad justa y libre, pero en ambos casos (maestros y alumnos) si buscar caminos para lograrlo.

### • Consideraciones finales

Es injusto pretender que una sociedad injusta y desigual considere que solo la escuela puede regenerarla. Pero habrá que reconocer que la enseñanza y la educación son hoy un instrumento poderoso para el ascenso social, y de adquisición, conservación, elevación o pérdida de estatus. Y – en la otra cara de la moneda– la educación es

a la vez, tal y como de hecho funciona, el factor más determinante de generación de desigualdad y marginación social.

Por todo ello, no basta con enseñar bien (principio de beneficencia) y respetar a las personas (principio de autonomía); hay que trabajar, muy especialmente desde las aulas, en favor de la justicia (Hortal, 2000: 66).110; porque en el caso del adulto mayor se requiere des-marginalizarlo y empoderarlo para hacerlo protagonista social sin demoras, máxime que este siglo XXI, se ha destacado por el envejecimiento poblacional, de ahí que el lema del SUAM (*lugar donde confluyen experiencia y sapiencia*), cada día cobre más sentido, pues experiencia sin sapiencia nos lleva a una practicidad mecánica, y sapiencia sin experiencia nos conduce a desdeñar la historia y en ambos casos a la deshumanización de la vida cotidiana.

Se requiere entonces una ética educativa que responda exitosamente a las necesidades de nuestros educandos, su diversidad de realidades, integrando tradiciones culturales (Dussel.2020), pues nuestra obligación hacia los demás no tiene límites y no solo se reduce a no hacer daño, sino preocuparse activamente por el bienestar de los demás (Levinas. 1993.) donde el proceso educativo sea herramienta transformadora, mediante la reflexión, la participación y la acción. (Freyre. 2022)).

**Contacto:** Dr. Javier E García de Alba García.  
Javier\_91046@yahoo.com

## • Referencias Bibliográficas

- Hirsch Adler A. (2013) La ética profesional basada en principios y su relación con la docencia. *Edetania* 43 [julio 2013], 97-111.
- García-López, R., Jover, G. y Escámez, J. (2010) *Ética profesional docente*. Madrid, España, Editorial Síntesis.
- Halse, C. (2011) "Confessions of an ethics committee chair", en *Ethics and Education*, United Kingdom, Routledge, vol. 6, 3, octubre 2011: 239-251.
- Hirsch, A. (2012) "Conductas no éticas en el ámbito universitario", *Perfiles Educativos*, Número especial, vol. XXXIV, 2012, IISUE - UNAM: 142-152.
- Hortal, A. (2000) "Docencia" en A. Cortina y J. Conill (eds.) *10 palabras clave en ética de las profesiones*. Navarra, Editorial Verbo Divino, pp. 55-78.
- Hortal, A. (2002) *Ética general de las profesiones*. Bilbao, España, Desclée De Brouwer, SA.
- Beauchamp, T. y Childress, J. (2001) *Principles of Biomedical Ethics* (5.ª ed.). Nueva York, Oxford University Press.
- Bermejo, F. (2002) *La ética del trabajo social*. Bilbao, España, Desclée De Brouwer, S.A.
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964) Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Bioética, Universidad de Chile. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion>. (Última consulta el 2 de febrero de 2013).
- Código de Núremberg (1947). Disponible en: <http://es.wikipedia.org> (Última consulta el 31 de enero de 2013).
- David, M. y Sutton, C. (2011). "Capítulo 2: Ser Ético", en *Social Research. An Introduction*, Londres, SAGE Publications LTD, 2.ª ed., 29 - 53.
- Levinas, E. (1993). *Humanismo del otro hombre*. Caparrós Editores.
- Dussel, E. (2020). *Lecciones de Filosofía de la liberación*. Editorial Las cuarenta. Buenos Aires. 240pp.
- Freyre, P. (2022) *Pedagogía del oprimido*. Editorial Siglo XXI. 243pp

# Conocimiento teórico del método clínico: un estudio informacional

Alejandro Román-Rodríguez (1), Shania Naranjo-Lima. (2), Reinuel Guiamet-Portales (3); Yadira Anaya-Mauri (4).

(1) Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad Calixto García. La Habana. Cuba. ORCID: 0009-0008-6349-7161 (2) Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas Dr. Juan Guiteras Gener. Matanzas, Cuba. ORCID: 0000-0001-6248-2963; (3) Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Especialista en I Grado en cirugía general ORCID: 0009-0007-9503-6389; Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Especialista en I Grado en Medicina General Integral y Cirugía general. ORCID: 0009-0009-4449-7040.

## • Resumen

**Introducción:** el método clínico constituye el arma fundamental que posee todo médico al propiciar diagnósticos acertados de manera rápida y eficaz mediante el estudio del correcto proceder en la práctica médica, la semiología, el interrogatorio y el correcto examen físico con un orden lógico. **Objetivo:** determinar desconocimiento en estas áreas, sobre el correcto proceder ante un paciente empleando el método científico. **Método:** se realizó un estudio informacional abierto de tipo descriptivo mediante el empleo de una encuesta, capaz de propiciarnos datos para la obtención de una base de datos, para un total de 427 participantes; tanto estudiantes como profesores y obtener los porcentajes de errores. Dichos resultados se ubicaron en tablas, se utilizó la estadística descriptiva e inferencial a través del sistema computarizado Epidat 3.1. **Resultados:** se obtuvo que los errores encontrados se enfocan en el conocimiento por concepto de las fases del MC, así como en su orden lógico; para un 41% y 19.17% de error respectivamente. **Conclusiones:** el conocimiento del MC es primordial para la práctica médica, capaz de disminuir los índices de complicaciones en los pacientes, ahorrar recursos en temas de economía de salud, evitar la polifarmacia y de la mano de esta la Resistencia Antimicrobiana.

**Palabras clave:** Examen Físico; Método Clínico; Polifarmacia; Salud

## • Abstract

**Introduction:** The clinical method is the fundamental tool that every doctor has. It is capable of providing accurate diagnoses quickly and effectively through the study of the correct procedures in medical practice, semiology, patient interviews, and proper physical examinations in a logical order. **Objective:** to determine the lack of knowledge in these areas regarding the correct approach to a patient using the scientific method. **Method:** An open observational descriptive study was conducted using a survey, which provided data for creating a database, with a total of 427 participants; both students and teachers, to obtain the percentages of errors. These results were organized in tables, and descriptive and inferential statistics were used through the computerized system Epidat 3.1. **Results:** it was obtained that the errors found focus on the knowledge of the phases of the clinical method, as well as on their logical order; for 41% and 19.17% of error respectively. **Conclusions:** knowledge of the clinical method is essential for medical practice, capable of reducing the rates of complications in patients, saving resources in health economics, avoiding polypharmacy and hand in hand with it Antimicrobial Resistance.

**Keywords:** Clinical Method; Health; Physical Examination; Polypharmacy

## • Introducción

El Método Científico constituye la herramienta primordial de todo investigador, el mismo está formado por un conjunto de etapas organizadas bajo un pensamiento científico-lógico en aras de comprender y obtener un conocimiento certero acerca de cualquier proceso natural. Se puede decir que a lo largo de la historia ha experimentado variaciones, pues desde los tiempos de Galileo Galilei; considerado el primer científico moderno, ha evolucionado hasta ser consolidado un sistema objetivo y sólido en la Ciencia Moderna actual.<sup>1,2,3</sup>

Por su parte, el Método Científico (MC) surge como una adaptación del método científico aplicado al campo de las Ciencias de la Salud, enfocado en mayor medida en el estudio de la Medicina Humana y, de igual forma, constituye un proceso ordenado y enfocado en detectar, diagnosticar y tratar a los pacientes de una manera eficaz.<sup>2,3,4,5</sup>

Se añade a este el estudio de la epidemiología, el riesgo social y la clínica; que incluyen elementos fundamentales para el médico como son: la interpretación semiótica y exposición sindrómica del paciente. Para entender la clínica, podemos recordar el famoso aforismo, de Claude Bernard: “no hay enfermedades, sino enfermos”, lo que ilustra en solo 5 palabras lo que se pretende lograr mediante el uso del MC en la práctica Médica al enfocar la semiología médica al contexto del paciente; a través de la correcta interpretación y estudio de síntomas y signos.<sup>5,6,7</sup>

En Cuba siempre ha sido objetivo de estudio en la formación galena, el inculcar el correcto enfoque de la anamnesis, la adecuada realización del examen físico y recopilación de síntomas y signos en la semiología, elementos que justifican la trascendencia Mundial de la Medicina Cubana. En tiempos actuales, pese a todas las dificultades económicas del país, sumado al llamado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); es necesario hacer un llamado a la realización correcta del MC así disminuir la Resistencia Antimicrobiana (RAM), los gastos innecesarios en insumos y a la par la disminución de las

complicaciones en enfermedades maltratas o mal diagnósticas.

Por ello fue objetivo de este manuscrito el comprobar conocimiento acerca del MC y su correcta realización, justificado en su relevancia médica.

## • Métodos

Se realizó un estudio de tipo informacional, recopilatorio, de corte transversal, entre los días 20 de enero del 2025 al 10 de febrero del mismo año, a través de la aplicación de una encuesta diseñada de tal forma que permitiera su acceso a resolución desde el pregrado y, garantizar así un aumento del universo para el estudio y obtener la mayor cantidad de respuestas posibles, para así crear una base de datos en Excel que permitiera estratificar los datos y trabajar con los porcentajes de error.

Para dar solución al objetivo planteado se formularon 5 preguntas encaminadas a demostrar el conocimiento sobre el MC de la forma más abarcadora, resumida y directa posible, con puntaje de 2 puntos por pregunta para una validación en base 10. Fue enfocado hacia los conceptos de las fases y el orden lógico del proceder. El cuestionario se aplicó en la fase final de un taller de método clínico, mediante la realización de una encuesta elaborada en Google Forms. Las respuestas fueron contrastadas con los conceptos establecidos y encontrados en la bibliografía más actualizada y los criterios del colectivo de autores.

El cuestionario se aplicó a un total de 482, 161 profesores y 321 estudiantes, de manera conjunta, se eliminaron respuestas incompletas o mal formuladas, para fijar un total final de 427 participantes, constituyendo este el tamaño final de la muestra a estudiar. Esto asegura la veracidad y confiabilidad de los datos obtenidos.

Los resultados se ubicaron en tablas de asociación para su análisis estadístico a través del sistema computarizado Epidat 3.1. Se usaron el porcentaje, la media aritmética ( $\bar{x}$ ) y desviación estándar (DE)

como medidas de resumen. Se aplicó la prueba de Ji cuadrado, con un nivel de significación de  $p < 0,05$ , cuando se requería determinar asociaciones entre variables.

Se tuvo en cuenta en todo momento las consideraciones éticas, los participantes respondieron voluntariamente la encuesta facilitada por los disímiles medios, se mantuvo en todo momento salvaguardado la identidad de cada cual, fue tenido en cuenta los principios de beneficencia, no maleficencia, y otros aspectos planteados en la Declaración de Helsinki.

## • Resultados

En un primer momento se recogió las respuestas del universo en torno a la pregunta: ¿Cuál es la fase que se asocia con la recogida exitosa y paciente de datos pertinentes, síntomas y signos por el médico durante la consulta?. De manera que como se observa en la tabla 1 se demuestra un desconocimiento para el 18.02 % del universo en términos conceptuales.

**Tabla 1. Respuestas obtenidas en número contra porcentos.**

Fases	No	%
Hipótesis	16	3,74
Información	350	81,96
Inicio	36	8,43
Comprobación	18	4,215
Resolución	7	1,639
<b>Total:</b>	<b>427</b>	<b>% error: 18,02</b>

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 3. Respuestas obtenidas en número contra porcentos.**

Concepto de MC	No	%
No es más que el Examen Físico realizado de la manera más coherente posible.	8	2,06
El MC es el conjunto de pasos con una secuencia lógica que todo médico aplica en busca del diagnóstico.	278	71,65
Constituye el examen físico realizado correctamente y los complementarios a realizar.	9	2,32
El MC, no es más que el método científico sin ningún tipo de distinción o diferencia.	132	23,97
<b>Total:</b>	<b>427</b>	<b>Error: 28,35 %</b>

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 2 relaciona la selección de las fases que engloba el MC. De manera que un 27,85 % demuestra desconocimiento al respecto.

**Tabla 2. Respuestas obtenidas en número contra porcentos.**

Fases	No	%
1. Hipótesis		
2. Argumentación	13	3,04
3. Resolución		
1. Información		
2. Formulación		
3. Hipótesis	308	72,13
4. Contrastación		
5. Comprobación		
1. Inicio		
2. Hipótesis	16	3,74
3. Resolución		
1. Inicio		
2. Hipótesis	90	21,07
3. Comprobación		
4. Resolución		
<b>Total</b>	<b>427</b>	<b>Error: 27,85 %</b>

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 3 refleja lo que los participantes entienden por MC, un concepto imprescindible en la formación académica. Se observa que un 28,35 % no acertó en sus respuestas.

La Tabla 4 se corresponde con una pregunta abierta donde se debía expresar que fase del MC se corresponde con la formulación de diagnósticos presuntivos surgidos a raíz de la información obtenida a través de la anamnesis y examen físico. Aunque para esta pregunta se obtuvo un porcentaje menor de error, resulta desconcertante encontrar que el 14,97 % desconocía que se hacía referencia a la fase de Hipótesis.

Respuestas de los participantes	No	%
Hipótesis	363	85,01
Resolución	6	1,40
Fase Analítica	4	0,93
Comprobación	10	2,34
Diagnóstico	2	6,56
Resolución	4	0,93
Contrastación	5	1,17
Evaluación	7	1,64
<b>Total:</b>	<b>427</b>	<b>Error: 14,97 %</b>

Fuente: Elaboración propia

## • Discusión

Para comprender la necesidad del conocimiento del MC en los profesionales de la salud se debe tener en cuenta que un profesional al aplicar esta secuencia de fases posee hasta un 95 % del diagnóstico, pues a través del interrogatorio se alcanza entre un 60-70 %, luego el examen físico añade aproximadamente del 10-15 % y los exámenes complementarios encaminados al pensamiento lógico y a corroborar la hipótesis diagnóstica ya formulada permite llegar al 95 %.<sup>8</sup>

Álvares Síntes et al.<sup>9</sup> plantean como primera batalla, la que se debe librar contra el uso indiscriminado de los exámenes complementarios; pues a partir de su perfeccionamiento tecnológico numerosos galenos se apoyan más en estos que en el propio examen físico y el correcto proceder. La segunda guerra surge de mano de la medicina basada en evidencia, donde la estratificación de datos permite una aproximación en pronóstico por el cual muchos profesionales son guiados y olvidan el viejo aforismo ya antes mencionado

que advierte sobre las particularidades de cada paciente.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que enfermedades mal diagnosticadas serán mal tratadas al imponer un tratamiento aplicado al diagnóstico realizado bajo el juicio particular de cada profesional, pero no correcto. En este sentido al aplicar un tratamiento con antibióticos que no solucione la condición del paciente al no corresponderse con su enfermedad propicia la resistencia antimicrobiana (RAM), por solo poner un ejemplo.

En este sentido, la OMS ha alertado sobre la existencia de “la epidemia silente del siglo XXI”: la RAM. Alexander Fleming acertó cuando expresó el miedo que sentía por el mal uso que el hombre podía darles a los antibióticos. Esta situación que venía generándose desde tiempo atrás, se aceleró luego de la Pandemia de Covid-19. Además, se debe tener en cuenta el problema que supone la accesibilidad a algunos antibióticos; que son vendidos de forma libre, sin exigencia de prescripción médica, lo que facilita la automedicación. Se estima que para el 2050 puedan morir más personas por la RAM que las que fallecen cada año debido a los procesos neoplásicos.<sup>10,11,12</sup>

La conjunción entre la praxis clínica inadecuada y la dispensación de medicamentos sin regulación puede contribuir negativamente al incremento de las tasas de mortalidad. De igual forma, este fenómeno genera implicaciones fiscales directas, al incrementar la presión sobre los recursos gubernamentales destinados a garantizar la provisión de insumos sanitarios básicos.<sup>12</sup>

Autores como Haiyang Yu et al.,<sup>13</sup> Goyes Baca et al.<sup>14</sup> y Salazar Carranza et al.<sup>15</sup> coinciden en señalar que las infecciones nosocomiales, sobre todo aquellas asociadas a mecanismos de resistencia microbiana, generan dos consecuencias críticas: prolongan la estancia hospitalaria e incrementan la demanda de terapias antibióticas, las cuales deben administrarse en esquemas más intensivos (dosis mayores y periodos de tratamiento extendidos).

De igual modo, esta situación produce presión económica sobre los sistemas de salud, derivada de la necesidad de invertir en la investigación y desarrollo de nuevos agentes antimicrobianos. Esta inversión, que requiere cuantiosos recursos financieros, se ve sustancialmente limitada por la rápida obsolescencia de dichos fármacos, dado que los patógenos desarrollan resistencia en un plazo relativamente breve. Además, la diseminación horizontal de genes de resistencia – mediante plásmidos u otros elementos genéticos móviles– acelera la propagación de este fenómeno.

Todos estos elementos ponen de manifiesto la relevancia crítica de un adecuado MC durante la práctica médica. En el contexto actual, resulta imperativo un mayor conocimiento especializado, una formación continua más rigurosa y un enfoque sistémico centrado en la regulación de la prescripción y en el control de acceso a los fármacos.

## • Conclusiones

Aunque los resultados encontrados en aras del desconocimiento pueden considerarse no tan alarmantes, el colectivo de autores los considera relevantes. Los resultados más alarmantes giran en torno al desconocimiento acerca del concepto de método clínico, seguido por las fases que componen este método, para dejar a últimos los conocimientos personales e individuales de cada fase. Estos resultados revelan una preocupante brecha en el conocimiento y la aplicación del método en la población estudiada. A pesar de ser el núcleo epistemológico y práctico de la medicina, su enseñanza y ejercicio se ven amenazados. Este hallazgo no solo evidencia una debilidad en la formación médica sino que también plantea un riesgo significativo para la calidad y seguridad de la atención al paciente.

**Contacto:** Dr. Alejandro Román Rodríguez

Correo electrónico: [alejandrromanrodriguez2@gmail.com](mailto:alejandrromanrodriguez2@gmail.com)

## • Referencias bibliográficas

1. Alcalá Manuel SU. Complejidad y método científico. Rev. Iberoam. Investig. Desarro. Educ [Internet]. 2022 [citado: 13/1/2026];12(24):e060. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74672022000100060&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672022000100060&lng=es).
2. El Método Científico: Características, Clasificación y Evolución [Internet]. Estudiapuntos. 2025 [citado: 13/1/2026]. Disponible en: <https://www.estudiapuntos.com/el-metodo-cientifico-caracteristicas-clasificacion-y-evolucion.html>
3. Morales-Flores EA, Lizcano-Sánchez M, Torres-Vázquez JA, Gafford-Soto A. El MC como estrategia de aprendizaje de estudiantes en medicina del Centro Universitario de la Costa, México. RECCYS [Internet]. 2024 [citado: 13/1/2026];4(2):164-77. Disponible en: <https://www.cienciaysociedaduatf.com/index.php/ciesocieuatf/article/view/134>
4. Significadosweb.com. [citado: 13/1/2026]. Disponible en: <https://significadosweb.com/concepto-de-metodo-clinico-definicion-y-que-es/>
5. Favier Torres D, Samón Leyva D, Chi Ceballos D, Calderin Lores D, Rodríguez Llanes D. MC. Algunos aspectos esenciales de sus etapas. Rev Inf Cient [Internet]. 2014 [citado: 13/1/2026]; 83 (1) . Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/999>
6. Echevarría Parlay JC, Pérez Montes de Oca E, Fernández Arguez A. El MC en el siglo XXI. Rev. cient. estud. HolCien [Internet]. 2024 [citado: 13/1/2026];5(1). Disponible en: <https://revholcien.sld.cu/index.php/holcien/article/view/261>
7. de Lamar R. No hay enfermedades sino enfermos [Internet]. canarias7. 2014 [citado: 13/1/2026]. Disponible en: [https://www.canarias7.es/hemeroteca/no\\_hay\\_enfermedades\\_sino\\_enfermos-OECSN337009](https://www.canarias7.es/hemeroteca/no_hay_enfermedades_sino_enfermos-OECSN337009)
8. Gob.mx. [citado: 13/1/2026]. Available from: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol\\_29\\_2024/COMPLETO\\_4.pdf#page=12](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_29_2024/COMPLETO_4.pdf#page=12)
9. Santana-Pérez J, García-Pérez R, Álvarez-Sintes R. Ante el desafío tecnológico, defensa de la enseñanza del MC por asignaturas clínico-quirúrgicas. REMS [Internet]. 2023 [citado: 13/1/2026]; 37(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412023000200018&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412023000200018&lng=es)
10. Herrero Díaz A, López Berrio S, Román Herrera E. Antimicrobial resistance: a problem aggravated by the COVID-19 pandemic. Rev. inf. cient. [Internet]. 2024 [citado: 13/1/2026]. Disponible en: [http://scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412024000100018&lng=es](http://scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412024000100018&lng=es)

- sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1028-99332024000100026&lng=es
11. Camacho Silvas LA. Resistencia bacteriana, una crisis actual: e202302013. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2023 [citado: 13/1/2026];97:10. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/93>
  12. Marcos-Carbajal P, Salvatierra G, Yareta J, Pino J, Vásquez N, Diaz P, et al. Caracterización microbiológica y molecular de la resistencia antimicrobiana de Escherichia coli uropatógenas de hospitales públicos peruanos. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2021 [citado: 13/1/2026];38(1):119-23. Available from: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2021.v38n1/119-123/>
  13. Yu Haiyang, H, Quiñones Pérez D. La humanidad enfrenta un desastre: la resistencia antimicrobiana. Rev haban cienc méd [Internet]. 2021 [citado: 13/1/2026]; 20( 3 ): Epub 16-Jun-2021. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2021000300020&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2021000300020&lng=es)
  14. Goyes-Baca M, Sacon-Espinoza M, Poveda-Paredes F. Gestão do sistema de saúde equatoriano contra a resistência antimicrobiana. Rev. inf. cient. [Internet]. 2023 [citado: 13/1/2026]; 102: Epub 18-Ene-2023. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332023000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332023000100004&lng=es)
  15. Salazar Carranza LA, Castro Posligua AA, Jiménez Granizo FP, Medina Pinargote FR. La resistencia bacteriana un grave problema de salud pública. RECIMUNDO [Internet] 2023 [citado: 13/1/2026];7(4), 235-244. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(4\).oct.2023.235-244](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.235-244)

# Sarampión en el recién nacido: Una revisión básica

Jesús Moisés Ramírez-López, (1,2) Emmanué Escobar-Cruz, (1,3) Ulises Reyes-Gómez, (1,4,5) Edgar Samuel Aguilar-Figueroa, (1,4,6) Katy Lizeth Reyes-Hernández, (1,4,7) Pedro Escalera-Arroyo, (1,8) Cesar Virgen-Ortega, (1,4) Socorro Azarell Anzures-Gutiérrez, (1,9) Armando Quero-Hernández, (1,5) Javier Fraga-Pérez, (1,10)

(1) Grupo Académicos por la Ciencia (GAC) AC. URG-(Orcid 0009-0007-6264-2702); (2) Infectólogo Pediatra, Hospital Ángeles, Chihuahua (JMR Orcid 0000-0003-2873-8827); (3) Adscrito al servicio de Pediatría, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tabasco EEC (Orcid 0009-0002-4543-4999); (4) Unidad de investigación en Pediatría, Instituto San Rafael San Luis Potosí CVO-(Orcid 0000-0001-7052-1520); (5) Facultad de Medicina Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca; (6) Adscrito al servicio de Pediatría, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Zapata, San Luis Potosí (ESAF (Orcid 0009-0006-0108-8202); (7) Jefe de la Terapia Intensiva Neonatal, Beneficencia Española San Luis Potosí KLRH-(Orcid 0009-0006-2209-2681); (8) Departamento de oftalmología Pediátrica, Hospital Militar, cd. De México PEA (ORCID 0000-0002-6777-6431); (9) Infectólogo Pediatra, León Guanajuato SAAG (ORCID 0000-0002-2982-0921); (10) Oncólogo Pediatra, Hospital General Regional No. 1, IMSS, Charo, Michoacán.

## • Resumen

El virus de sarampión puede infectar al neonato a través de la vía transplacentaria in útero (al final de la gestación, la placenta se vuelve permeable al virus del sarampión, por lo tanto, si la madre se infecta en días previos al parto, es probable que el RN esté infectado) o por una eventual ruptura de membranas amnióticas, a través del canal de parto en una madre en fase exantemática; o por vía aérea a partir de contacto con enfermos de manera posnatal, a través de las cuales se producen 2 variedades de infección en este grupo etáreo conocidas como sarampión congénito y sarampión neonatal. La presente actualiza los datos ya conocidos y discierne la importancia de hacer un diagnóstico diferencial estas dos entidades, la gammaglobulina específica es la piedra angular del tratamiento de este virus, dado que el neonato cursa con un sistema inmunológico debilitado propio de su edad.

**Palabras clave:** neonato, sarampión congénito, sarampión neonatal, inmunoglobulina IV.

## • Abstract

The measles virus can infect newborns transplacentally in utero (at the end of gestation, the placenta becomes permeable to the measles virus; therefore, if the mother is infected in the days leading up to delivery, the newborn is likely to be infected) or through rupture of amniotic membranes during childbirth in a mother with an exanthematous rash; or via the airborne route through contact with infected individuals postnatally. These routes result in two types of infection in this age group, known as congenital measles and neonatal measles. This article updates existing data and highlights the importance of differentiating between these two entities. Specific immunoglobulin is the cornerstone of treatment for this virus, given the newborn's weakened immune system characteristic of their age.

**Key words:** newborn, congenital measles, neonatal measles, IV immunoglobulin

## • Introducción

El sarampión es una enfermedad febril de etiología viral altamente transmisible y con letalidad potencialmente elevada (originada por la presencia del virus per se o por bacterias sobreagregadas) provocada por la infección del virus RNA monocatenario del sarampión que pertenece a la familia Paramyxoviridae.

Su mecanismo de transmisión es a través de gotas respiratorias o pfluge, así como a través de partículas de aerosol suspendidas en el ambiente; suele ser transmisible 4 días antes y 4 días de la aparición de las lesiones cutáneas siendo favorecido por una tos intensa en esas fases clínicas, con un periodo de incubación promedio de 10 - 14 días. Es tan contagioso, que su R0 o número reproductivo es de 12-18 casos secundarios que pueden contagiarse a partir de la exposición a un individuo infectado en una población susceptible.<sup>1,2</sup>

Clásicamente en el sarampión se presenta inicialmente en la fase prodrómica (con duración de 2 a 4 días) fiebre que suele ser de alto grado acompañado de cualquiera de los siguientes 3 síntomas (tos, coriza y conjuntivitis o 3's C por sus iniciales en inglés). Las lesiones patognomónicas conocidas como manchas de Koplik pueden aparecer 1-2 días antes del inicio de la erupción y durar 1-2 días después.

El exantema en la variante típica de sarampión se caracteriza por lesiones eritemaculopapulares confluentes (sin zonas de piel sana interpuestas entre ellas) que suelen aparecer 2 a 4 días después del inicio de la fiebre, que inicia por detrás de los pabellones auriculares y debajo del borde implantación del cabello, iniciando en la cara y la cabeza: después diseminándose al tronco, los brazos y las piernas.

Dichas lesiones inician un periodo de descamación generalmente a los 3 días posteriores a su aparición en el mismo sentido en el que lo hicieron.

Esta enfermedad puede afectar la piel, ojos, aparato digestivo, sistemas respiratorio y

nervioso, entre otros, dado que el daño es generalizado. Complicaciones tales como diarrea, neumonitis, otitis media y conjuntivitis, entre otras, pueden presentarse hasta 1 mes después de la infección y ocurren en hasta un 30% de los casos y se han reportado principalmente en niños y sujetos con inmunodepresión. Una de ellas, la ceguera, es consecuencia de una ulcera corneal y se manifiesta con frecuencia en individuos con deficiencia de vitamina A; esta última, no tiene efectos profilácticos en la infección por sarampión, pero sí a quienes tenga esta condición.

Dichas complicaciones se han explicado por la llamada amnesia inmune causada por el agotamiento de la memoria de las células B y T por el virus del sarampión, y que es el mecanismo que subyace a la susceptibilidad a largo plazo a infecciones secundarias en personas que lo han padecido.

La variante modificada de sarampión puede presentarse en personas con esquema de inmunización completo o incompleto, originada por un fallo primario de la vacuna, una falla en la seroconversión o a un fallo secundario a la vacuna producido por una reducción de los anticuerpos circulantes contra el virus a los 6 años o más después de la vacunación. En estos individuos la expresión clínica del sarampión suele ser leve, con lesiones exantemáticas con escasa o sin fiebre, síntomas respiratorios inespecíficos y viremia disminuida. Estas personas suelen tener menores índices de transmisibilidad del microorganismo. (Foto 1)

Al ser una enfermedad de etiología viral, el tratamiento es sintomático y de soporte; entre ellos destaca la administración de vitamina A en esquemas recomendados por la OMS y pautados en sus guías universales. El manejo de las complicaciones se realiza en base al tipo de afección presentada y según los lineamientos específicos para cada una de ellas según las normas de cada país.<sup>3-5</sup>

Antes de la introducción de la vacuna contra el sarampión en los años 60's y su uso a nivel mundial, ocurrieron epidemias cíclicas cada

2 a 3 años y causó alrededor de 2,6 millones de decesos anuales en todo el planeta. En sí misma y hasta ahora, la vacunación universal es, ha sido y será hasta la actualidad, el único recurso a nivel mundial y con un robusto pilar de evidencias científicas que ha demostrado prevenir en gran escala los estragos causados por el virus del sarampión en la humanidad.



**Foto 1** Recién nacido hijo de madre vacunada presentó sarampión modificado, contagiado por el padre quien cursaba con sarampión.

Tomada con autorización por Moises Ramírez López.

## • Historia

El sarampión fue descrito por primera vez por Muhammad Ibn Zakariya Ar Razi (860-932) (médico y filósofo persa) como una enfermedad más mortal que la viruela. Si bien afecta a sujetos en todos los grupos de edades, tiene una alta incidencia en la infancia. Después del primer reporte por el Dr. Smith en 1870 sobre el primer caso de sarampión en un neonato, su frecuencia ha sido reconocida como rara a nivel mundial, ello debido al paso de anticuerpos protectores al feto por vía transplacentaria a partir de madres inmunes por una infección previa con virus

salvaje o por vacunación; sin embargo, cuando se presentan, a menudo implican altas tasas de mortalidad (20-50%).

En la actualidad, el sarampión en este grupo de población es el fruto de madres no vacunadas, una disminución de la inmunidad inducida por la vacuna o de niveles de anticuerpos circulantes relativamente más bajos en madres inmunizadas en comparación con madres infectadas naturalmente, lo que lleva a una pérdida o reducción en la transferencia de anticuerpos maternos al producto de la gestación en el último trimestre del embarazo, lo que supone que la población neonatal es un grupo de alto riesgo para morbilidad, con especial énfasis en los recién nacidos prematuros, ya que estos se benefician de una forma incompleta o escasa de la transferencia pasiva de anticuerpos desde la madre, como en este caso que fue contagiado por el padre por ello se clasifica con sarampión modificado.

Las infecciones, a menudo adquiridas perinatalmente o poco después del nacimiento suelen con frecuencia expresarse de forma clásica asociadas a ictericia o deterioro ventilatorio progresivo, con potencial de neumonía, encefalitis e infecciones sobreagregadas; en menor número, puede manifestarse clínicamente en la modalidad modificada, y más raro aún de forma subclínica o asintomática, como en casos de madres que han sido previamente inmunes y en donde el bebé es amamantado, lo que incrementa los niveles circulantes de anticuerpos a nivel sistémico por ambas vías; No obstante, también debe considerarse que la presencia o ausencia de lesiones exantemáticas, producto de la respuesta inmune a nivel de la piel ante la infección, estará influenciado por la edad gestacional del neonato, con relación inversamente proporcional entre esta última y el grado de madurez del aparato inmunológico del recién nacido en relación con la edad gestacional (Ashir y cols. estudiaron en 2014, 168 binomios de madres e hijos en África, y observaron que los neonatos pretérmino tuvieron niveles más bajos de inmunidad pasiva contra el sarampión que los nacidos a término y post

término, ya que la placenta humana puede tener un mecanismo de transporte específico activo de macromoléculas), lo que dificultaría el diagnóstico ya que generalmente este suele realizarse clínicamente en base a las manifestaciones cutáneas de la enfermedad.

En caso de ausencia de estas, podría pensarse equivocadamente que el neonato no contrajo la infección y con ello, se podrían de igual manera tomar conductas erróneas relacionadas a la confirmación diagnóstica por laboratorio, monitorización, aislamiento y tratamiento de estos pacientes.

Además, debido a la inmadurez fisiológica del sistema inmunológico en neonatos pretérmino, la depuración viral del organismo podría retrasarse, lo que alargaría el periodo de transmisibilidad o contagio en ellos más allá de los tiempos establecidos. Es por ello, que cada caso debe de individualizarse en todos estos aspectos para su correcto manejo.<sup>6-10</sup>

El virus de sarampión puede infectar al neonato a través de la vía transplacentaria in útero (al final de la gestación, la placenta se vuelve permeable al virus del sarampión, por lo tanto, si la madre se infecta en días previos al parto, es probable que el RN esté infectado) o por una eventual ruptura de membranas amnióticas, a través del canal de parto en una madre en fase exantemática; o por vía aérea a partir de contacto con enfermos de manera posnatal, a través de las cuales se producen 2 variedades de infección en este grupo etéreo conocidas como sarampión congénito y sarampión neonatal.

La primera generalmente se caracteriza por un síndrome febril exantemático en los primeros 10 días de vida del neonato y se asocia a una mayor tendencia a complicaciones como neumonía, encefalitis, y a largo plazo, con encefalitis esclerosante aguda, así como un mayor riesgo de letalidad; la segunda, presenta una expresión clínica similar a la anterior después de los primeros 10 días de vida y suele ser generalmente leve, con menores índices de morbimortalidad.

El tratamiento en ambos casos es sintomático y de soporte, así como de las complicaciones como resultado de la amnesia inmune que induce el virus en las defensas del huésped.

Si la madre presenta lesiones dérmicas en el periparto o en el puerperio, es necesario indicar aislamiento respiratorio a ella y al RN por 5 días desde la aparición del exantema. Al recién nacido se le administrará gammaglobulina (0,25 ml/kg dosis IM o 400mgkgdosis IV).

Se recomienda por parte de la OMS la administración de vitamina A a dosis de 50 000 UI a lactantes menores de 6 meses por 2 días. Las sobreinfecciones bacterianas requerirán antibioticoterapia.

El virus del sarampión no se transmite a través de la leche materna. Las personas en el posparto pueden participar en la toma de decisiones compartidas sobre la lactancia materna durante el periodo infeccioso.

Si se opta por la lactancia materna, se deben seguir las precauciones adecuadas para el control de infecciones, incluyendo el uso de una mascarilla N95 (o equivalente) bien ajustada y una estricta higiene de manos.

El bebé debe permanecer en cuarentena durante 21 días después de la exposición. Como alternativa, se puede proporcionar leche materna extraída para reducir el contacto directo durante el periodo de aislamiento materno.<sup>11,12</sup>

**Contacto:** Dr. Emilio Emmanué Escobar Cruz, Médico Pediatra †  
Hospital General de Paraíso, Tabasco IMSS BIENESTAR  
Correo electrónico: ememescr@yahoo.com.mx

**Contacto:** Dr. Edgar Samuel Aguilar Figueroa HGZMF 1 Ignacio García Téllez IMSS SLP SLP  
Correo electrónico: dr.sam-aguilar@hotmail.com

## • Referencias Bibliográficas

1. Fonseca K. Microbe snapshots: Measles virus. *Clinical Microbiology Newsletter*. Volume 52 2025, Pages 14-6. <https://doi.org/10.1016/j.clinmicnews.2025.06.002>
2. Misin A, Antonello RM, Di Bella S, Campisciano G, Zanotta N, Giacobbe DR, et al Measles: An Overview of a Re-Emerging Disease in Children and Immunocompromised Patients. *Microorganisms*. 2020 Feb 18;8(2):276. doi:10.3390/microorganisms8020276
3. Moss WJ, Griffin DE. 2024. What's going on with measles?. *J Virol* 98:e00758-24. <https://doi.org/10.1128/jvi.00758-24>
4. Stefanie Au, Seema Saini, William De la Cruz, Vishwanath V, Measles: An Updated Literature Review of the Host Response, Pathogenesis, Complications, Prevention Measures, and Recent Outbreaks, *Current Issues in Molecular Biology*, 48, 2, (206), (2026). <https://doi.org/10.3390/cimb48020206>
5. Do LAH, Mulholland K. Measles 2025. *N Engl J Med*. 2025 Dec 18;393(24):2447-58. doi: 10.1056/NEJMra2504516. Epub 2025 Jun 25. PMID: 40561553
6. Saiman L, Hanft E, Brachio S, et al. Infection Prevention and Control Practices Implemented for Congenital Measles in an Extremely Low Birth Weight Infant. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2020;41(S1):s301-s302. doi:10.1017/ice.2020.883
7. Dyer, Isadore., 19412700139, English, Journal article, doi:10.1097/00007611-194006000-00007, 1541-8243 0038-4348, 33, Southern Medical Journal, (601-4), Measles Complicating Pregnancy. Rep of Twenty-Four Cases with Three Instances of Congenital, Measles., (1940)
8. Hanft, Erin MD; Brachio, Sandhya MD; Messina, Maria RN, CIC†; Zachariah, et al Congenital Measles in a Premature 25-week Gestation Infant. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 40(8):p 753-55, August 2021. | DOI: 10.1097/INF.0000000000003152
9. Faiqa Taj, Chitturi Sai Sujana, Jawaria Amin, Babar Naeem, A rare case of neonatal measles: Reevaluating maternal immunity in the vaccination era, *Medical Reports*, Volume 8, 2024, 100134, ISSN 2949-9186, <https://doi.org/10.1016/j.hmedic.2024.100134>
10. Baba U, Ashir G, Mava Y, Elechi H, Saidu G, Kaleb A. Transplacental transfer of macromolecules: proving the efficiency of placental transfer of maternal measles antibodies in mother: infant pairs. *Ann Med Health Sci Res*. 2014 Sep;4(Suppl 3):S298-301. doi: 10.4103/2141-9248.141975
11. Joseph, Naima T. MD, MPH. Measles in Pregnancy: Clinical Considerations and Challenges. *Obstetrics & Gynecology* 147(1):p 44-53, January 2026. | DOI: 10.1097/AOG.0000000000006126
12. Malerba C. Brote de enfermedad inmunoprevenible: el regreso del sarampión. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2020; 33: 34-42.

## Caso clínico

# Hiperbilirrubinemia indirecta prolongada secundaria a leche materna

Adriana Rincón-Gallardo

Médica Pediatra Neonatóloga. Consultora Internacional de Lactancia Materna Certificada (IBCLC). Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). ORCID: 0009-0004-7165-2353.

## • Resumen

La ictericia es la manifestación clínica de la hiperbilirrubinemia y puede presentarse hasta en el 80% de los recién nacidos durante las primeras semanas de vida. Cuando persiste más allá de 3-4 semanas en lactantes alimentados con leche materna o más de 2 semanas en aquellos alimentados con fórmula, es fundamental realizar una evaluación dirigida para descartar causas patológicas, particularmente una colestasis neonatal.

La ictericia por leche materna constituye una causa de hiperbilirrubinemia indirecta prolongada en lactantes clínicamente sanos, que puede persistir hasta los 2-3 meses de vida. Su etiología es multifactorial y se asocia con inmadurez hepática neonatal, susceptibilidad genética y componentes específicos de la leche materna.

Se presenta el caso de un lactante a término, con lactancia materna exclusiva, adecuado estado general y crecimiento satisfactorio, que desarrolló hiperbilirrubinemia indirecta desde la primera semana de vida con persistencia posterior. Se realizó un abordaje diagnóstico integral, que incluyó tamiz metabólico neonatal, estudios hematológicos, metabólicos, endocrinos, infecciosos y de imagen, sin hallazgos relevantes. Tras excluir causas orgánicas de ictericia prolongada y ante una evolución clínica favorable, se estableció el diagnóstico de ictericia por leche materna. La lactancia materna exclusiva se mantuvo a libre demanda, con resolución completa a los 97 días de vida.

Este caso resalta la importancia de un abordaje diagnóstico oportuno que evite la suspensión innecesaria de la lactancia materna.

**Palabras clave:** hiperbilirrubinemia neonatal, ictericia neonatal, colestasis, lactancia materna.

## • Abstract

Jaundice is the clinical manifestation of hyperbilirubinemia and may occur in up to 80% of newborns during the first weeks of life. When it persists beyond 3-4 weeks in breastfed infants or beyond 2 weeks in formula-fed infants, a targeted evaluation is essential to rule out pathological causes, particularly neonatal cholestasis.

Breast milk jaundice is a cause of prolonged unconjugated hyperbilirubinemia in otherwise healthy infants and may persist up to 2-3 months of life. Its etiology is multifactorial and has been associated with neonatal hepatic immaturity, genetic susceptibility, and specific components of human milk.

We report the case of a term infant who was exclusively breastfed, with good general condition and satisfactory growth, who developed unconjugated hyperbilirubinemia during the first week of life with persistent elevation thereafter. A comprehensive diagnostic workup was performed, including newborn metabolic screening and hematologic, metabolic, endocrine, infectious, and imaging studies, with no abnormal findings. After excluding organic causes of prolonged jaundice and given the favorable clinical course, a diagnosis of breast milk jaundice was established. Exclusive breastfeeding on demand was continued, with complete resolution at 97 days of life.

This case highlights the importance of an appropriate diagnostic approach to avoid unnecessary interruption of breastfeeding.

**Keywords:** neonatal hyperbilirubinemia, neonatal jaundice, cholestasis, breastfeeding.

## • Introducción

La ictericia es la coloración amarillenta de la piel, mucosas y escleróticas secundaria a la elevación de bilirrubina sérica, clínicamente evidente cuando la bilirrubina total supera 5 mg/dL.<sup>1</sup> Se presenta hasta en el 60-80% de los recién nacidos como una condición benigna y transitoria, sin embargo, en casos graves puede asociarse a encefalopatía por bilirrubina.<sup>2</sup> La persistencia de ictericia más allá de las 3-4 semanas de edad en lactantes alimentados con leche materna, o más de 2 semanas en aquellos alimentados con fórmula, requiere una evaluación dirigida para descartar causas patológicas, en especial colestasis neonatal.<sup>3</sup>

En recién nacidos con ictericia prolongada, particularmente en presencia de hepatomegalia, orina oscura y heces acólicas, debe sospecharse colestasis, definida como una elevación de bilirrubina directa >1 mg/dL, o de manera alternativa un valor de bilirrubina directa mayor al 20% de la bilirrubina total cuando existen dudas diagnósticas. Esta condición no es fisiológica y requiere evaluación inmediata para descartar enfermedades hepatobiliares graves.<sup>4-6</sup>

En recién nacidos con dificultades en la lactancia o retraso en el inicio de la activación secretora (lactogénesis II), la menor ingesta de leche materna puede favorecer una pérdida de peso excesiva, aumento de la circulación enterohepática y desarrollo de hiperbilirrubinemia indirecta, conocida como “ictericia por ingesta subóptima”, que alcanza su pico entre el tercer y quinto día de vida. En estos casos, la asesoría en lactancia durante el posparto es fundamental para asegurar una adecuada transferencia e ingesta de leche materna. En contraste, la ictericia que persiste más allá de la segunda o tercera semana de vida en un lactante con adecuada ingesta y ganancia ponderal se conoce como “ictericia por leche materna”, la cual puede persistir hasta las 8-12 semanas de vida.<sup>3,7</sup> Diferenciar ambas entidades es clave por sus implicaciones diagnósticas y terapéuticas.

La fisiopatología de la ictericia por leche materna es multifactorial e incluye inmadurez hepática, aumento de la circulación enterohepática, variaciones en el gen UGT1A1, alteraciones en microbiota intestinal y la posible participación de componentes específicos de la leche materna.<sup>8,9</sup> Su diagnóstico se establece tras excluir otras causas de hiperbilirrubinemia indirecta prolongada, como enfermedad hemolítica (incompatibilidad ABO o Rh, deficiencia de G6PD), presencia de sangre extravascular, galactosemia, hipotiroidismo, infecciones, estenosis pilórica asociada a síndrome de Gilbert y, en raras ocasiones, síndrome de Crigler-Najjar.<sup>10,11</sup>

La fototerapia constituye el tratamiento más eficaz cuando se superan los umbrales establecidos.<sup>3,12</sup> La exposición solar directa no se recomienda debido a riesgo de quemaduras, daño cutáneo e inestabilidad térmica.<sup>13</sup> En la ictericia por leche materna no se aconseja interrumpir ni suspender la lactancia materna, ni administrar agua, soluciones glucosadas o suplementación rutinaria con fórmulas infantiles en lactantes clínicamente estables.<sup>10,14</sup>

## • Presentación del caso

Lactante producto de la tercera gesta, hijo de madre de 21 años (grupo sanguíneo A+) y padre de 23 años (grupo sanguíneo O+), ambos sin antecedentes personales ni heredofamiliares relevantes. Cuenta con un hermano de 2 años, alimentado con lactancia materna durante 18 meses, sin antecedente de ictericia neonatal. El embarazo cursó con infección de vías urinarias y cervicovaginitis, tratadas de manera oportuna. Tamizaje para VIH y VDRL negativo. Nació por cesárea programada sin complicaciones a las 40 semanas de gestación, con peso de 3180 g y talla de 51 cm. Recibió lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

El lactante presentó tinte icterico desde la primera semana de vida, por lo que fue valorado a los 7 días (peso 3480 g, talla 52 cm) por un médico externo, quien indicó exposición solar. A los 13 días se documentó una bilirrubina total de 23.45 mg/dL

(directa 1.40 mg/dL, indirecta 22.05 mg/dL) con recomendación de derivación hospitalaria para fototerapia. Acude al día siguiente a valoración a un hospital externo, donde se observó descenso espontáneo de la bilirrubina total a 19.20 mg/dL (directa 1 mg/dL, indirecta 18.20 mg/dL), situándose por debajo del umbral terapéutico según nomogramas internacionales. Tomando en cuenta la tendencia descendente y la ausencia de factores de riesgo para neurotoxicidad, se decidió mantener vigilancia domiciliaria.

A los 48 días, ante persistencia de ictericia (bilirrubina total de 17.30 mg/dL; directa 1.25 mg/dL; indirecta 16.05 mg/dL), un médico externo indicó suspensión de la lactancia materna y suplementación con fórmula; sin embargo, la madre decidió continuar con lactancia exclusiva, en concordancia con las recomendaciones actuales que desaconsejan su interrupción en lactantes clínicamente estables.<sup>3,12</sup>

A los 56 días, acudió a nuestra consulta. A la exploración física presentaba ictericia hasta zona III de Kramer, correspondiente a región abdominal inferior, sin otros hallazgos patológicos [Figura 1]. Se reportó micción y evacuación de meconio dentro de las primeras 24 horas de vida, con transición a heces amarillas al tercer día y patrón habitual de 3 a 4 deposiciones diarias de color amarillo mostaza, así como más de 6 micciones al día, con orina de color amarillo claro. Se corroboró una técnica adecuada de amamantamiento y crecimiento dentro de parámetros normales según curvas de la OMS (peso 5020 g, talla 57 cm, perímetro cefálico 37.5 cm). Los niveles de bilirrubina total fueron de 13.13 mg/dL (directa 0.34 mg/dL e indirecta 12.78 mg/dL).

Se realizó un abordaje diagnóstico integral para ictericia prolongada, que incluyó biometría hemática, prueba de Coombs directo, pruebas de función hepática, perfil tiroideo, tamiz metabólico neonatal, examen general de orina y ultrasonido hepático y de vías biliares, todos dentro de parámetros normales. El diagnóstico de ictericia por leche materna se estableció con base en la exclusión sistemática de causas

hemolíticas, metabólicas, endocrinas, infecciosas y obstructivas y la evolución clínica característica [Tabla 1]. Se mantuvo la lactancia materna exclusiva a libre demanda, con resolución completa a los 97 días de vida.

**Figura 1. Lactante de 2 meses con presencia de ictericia en zona III de Kramer, correspondiente a la región abdominal inferior.**



**Tabla 1. Estudios complementarios realizados para descartar patología en ictericia neonatal prolongada, con resultados dentro de parámetros normales.**

Estudio	Resultado
Biometría hemática, grupo sanguíneo y Coombs directo	Sin anemia ni datos de hemólisis o infección; Coombs directo negativo; grupo sanguíneo A+.
Pruebas de función hepática	TGO, TGP y GGT dentro de rango normal; fosfatasa alcalina sin elevación patológica; bilirrubina total máxima de 23.45 mg/dL (BD 1.40 mg/dL). Control posterior con bilirrubina total de 13.13 mg/dL (BD 0.34 mg/dL). Patrón compatible con hiperbilirrubinemia indirecta.



Estudio	Resultado
Examen general de orina	Sin datos de infección, no bilirrubinuria.
Perfil tiroideo	TSH y T4 libre dentro de parámetros normales.
Tamiz metabólico neonatal	Negativo para hipotiroidismo congénito, galactosemia, deficiencia de G6PD, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita y fibrosis quística.
Ultrasonido hepático y de vías biliares	Hígado y vías biliares de morfología y ecogenicidad normal, sin evidencia de obstrucción o lesiones estructurales.
G6PD: glucosa-6-fosfato deshidrogenasa; TGO: transaminasa glutámico-oxalacética; TGP: transaminasa glutámico-pirúvica; GGT: gamma-glutamyl transferasa; BD: bilirrubina directa; TSH: hormona estimulante de la tiroides.	

Fuente: Del autor

## • Discusión

La ictericia neonatal es una de las condiciones más frecuentes del periodo neonatal y constituye un motivo habitual de consulta pediátrica. Aunque en la mayoría de los casos es fisiológica y autolimitada, su persistencia más allá de las primeras semanas de vida requiere una evaluación cuidadosa para descartar causas patológicas, particularmente colestasis neonatal.<sup>1-3</sup> La ictericia por leche materna constituye una causa benigna de hiperbilirrubinemia indirecta prolongada en lactantes sanos cuyo diagnóstico es de exclusión y con frecuencia mal interpretado.<sup>7,10,11</sup>

En el presente caso, la hiperbilirrubinemia prolongada fue predominantemente indirecta, con adecuado estado general y ganancia ponderal. Aunque la bilirrubina directa superó 1 mg/dL, representó menos del 10% de la bilirrubina total y no se acompañó de alteraciones bioquímicas ni clínicas, por lo que no se consideró

compatible con un patrón colestásico. La evaluación incluyó estudios dirigidos a descartar causas patológicas, lo que permitió establecer el diagnóstico de ictericia por leche materna.

La decisión de iniciar fototerapia se basa en la edad gestacional, los niveles de bilirrubina sérica total y la presencia de factores de riesgo de neurotoxicidad por bilirrubina, como edad gestacional <38 semanas, albúmina <3 g/dL, enfermedad hemolítica, sepsis e inestabilidad clínica reciente.<sup>3</sup> Aunque los niveles de bilirrubina total a los 13 días de vida se encontraban en rango de tratamiento según guías internacionales,<sup>3,12</sup> el paciente fue valorado en medio hospitalario a los 14 días, momento en el que presenta descenso espontáneo a cifras por debajo del umbral terapéutico. En conjunto con la ausencia de factores de riesgo de neurotoxicidad, se optó por vigilancia clínica. Esta decisión se fundamentó en el bajo riesgo de encefalopatía bilirrubínica aguda o kernicterus en lactantes a término clínicamente estables, condición que se presenta en una proporción muy baja de recién nacidos ( $\approx 0.01-0.02\%$ ) y que generalmente se asocia con niveles elevados de bilirrubina indirecta y factores de riesgo concomitantes.<sup>15</sup> La exposición solar directa, práctica aún utilizada en algunos contextos, no se considera una alternativa terapéutica segura ni eficaz, por lo que su uso se desaconseja en la práctica clínica actual.<sup>13,14</sup>

La suspensión transitoria de la lactancia puede acelerar la disminución de los niveles de bilirrubina, no obstante, debe reservarse para situaciones excepcionales en las que se requiera una reducción urgente o no se disponga de fototerapia, considerando los posibles riesgos para el establecimiento de la lactancia y la producción de leche.<sup>3, 7</sup> En la mayoría de los casos, la lactancia materna puede continuarse, incluso durante la fototerapia,<sup>12</sup> y en caso de interrupción, es fundamental preservar la producción láctea mediante la enseñanza de técnicas de extracción efectivas y frecuentes para facilitar su reanudación posterior.

La evolución clínica observada fue consistente con la literatura, con disminución progresiva de la bilirrubina y resolución espontánea, manteniendo lactancia materna exclusiva. Esto refuerza las recomendaciones actuales de no interrumpir la lactancia en lactantes clínicamente estables tras descartar causas orgánicas.<sup>3,10</sup>

La fisiopatología de esta entidad no está completamente esclarecida. Se han propuesto mecanismos relacionados con componentes de la leche materna, como  $\beta$ -glucuronidasa, pregnane- $3\alpha,2\text{-}\beta$ -diol, citocinas (IL-1  $\beta$ , IL-10, TNF- $\alpha$ ), factor de crecimiento epidérmico y ácidos grasos libres, que podrían interferir en el metabolismo de la bilirrubina.<sup>8,9</sup> Entre las limitaciones del presente caso se encuentra la ausencia de estudios genéticos o análisis específicos de componentes de la leche materna, aunque la evolución clínica favorable y el seguimiento estrecho respaldan la naturaleza benigna del cuadro.

Si bien, se trata de un reporte de caso, resalta la importancia de un abordaje diagnóstico sistemático que permita descartar patología hepática significativa y evitar intervenciones innecesarias.

## • Conclusiones

La ictericia por leche materna debe considerarse como un diagnóstico de exclusión en lactantes con hiperbilirrubinemia indirecta prolongada y adecuado estado general. Un abordaje diagnóstico oportuno y sistemático permite descartar causas patológicas, brindar tranquilidad a los cuidadores y evitar intervenciones innecesarias que puedan interferir con el establecimiento y el mantenimiento de la lactancia materna.

Declaración de conflicto de interés


No existe apoyo financiero, patrocinio ni conflicto de intereses que declarar.

**Contacto:** Dra. Adriana Rincón Gallardo

Correo electrónico: drarincongallardo@yahoo.com

## • Referencias bibliográficas

1. Lee B, Piersante T, Calkins KL. Neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatr Ann.* 2022;51(69):e219-e227.
2. Wickremasinghe AC, Kuzniewicz MW. Neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatr Clin North Am.* 2025;72(4):605-22.
3. Kemper AR, Newman TB, Slaughter JL, Maisels MJ, Watchko JF, Downs SM, et al. Clinical practice guideline revision: Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics.* 2022;150(3):e2022058859.
4. Feldman AG, Sokol RJ. Neonatal cholestasis: Updates on diagnostics, therapeutics, and prevention. *NeoReviews.* 2021;22(12):e819-36.
5. Chen HL, Taylor SA, Lee WS, Ciocca M, El-Guindi MA, Yachha SK, et al. Diagnosis approaches for infants with cholestatic liver diseases: Position paper and perspectives of the Federation of International Societies of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2025;81(5):1360-77.
6. Fawaz R, Baumann U, Ekong U, Fischler B, Hadzic N, Mack CL, et al. Guideline for the evaluation of cholestatic jaundice in infants: Joint recommendations of the NASPGHAN, and ESPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64(1):154-68.
7. Flaherman VJ, Maisels MJ, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical protocol #22: Guidelines for management of jaundice in the breastfeeding infant 35 weeks or more of gestation—revised 2017. *Breastfeed Med.* 2017;12(5):250-7.
8. Gao C, Guo Y, Huang M, He J, Qiu X. Breast milk constituents and the development of breast milk jaundice in neonates: A systematic review. *Nutrients.* 2023;15(10):2261.
9. Liu T, Yuan Y, Wei J, Chen J, Zhang F, Chen J, Zhang J. Association of breast milk microbiota and metabolites with neonatal jaundice. *Front Pediatr.* 2025;12:1500069.
10. Bratton S, Cantu RM, Stern M, Dooley W. Breast Milk Jaundice. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.

- 
11. Comité Nacional de Hepatología Pediátrica. Consensus on hyperbilirubinemia of the first trimester of life. Arch Argent Pediatr. 2020;118(1):S12-49.
  12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Jaundice in newborn babies under 28 days. London: NICE; 2023.
  13. Horn D, Ehret D, Gautham KS, Soll R. Sunlight for the prevention and treatment of hyperbilirubinemia in term and late preterm neonates. Cochrane Database Syst Rev. 2021;7(7):CD013277.
  14. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Diagnóstico y tratamiento de la ictericia neonatal. Guía de práctica clínica: evidencias y recomendaciones. México: IMSS; 2019.
  15. Jameel A, Richardson T, Slaughter JL. Kernicterus Case Incidence Unchanged Since the 2022 American Academy of Pediatrics Hyperbilirubinemia Guideline Revision. J Pediatr. 2026;289:114927.

# Sarampión y vacunación: lecciones del pasado, retos del presente

Cristian Iván Padilla-Franco (1), Adolfo López-Corona (2), José Mario Márquez-Amezcuca (3), Diana Core Romero-Lozano (4), Victor Horacio Orozco-Covarrubias (5).

(1) Adscrito a Oficinas Centrales, Secretaría de Salud Jalisco. Licenciado en Salud Pública, Universidad de Guadalajara. ORCID 0009-0000-9144-4587; (2) Médico adscrito al Servicio de Epidemiología, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Doctor en Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Guadalajara. ORCID 0000-0003-2435-5626; (3) Coordinador de Epidemiología Hospitalaria del OPD HCG, Maestro en Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Guadalajara; (4) Médico adscrito al Servicio de Epidemiología, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Doctor en Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Guadalajara. ORCID 0000-0003-0991-1823; (5) Médico adscrito al Servicio de Epidemiología, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Doctor en Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Guadalajara. ORCID 0000-0002-7171-3441.

## • Resumen

Se analizó la historia del sarampión a nivel global y en México para identificar patrones que explican su reaparición y el papel de la vacunación en su control. Se realizó una revisión narrativa de fuentes históricas, epidemiológicas e institucionales, incluyendo literatura científica y reportes oficiales, examinando cronológicamente hitos del conocimiento médico, desarrollo de vacunas, políticas sanitarias y comportamiento epidemiológico, con énfasis en México y en la evolución de sus programas de vacunación y vigilancia. Los hallazgos muestran que la inmunización redujo de forma drástica la transmisión y mortalidad, logrando periodos de eliminación en el país; sin embargo, la disminución de coberturas, la desinformación y las barreras de acceso han favorecido la reaparición de brotes, evidenciando que estos avances son reversibles. La evidencia histórica y actual subraya que mantener altas coberturas de vacunación y sistemas sólidos de vigilancia es esencial para prevenir nuevos brotes y proteger a la población.

**Palabras clave:** Sarampión, Vacunación, Políticas sanitarias, Programas de vacunación, Brotes.

## • Abstract

This study analyzed the history of measles globally and in Mexico to identify recurring patterns that explain its reemergence and the role of vaccination in its control. A narrative review of historical, epidemiological, and institutional sources was conducted, including scientific literature and official reports, examining chronologically key milestones in medical knowledge, vaccine development, health policies, and epidemiological behavior, with emphasis on Mexico and the evolution of its immunization programs and surveillance systems. Findings indicate that vaccination drastically reduced transmission and mortality, achieving periods of elimination in the country; however, declining coverage, misinformation, and barriers to healthcare access have contributed to the reappearance of outbreaks, demonstrating that such achievements are reversible. Historical and current evidence highlights that maintaining high vaccination coverage and strong surveillance systems is essential to prevent new outbreaks and protect populations.

**Keywords:** Measles; Vaccination; Health policies; Immunization programs; Outbreaks

## • Introducción

Actualmente, hablar de sarampión, es hablar de vacunación, así como hablar de la historia de la misma, de las vicisitudes que se enfrentaron en su momento y que similitudes estamos viviendo actualmente, las cuales se han convertido en un verdadero reto para la salud pública, involucrando tanto a profesionales de la salud, como la población en general.

## • La historia mundial

Se estima que entre los siglos VI- IX, el virus de sarampión evolucionó del virus de la peste bovina (un virus que afectaba exclusivamente al ganado), adaptándose a humanos cuando las poblaciones urbanas crecieron lo suficiente como para que haya contagios masivos dentro de las mismas.

Para el siglo IX d.C., Abu Bakr Muhammad Ibn Zakariya al-Razi, un médico persa fue uno de los primeros en sentar las evidencias de casos de sarampión basándose en la observación clínica detallada, logrando así la diferenciación de la viruela con el sarampión, partiendo desde la creencia antigua que el sarampión era "más temible" que la viruela, sentando así las bases del diagnóstico. (Figura 1).

**Figura 1. Muhammad Ibn Zakariya Al-Razi leyendo un manuscrito.**



**Nota.** Tomado de Al-Razi on Smallpox and Measles [Imagen], Muslim Heritage, 2007; <https://muslimheritage.com/>

En el contexto del año 1529, con la llegada de los colonizadores europeos a América, el virus se encontró con una población sin ningún tipo de inmunidad previa, teniendo un alto índice de defunciones en Cuba, aniquilando a dos tercios de la población indígena. (Figura 2)

**Figura 2. Brote de Cocoliztli**



**Nota.** El cocoliztli era una enfermedad que atacaba principalmente a los indígenas. Tomado de Esta es la causa del cocoliztli que mató a cientos de indígenas [Imagen], México Desconocido; <https://www.mexicodesconocido.com.mx/>

No fue hasta el año 1757 que Francis Home, un médico escocés, demostró que el sarampión es causado por un agente infeccioso de la sangre en pacientes. A pesar de estos dos descubrimientos esenciales para la identificación del virus, es difícil contabilizar cuantos brotes de sarampión ha habido a lo largo de la historia, sin embargo, material histórico menciona que solía haber brotes masivos que se presentaban cada 2 o 3 años a nivel mundial, causando un aproximado de 2 millones de muertes anuales.

Hacia 1846, el médico danés Peter Panum fue enviado a las Islas Feroe para investigar un brote masivo de sarampión ocurrido tras 65 años sin presencia de la enfermedad; durante su estudio, observó que los adultos mayores que habían padecido sarampión décadas atrás no se vieron afectados nuevamente, lo que permitió demostrar que la infección confería inmunidad

de por vida. Además, Panum logró calcular con notable precisión el periodo de incubación de la enfermedad, estimándolo en aproximadamente 14 días.

Fue hasta el año 1912, que el sarampión se convirtió en ser una enfermedad de notificación obligatoria en Estados Unidos a nivel nacional, generando la reducción considerable de muertes por sarampión a solo 6,000. Con esto, volviéndose un referente mundial de acciones inmediatas para contener la endemia.

### • Vacuna

En 1954, John F. Enders (conocido como el padre de las vacunas modernas) y el Dr. Thomas C. Peebles, virólogos estadounidenses fundamentales en la medicina preventiva, al vivir el brote del virus en Boston, Massachusetts, tomaron la decisión de aislar el virus en la sangre de los estudiantes de la zona para crear una vacuna, logrando aislar el virus en David Edmonston, un niño de 13 años. Logrando con esto, atenuar el virus, dando paso a una larga trayectoria de 14 años de desarrollo de la vacuna gracias a la transformación de la cepa Edmonston-B (llamada así en honor al estudiante David).

El desarrollo terminó hasta el año de 1968 que se logra la distribución de la vacuna contra el sarampión gracias a la ayuda de Maurice Hilleman y sus colegas, quienes lograron una vacuna mejorada, la misma que ha sido usado en Estados Unidos desde aquel año.

Se logra en 1971, en Estados Unidos, la combinación de tres vacunas en una sola, misma que es cocida como "triple vírica", es decir, SRP, misma que tiene acción contra sarampión, paperas y rubeola.

Finalmente, hasta el año 2000, Estados Unidos se considera uno de los primeros países en erradicar el sarampión.

### • La historia en México

La historia del sarampión en México comienza poco después de la conquista. En 1531, se desató

la primera gran epidemia de esta enfermedad, conocida por los mexicas como Tepiton Zahuatl ("lepra pequeña" o "granos pequeños"), para distinguirla de la viruela. A diferencia de Europa, donde ya era una enfermedad infantil común, en la Nueva España encontró una población "virgen" inmunológicamente. Entre 1531 y 1532, se estima que el sarampión cobró la vida de cerca de un millón de personas, consolidándose como un factor clave en el colapso demográfico indígena. (Figura 3)

**Figura 3. Tepiton Zahuatl**



**Nota.** Se piensa que el enfermo que contrajo el virus en México era un esclavo de origen africano, traído por los españoles. Tomado de Epidemias de México [Imagen], Coordinación Nacional de Protección Civil; <https://es.slideshare.net/slideshow/epidemias-de-mexico/pdf/256178968>

Durante el periodo virreinal, el virus se estableció de forma permanente. En el siglo XVII, el sarampión dejó de ser una novedad catastrófica para convertirse en una enfermedad recurrente. Un hito trágico ocurrió en 1692, cuando una epidemia de "alfombrilla" (nombre popular por el tapiz de manchas en la piel) coincidió con una severa hambruna por la pérdida de cosechas de maíz, aumentando drásticamente la mortalidad en el centro del país.

En el siglo XIX, tras la Independencia, México enfrentó el sarampión con una mezcla de métodos tradicionales y nuevos códigos sanitarios:

- 1830-1845: Se registraron brotes severos en los cuarteles militares, afectando el curso de diversos conflictos bélicos.
- 1891: La promulgación del primer Código Sanitario marcó el inicio del reporte obligatorio de casos, intentando separar el diagnóstico del sarampión de otras enfermedades como la escarlatina.

Al inicio del siglo pasado, el sarampión era la segunda causa de muerte infantil en el país. La inestabilidad de la Revolución (1910-1920) facilitó su propagación por todo el territorio nacional. No fue sino hasta 1938, con la creación de instituciones de salud modernas, que se empezaron a generar estadísticas confiables sobre la letalidad del virus.

La producción de vacunas en México tiene como antecedente la creación, en 1905, del Instituto Bacteriológico Nacional, institución fundamental para el desarrollo de la vacunación en el país. Posteriormente, en 1921, este organismo cambió su denominación a Instituto Nacional de Higiene, consolidando la elaboración local de vacunas destinadas a la inoculación masiva de la población. Más adelante, en 1960, inició actividades el Instituto Nacional de Virología, el cual, gracias a su capacidad técnica y a la calidad de las vacunas producidas, fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud como Centro Regional de Referencia para Vacunas, fortaleciendo así la infraestructura nacional para la prevención de enfermedades infecciosas.

En 1970, se incorpora la vacuna al país con vacunas de virus inactivados, sentando el camino para que en el año de 1973 (1 año antes de que la OMS lo emitiera la recomendación), se da inició al Programa de Vacunación, la cual estableció la aplicación de 6 biológicos esenciales: BCG, antipoliomielítica, DPT (difteria, pertussis y tétanos), y anti sarampión. Aunque fue una idea innovadora, tuvo situaciones que obligaron a cambiar la estrategia de vacunación, mismas que se vieron reflejadas en la falta de confianza de la población hacia la vacuna.

Durante 1990, se produjo un brote de sarampión que afectó a más de 68,000 habitantes mexicanos, resultando en 5899 defunciones y poniendo en manifiesto la cobertura ineficiente de vacunación, lo cual fue plasmado por la Encuesta Nacional de Cobertura de Vacunación (ENCOVA), mostrando que solo 46 de cada 100 niños mexicanos de entre 1 a 4 años de edad recibían su esquema básico. (Imagen 1)

### Imagen 1. Sala de atención a pacientes con sarampión



**Nota.** Las epidemias de sarampión ocurridas en México en los años 1989 y 1990. Tomado de ¿Cuándo fue la última epidemia de sarampión en México y cómo se contagia? [Imagen], El Grafico; <https://www.elgrafico.mx/>

A inicios del año 1991, CONAVA (Consejo Nacional de Vacunación), establece el "Programa de Vacunación Universal", teniendo como propósito que para el siguiente año, todos los niños menores de 5 años cuenten con un esquema de 8 dosis de vacunas completo. Para lograr esto, se sentaron varios objetivos, desde completar el esquema básico de los niños, hasta desarrollar promoción y educación para la salud de carácter preventivo gracias a la vacunación.

Para el año 1996, se reportó el último caso de sarampión perteneciente al entonces Distrito Federal, por consecuencia, 1997 alcanzar el primer año sin sarampión en México, mismo que, gracias al sistema de Vigilancia de Fiebre y Exantema. En esos años, cualquier niño que presentara las "manchas de Koplik" (puntos blancos en la boca) y sarpullido rojo era inmediatamente visitado por

brigadas que tomaban muestras de sangre y orina para enviarlas al INDRE (Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos). Cabe destacar que, aunque se reportaron algunos casos, estos eran casos importados, no pertenecientes a la población mexicana.

A partir de ese año, México continuo con un arduo trabajo de alta cobertura de vacunación sostenida, logrando que el 95% de la población pediátrica contará con dos dosis de vacuna contra sarampión, gracias a las campañas de vacunación masivas y periódicas que permitieron cerrar las brechas de población no vacunada, por ende, fortalecimiento los sistemas de vigilancia epidemiológica, pudiendo responder rápidamente a cualquier caso sospechoso. Por consecuencia, en 2016, México fue acreedor por parte de la OPS, al certificado de País libre de Sarampión, mismo que quiere decir que ,en el territorionacional, no existetransmisión endémica del virus, es decir, que no se han presentado cadenas de transmisión sostenidas durante al menos 12 meses consecutivos, respaldadas por un sistema sólido de vigilancia epidemiológica y confirmación de laboratorio, mismo que en este momento se encuentra en riesgo de ser perdido por la disminución de cobertura de vacunación, bolsones de población susceptible, cadenas de transmisión sostenida, el debilitamiento de la vigilancia epidemiológica y la reaparición de brotes prolongados o repetidos.

## • Situación actual

Actualmente, en México, las autoridades han catalogado la situación como un brote de sarampión, mismo que empezó el 14 de febrero de 2025, se confirmó en los Valles Centrales de Oaxaca el primer caso de sarampión del año en una niña de cinco años y ocho meses que no contaba con ninguna dosis de vacunación. La

menor vivía en un entorno urbano de alta densidad y movilidad, caracterizado por un descenso previo en las coberturas de inmunización, lo que transformó su hogar y escuela en puntos críticos de propagación. Este caso, marcado por el cuadro clásico de fiebre y manchas rojas, detonó la alerta nacional al evidenciar la vulnerabilidad de las comunidades donde el virus encontró rápidamente grupos de personas sin protección para expandirse.

El detonante fue que hubo un contagio masivo, afectando a la población menor de 10 años, especialmente en quienes no presentan un esquema completo de vacunación, dando como consecuencia 19,255 casos de enfermedad febril exantemática hasta el 28 de Enero del 2026, correspondiente a la semana epidemiológica 4, y, lastimosamente, 25 defunciones desde que se reportó el primer caso en febrero del 2025.

La situación actual deja en evidencia que los logros alcanzados frente al sarampión pueden perderse si se baja la guardia. La reaparición de brotes en México y en otros países no es un hecho fortuito, sino la consecuencia directa de la disminución en la cobertura de vacunación, impulsada por la desinformación, las barreras de acceso a los servicios de salud y la falsa creencia de que el sarampión ha dejado de ser una amenaza. La historia y la epidemiología son claras y coinciden en un mismo mensaje: cuando la población deja de vacunarse, el sarampión reaparece. Vacunarse no es opcional ni postergable; es la medida más eficaz para proteger la vida, prevenir brotes y evitar muertes que hoy son completamente prevenibles.

### Contacto:

Lic. en SP Cristian Iván Padilla Franco

Correo Electrónico: c.padilla.franco2000@gmail.com

## • Referencias bibliográficas

1. Al-Khalisi, N. (2018). The history of smallpox and measles in the Middle East [La historia de la viruela y el sarampión en el Medio Oriente]. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(3), 493-496.
2. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6074295/>
3. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2020, noviembre 5). Historia del sarampión.
4. <https://www.cdc.gov/measles/es/about/historia-del-sarampion.html>
5. ElGráfico.mx. (2026, febrero 13). ¿Cuándo fue la última epidemia de sarampión en México y cómo se contagia? El Gráfico.
6. <https://www.elgrafico.mx/al-dia/2026/02/13/cuando-fue-la-ultima-epidemia-de-sarampion-en-mexico-y-como-se-contagia/>
7. Fortoul van der Goes, T. I. (2019). Mentiras que matan [Editorial]. *Revista de la Facultad de Medicina (Méx.)*, 62(5).
8. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422019000500003&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422019000500003&script=sci_arttext)
9. Gavi, the Vaccine Alliance. (2023, mayo 11). The story of measles in five charts [La historia del sarampión en cinco gráficos].
10. <https://www.gavi.org/vaccineswork/story-measles-five-charts>
11. Instituto Nacional de Salud Pública. (2016, septiembre 27). América es la primera región del mundo en ser declarada libre de sarampión.
12. <https://www.insp.mx/avisos/4254-americas-libre-sarampion.html>
13. Mayo Clinic. (s. f.). Historia del sarampión: cronología de los brotes y la vacuna. Recuperado de
14. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/history-disease-outbreaks-vaccine-timeline/measles>
15. Medicamentalia.org. (s. f.). Vacunas exitosas. Medicamentalia.
16. <https://medicamentalia.org/vacunas/exitos/>
17. Meer.com. (s. f.). Un joven médico intrépido y observador. Meer.
18. <https://www.meer.com/es/59846-un-joven-medico-intrepido-y-observador>
19. MuseosdeTenerife.org. (s. f.). El sarampión: es posible que regrese. Museos de Tenerife.
20. <https://www.museosdetenerife.org/blog/articulo-de-divulgacion-sarampion-es-posible-que-regrese-por-conrado-rodriguez-maffiotte/>
21. Santos-Preciado, J. I. (2024). El resurgimiento del sarampión: Un desafío global para la salud pública. *Gaceta Médica de México*, 160(6), 492-498.
22. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132024000600007](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132024000600007)
23. Secretaría de Salud. (s. f.). Historia y avances de la vacunación en México. Gobierno de México.
24. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/400159/Varios\\_-\\_Historia\\_y\\_avances\\_de\\_la\\_vacunaci\\_n\\_en\\_M\\_xico.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/400159/Varios_-_Historia_y_avances_de_la_vacunaci_n_en_M_xico.pdf)
25. Secretaría de Salud. (2026, enero 27). Informe diario de casos de sarampión. Gobierno de México.
26. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1052324/INFORME\\_DIARIO\\_SARAMPION\\_20260127.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1052324/INFORME_DIARIO_SARAMPION_20260127.pdf)

# Historia de la Sociedad Médica de Cunduacán Tabasco

## Fundada en Agosto de 1983

Humberto Yáñez-García+ (1), Damián Ernesto Madrigal-Hernández (2)

(1) Fundador; (2) Secretario de la Sociedad Médica ORCID: 0009-0007-5885-9255

Pertenecer a una sociedad médica no es un gusto, pero si un privilegio. Por la excelencia a la práctica médica Concordia - Servicio - Humanismo.



### • Introducción

Kun-Ua-Kan (o Cunduacán), así se le conoce a esta tierra como “lugar de ollas pan y culebras”, de significado maya; mejor conocida como “la cuna de hombres ilustres”, la Atenas de Tabasco, se localiza en la región de la Chontalpa, colinda con la capital de estado, a escasos 33 km de la ciudad de Villahermosa, Tabasco, México, al norte con los municipios Comalcalco y Jalpa de Méndez, al sur con Chiapas, al este con Nacajuca, y al oeste con Cárdenas; tiene una altitud: 10 a 40 metros sobre el nivel del mar, tiene una extensión territorial 623.9 kilómetros cuadrados, es una llanura del golfo de México, en su hidrografía tiene a los ríos: Samaria, Guayabal, Cuxcuchapa, el arroyo Tular, lagunas Bayona y Cucuyulapa, tiene lugares emblemáticos de su historia y alusivo a algunos personajes históricos de México, como su parque en el centro de la ciudad que lleva por nombre Dr. José Eduardo de Cárdenas y Romero, el monumento a la batalla del Jahuactal, ubicado en avenida Pedro Méndez, conmemora la victoria de las fuerzas liberales mexicanas en contra del ejército invasor francés el 01 de noviembre de

1863; el monumento glorieta Tascoob (Cacique maya), se encuentra ubicado en la carretera principal Cunduacán a Cárdenas; monumento a Cimatan, rinde homenaje a la resistencia indígena y a la historia local, ubicado en la entrada del municipio en la carretera dos bocas, vía corta Comalcalco-Cunduacán; monumento a Benito Juárez García en el parque que lleva su nombre ubicado en la avenida periférico y calle Juárez; monumento glorieta KUN-UA-KAN, ubicada en carretera nueva Zelanda con avenida periférico, entrada Jalpa de Méndez-Cunduacán, la fuente de los cuatro elementos mejor conocido como las “Ninfas”, ubicada en avenida Zaragoza, calle Francisco I. Madero; el parque de los horóscopos, donde se encuentra el monumento a la Madre, ubicado en Avenida Juárez con primero de noviembre, tiene otros dos parques distribuidos en los barrios de la ciudad que llevan por nombre, periodista Regino Hernández Llergo, nominado el padre del periodismo nacional; Lic. Manuel Sánchez Mármol; Abogado, periodista y político; el municipio cuenta con el segundo templo más

antiguo de tabasco, la iglesia Jesús de Nazaret, mejor conocido como las Mirandillas, ubicado en rancharía piedra primera sección del municipio; el emblemático paseo Atenas: homenaje a los hombres ilustres de Cunduacán, ubicado en la calle que lleva su nombre hombres ilustres, es un pintoresco municipio, donde se han destacado grandes escritores, ensayistas, historiadores, novelistas, periodistas, poetas, y médicos de gran talento.



Dr. Gregorio Diaz Vasquez, Dr.Victor Lopez Leon, Dr. Humberto Yanez Garcia (+), Dr. Ernesto Madrigal Gallegos.

Por inquietudes de un grupo de médicos del municipio, que en aquel entonces eran 10 compañeros médicos, 4 odontólogos, y 2 Q.F.B.; el cual por motivaciones de la sociedad médica de tabasco y un grupo de especialistas como el extinto Dr. Bartolomé Reynes Berezaluce, Dr. Roberto Blé Oramas, Dr. Carlos Blé Oramas, Dr. Rafael Graham Vidal, Dr. Eduardo C. López López y el Dr. Marco Iris Méndez, quien nos ofreció la

primera conferencia sobre vulvovaginitis, en el auditorio de la preparatoria de este municipio.

Nuestro primer presidente de la sociedad médica fue el Dr. Gregorio Díaz Vázquez, secretario Dr. Manuel Marín Fons y tesorero el Dr. Ernesto Madrigal Gallegos, así nos conformamos hasta que logramos consolidar con esfuerzo y sacrificio, nuestra sociedad médica, llevando a cabo nuestras primeras jornadas médicas de actualización, el 30 de noviembre de 1986, que fueron todo un éxito, era presidente municipal, Lic. Heberto Taracena Ruíz, el cual nos realizó un evento recreativo en el centro de convivencia con su distinguida esposa la señora Hilda Blé Oramas.

Hasta el año de 1991 que se llevó a cabo el cambio de mesa directiva, quedando como presidente en el periodo: 1991-1993 el extinto Dr. Humberto Yáñez García, secretario Q.F.B. Cesar Francisco Burelo Burelo, y tesorero la extinta Dra. Edith Espinosa Cabrera.

En el periodo: 1993-1995 fue presidente el Q.F.B. Cesar Francisco Burelo Burelo, secretario Dr. Romeo Castillo Castellano, y tesorero Dr. Eulalio Valdez Arteaga.

En el periodo: 1995-1997 fue el presidente el Dr. Romeo Castillo Castellanos, secretario Dr. Ernesto Madrigal Gallegos y tesorero Dr. Víctor Ramos Méndez.

Fue entonces después de 10 años que logramos rescatar las jornadas medicas llevándose acabó con un reconocimiento al extinto oncólogo Dr. Manuel Rodríguez García y Dr. Juan Cuy Palacios.

En el periodo 1997-1999 fue el presidente Dr. Ernesto Madrigal Gallegos, secretario Dr. Tomas Ramos Martínez, y tesorero el extinto Dr. David Martínez Murillo.

Haciendo homenaje al Dr. Arquímedes Oramas Sáenz por sus 50 años de ejercicio profesional, oriundo del municipio.



Dr. Tomas Ramos Martínez, Dr. Ernesto Madrigal Gallegos, Dr. Luis Arturo Zavaleta de los Santos (+), Dr. Martin Juárez Cadena. (Jornadas Medicas 1998).

En 1998 nos engalana con su presencia el extinto Dr. Luis Arturo Zavaleta de los Santos, director del Sistema de Educación Médica Continua para Médicos Generales y Familiares, en este mismo año nos apoya en unión con el presidente del Colegio Médico de Tabasco el Dr. Martín Juárez Cadena, para asistir a la primera Mega Cumbre para Médicos Generales y Familiares.

En el periodo: 1999-2001 fue el presidente Dr. Tomas Ramos Martínez, vicepresidente: Dr. Eulalio Valdez Arteaga, secretario Dr. Juan Hernández murillo, tesorero el extinto Dr. Mariano Leyva Sánchez.



Visita del Dr. Luis Arturo Zavaleta de los Santos y Dra. Hilda Eugenia Alcántara Valencia junio 2002.

En el periodo: 2001 - 2004 fue el presidente Dr. Eulalio Valdez Arteaga, secretario Dr. Juan Hernández Murillo, tesorero el extinto Dr. Mariano Leyva Sánchez, en junio del 2002, nos visita el Dr.

Luis Arturo Zavaleta de los Santos en compañía su esposa la Dra. Hilda Alcántara Valencia, los recibimos con un emotivo evento recreativo.



Llega la Sociedad Médica de Cunduacán Tabasco, a la IX Mega Cumbre Médica, en la ciudad de Acapulco Guerrero 2007.

En el periodo: 2004 - 2008 fue el presidente Dr. Juan Hernández Murillo, secretario Dr. Ernesto Madrigal Gallegos, tesorero extinto Dr. Mariano Leyva Sánchez, hace acto de presencia nuevamente la Sociedad Médica de Cunduacán en la IX Mega Cumbre Médica, en Acapulco Guerrero.



XXV Jornadas Médicas Sociedad Médica de Cunduacán, con ponentes del Colegio Médico de Medicina Interna de Tabasco, noviembre 2025.

En el periodo: 2008 - 2026 fue el presidente Dr. Tomas Ramos Martínez, secretario Dr. Manuel Marín Fonz, tesorero Dr. Juan Hernández Murillo, coordinador actividades académicas: Dr. Mateo Ovando Torres, primer vocal Dra. María de Jesús Ochoa Sánchez, segundo vocal Dr. Ernesto Madrigal Gallegos, tercer vocal extinto Dr. Pablo Zacarias Arrellano, en noviembre del 2025, en las Jornadas Médicas XXV, de nuestra Sociedad Médica de Cunduacán, S.C., nos engalanaron con su presencia la presidente del Colegio Mexicano de Médicos Generales y Familiares, la distinguida Dra. Hilda Eugenia Alcántara Valencia, y la Dra. Hilda Eugenia Zavaleta Alcántara, quienes dieron mayor realce al evento, otorgando reconocimiento a los representantes filiales del Colegio Mexicano de Médicos Generales y Familiares, Zona Tabasco.



Cunduacán Tabasco, noviembre 2026, visita de la Dra. Hilda Eugenia Alcántara Valencia y Dra. Hilda Eugenia Zavaleta Alcántara

En el periodo 2026 - 2028 presidente Dr. Mateo Ovando Torres, secretario Dr. Damián Ernesto Madrigal Hernández, tesorero Dr. Juan Hernández Murillo, Coordinador de actividades académicas Dr. Tomas Ramos Martínez, primer vocal Dra. Liney Carrillo Sánchez, segundo vocal Dr. Nelson Peralta Gordillo, tercer vocal Dra. María de Jesús Ochoa Sánchez.



Toma de protesta mesa directiva Sociedad Médica de Cunduacán S.C. 2026-2028. Dr. Juan Hernández Murillo, Dr. Tomas Ramos Martínez, Dr. Mateo Ovando Torres, Dr. Damián Ernesto Madrigal Hernández, Dr. Nelson Peralta Gordillo, en el instituto Medico Pons.

Se han realizado XXV Jornadas Medicas en 42 años desde su fundación, en el auditorio de la Casa de la Cultura Antonio de Dios Guarda de Cunduacán Tabasco, de igual manera se llevan a cabo temas de actualización médica continua un fin de semana al mes, impartidos por médicos especialista y médicos generales, desde 1991, las cuales se iniciaron en el consultorio del Dr. Ernesto Madrigal Gallegos, luego fueron en la sala de usos múltiples de la casa de la cultura Antonio de Dios Guarda, así como en la clínica Elsa Guadalupe de Dr. Eulalio Valdez Arteaga, también en la clínica popular Díaz del Dr. Gregorio Díaz Vázquez y desde hace 16 años se realizan en el instituto Médico Pons.

## Fundadores de la Sociedad Médica de Cunduacán S.C.:

### Médicos Generales y Especialista:

1. Dr. Gregorio Díaz Vázquez
2. Dr. Ernesto Madrigal Gallegos
3. Dr. Humberto Yanes García (+)
4. Dr. Romeo Castillo Castellanos
5. Dr. Felipe Cadena Cruz
6. Dr. Guadalupe Álvarez Guzmán
7. Dr. Ovidio Pérez Andrade (+)
8. Dr. Jaime Martínez Madrid (+)
9. Dr. Miguel Enrique Yáñez Burelo (+)
10. Dra. Adriana González Ordoñez

### Médicos Odontólogos:

1. Dr. Manuel Marín Fonz
2. Dra. Edith Cabrera Espinoza (+)
3. Dr. David Murillo Martínez (+)
4. Dr. Efraín Zurita Pascual

### Químicos Farmacobiólogos:

1. Q.F.B.: Cesar Francisco Burelo Burelo
2. Q.F.B.: Jorge Isaac Lizama Rosado

**Contacto:** Dr. Damián Ernesto Madrigal-Hernández

Correo electrónico: damian3124m@gmail.com

# La revancha de la venganza de Moctezuma: La batalla que casi perdió Hernán Cortés en la Nueva España y su exvoto.

Eduardo Alfonso Hernández-Muñoz (1), Felipe Alfonso Hernández-López (2). Eugenio Vladimir Zavala-Sánchez (3).

Médico Cirujano, Especialista en Epidemiología, Diplomado en Historia y Filosofía de la Medicina. Epidemiología, Unidad de Medicina Familiar No. 181, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ixtlahuacán de los Membrillos, Jalisco, México. ORCID iD: 0000-0003-4742-1673. (2) Médico Cirujano. Práctica privada en León, Guanajuato, México. (3) Médico Cirujano y Partero Especialista en Epidemiología. Epidemiología, Unidad de Medicina Familiar No. 167, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México. ORCID iD: 0009-0008-6046-0750.

## • Resumen

Mientras Hernán Cortés se encontraba en la Nueva España, sufrió una picadura de escorpión. Al ver que su vida peligraba, se encomendó a la Virgen de Guadalupe, y acudió a los médicos. Talavera, en 1597 describió que el conquistador le ofreció un el exvoto (joya) como muestra de su gratitud a la Virgen de Guadalupe. Otros cronistas describieron el hecho histórico, sin embargo, existen controversias entorno al exvoto y el incidente. La presente investigación analiza estas controversias desde una perspectiva histórica, epidemiológica y biológica. Además, se presenta un exvoto de arte popular mexicano, inédito.

**Palabras clave:** historia, exvoto, escorpión, México, Hernán Cortés.

## • Abstract

While Hernán Cortés was in New Spain, he suffered a scorpion sting envenomation. Seeing that his life was in danger, he entrusted himself to the Virgin of Guadalupe and sought medical help. Talavera, in 1597, described how the conqueror offered an ex-voto (jewel) as a token of his gratitude to the Virgin of Guadalupe. Other chroniclers described the historical event; however, controversies exist surrounding the ex-voto and the incident. This research analyzes these controversies from a historical, epidemiological, and biological perspective. Furthermore, it presents a previously unpublished example of Mexican folk art ex-voto.

**Keywords:** history, ex-voto, scorpion, Mexico, Hernán Cortés.

Hernán Cortés de Monroy y Pizarro Altamirano (1485-1547), es un personaje histórico que no requiere una presentación. Situémonos entonces, nueve años después de que hubo desembarcado en lo que hoy es la isla de Cozumel, al noreste de la península de Yucatán o si usted lo prefiere, ocho años después del día en que los conquistadores

españoles sufrieron la derrota bélica a manos del ejército Mexica en los límites de Tenochtitlán (la noche triste). Fue en 1528, cuando el General estuvo a punto de perder una batalla más.

Este incidente ocurrió al norte de lo que hoy es el estado de Morelos, y aunque muchos imaginan

lo que el conquistador hacía en Morelos, nos adelantaremos a decir que no andaba en Yecapixtla en un tour gastronómico de cecina, sino que se encontraba en el Municipio de Yautepec, perdiéndose del manjar por realizar otras actividades de interés económico. Cortés vivió en un castillo-palacio en Cuernavaca que fue la sede de su “Marquesado del Valle de Oaxaca”. Para continuar generando riqueza, tenía planeado desarrollar la industria de la seda en la Nueva España y para alimentar a los gusanos (*Bombix mori*) que producirían la seda, se requeriría de hojas de árboles de mora. Estas plantaciones se localizaron Yautepec y se estima que se constituía de al menos 25 mil árboles.<sup>1</sup>

Mientras recorría las moreras en su caballo y las inspeccionaba, Cortés sufrió una picadura de escorpión. Federico Gómez de Orozco, describe sin mayor detalle que en algún viejo documento que leyó hace muchos años: “*que (Cortés) (...) en sus campos de moreras ubicados en Yautepec. (...) fue picado por un alacrán, de los muchos muy ponzoñosos que hay en la Tierra Caliente*”.<sup>2</sup> Las palabras alacrán y escorpión son sinónimos.

Ante la situación y tras ver que su vida se encontraba en peligro, recurrió a dos remedios. Primero al de la fe al encomendarse a la Virgen de Guadalupe, y posteriormente a los médicos.<sup>1</sup> En la tradición católica durante las epidemias, la enfermedad, los infortunios de la vida diaria o cuando la medicina fracasaba, las personas se refugiaban en la fe “esperando el milagro”. Después, ofrecían exvotos al santo, virgen o deidad a la que se habían encomendado como una especie de moneda de pago por el favor recibido.<sup>3</sup> De acuerdo con el texto de López-Medellín, el investigador comenta que “*Acabada su plegaria, apareció un indio anciano en la puerta de su casa, sabedor de lo que acontecía, traía con él un montón de hierbas y un brebaje*”.<sup>1</sup> No se conocen más detalles de lo que contenía el brebaje, ni cuales fueron las hierbas empleadas. Un estudio de Carrera-Fernández, enlista 48 plantas mexicanas descritas como “remedios para la picadura de escorpión en México”, sin embargo, hasta el 2025 no existe ningún ensayo

clínico que evalúe la seguridad y eficacia de estas plantas o sus derivados para el tratamiento de la picadura de escorpión. Por lo anterior, se desaconseja su uso y en su lugar se recomienda la asistencia inmediata a la clínica más cercana para recibir atención médica prioritaria. Toda vez que la picadura de escorpión es una urgencia médica y representa un problema de salud pública en México y otros países en regiones tropicales y subtropicales.<sup>4,5</sup>

La primera mención del hecho histórico se ubica en el libro de “*Historia de Nuestra Señora de Guadalupe: consagrada a la soberana magestad de la Reyna de los Ángeles milagrosa patrona de este santuario*”, de Fray Gabriel de Talavera, impreso en 1597. Talavera, describe que posterior al milagro de la Virgen de Guadalupe a Cortés, el conquistador le ofreció un el exvoto (joya) como muestra de su gratitud:

*“Está también con lo que hemos referido, un escorpión de oro, engaste de otro verdadero que encierra. Ofreciole Fernando Cortés, Marqués del Valle, honra, valor y lustre de nuestra España. Dio ocasión a esta dádiva el milagro famoso, que en su defensa obró Nuestra Señora, habiéndolo mordido un escorpión y derramado tanto veneno por su cuerpo, que le puso a peligro de perder la vida. Puesto en este estrecho, volvió los ojos a Nuestra Señora, suplicándole le acudiera en tanta necesidad. Fue su majestad servida de oír su petición, no permitiendo pasase adelante el daño. El famoso capitán agradecidísimo de la merced, vino de lo más remoto de las Indias a esta santa casa, año de mil quinientos veintiocho, y trajo este escorpión de oro, y el que le había mordido dentro. Es este engaste y pieza de mucho valor, y de maravilloso artificio en que los indios se aventajaron”.*<sup>6</sup>

El Padre Fray Francisco de San Joseph en 1743, describió a más de 200 años del accidente, la visita de Cortés al Santuario en “*Historia universal de la primitiva y milagrosa imagen de Nuestra Señora de Guadalupe fundación, y grandezas de su santa casa y algunos de los milagros que ha hecho en este presente siglo*”:

*“No me parece ajeno de buena conjetura, invocaría muchas veces en su defensa a la Madre de Dios de Guadalupe el insigne Marqués del Valle Don Fernando Cortés, General de esta conquista, es este y otros muchos lances, que se ofrecieron de gran peligro, porque era devotísimo de esta Señora, y así la buscó humilde, hallándose desahuciado de los Médicos por una mordedura de un venenosísimo escorpión, que le quitaba la vida; dándole salud perfecta por lo cual vino el valeroso Héroe a darla los agradecimientos en su Santuario, de lo más distante de aquellas Indias, siete años después de ganada México, ofreciendo en prendas de su gratitud diversos, y ricos dones, y entre ellos una lámpara de plata, un Escorpión de oro, cuajado de esmeraldas, y otras preciosas piedras, y dentro el ponzoñoso animalillo, instrumento de su muerte; y quería la Madre de Dios aparecerse entonces a los Indios, oyendo las súplicas del General su devoto”.*<sup>7</sup>

El acervo de la Biblioteca del Museo Nacional del Prado, en Madrid, España, cuenta con un reducido número de manuscritos. Entre ellos, el n° 22, proveniente de la antigua biblioteca del Monasterio cacereño de Santa María de Guadalupe titulado: *“Memorial de Joyas y Alajas que este año de 1769 están existentes en el Joyel del Camarín Santuario, Saehristia, Capilla maior; Alazenas v°. De este Templo de Na Sa Sta. María de Guadalupe assi de Oro guarnecido de piedras, como de Plata dorada y blanca; Siendo Sacristán maior el R.P.F. Diego de S. Joseph”.* En el encontramos en el “fol. 12 r” la descripción de una joya que se corresponderá con la dibujada 9 años más tarde en el “códice C-83” atribuida a ser *“El Exvoto de Cortés” (Fig. 1).*<sup>8,9</sup> La descripción de la joya es parca, como una pieza más del catálogo, y carece de información sobre su donante: *“Item otra Joia de oro esmaltdo. que es un dragón con Alas pente. de dos cadenillas, y su colgte. de dos Perlas: tiene otras dos asidas con las uñas, y la adornan quarenta y tres esmeraldas de diferentes tamaños”.*<sup>8</sup>

Esta descripción es distinta a las más antiguas y primeramente referidas por Fray Gabriel de Talavera y Fray Francisco de San Joseph.<sup>6,7</sup> Sin

embargo, sería retomada, ampliada e ilustrada en 1778 por un hermano del monasterio de Guadalupe cuyo nombre permanece desconocido. Es muy importante mencionar que la descripción original destaca que el exvoto ofrecido es *“un escorpión de oro, engaste de otro verdadero que encierra”* es decir, a manera de un relicario y este particular detalle fue omitido en las descripciones posteriores.

El dibujo (1778) con su descripción (cartela) (Fig. 1) se encuentra integrado en un libro inventario con la totalidad de las alhajas del camarín de la Virgen de Guadalupe ubicado en el Archivo del Real Monasterio (códice C-83, fol. N° 27r) en España. En la cartela se lee: *“Esta joya es particular por la circunstancia de retrato de un escorpión, otra sabandija que mordió al famoso Hernán Cortés causándole una gran enfermedad de la que estuvo a la muerte mientras estaba ocupado en la conquista de México. En su aflicción se ofreció a su paisana N. S. de Guadalupe Extremadura quien oyó sus súplicas. Y el devoto Cortés manifestó su agradecimiento visitando a su bienhechora en esta Santa Casa, siete años después de ganada México ofreciendo varios dones y uno de ellos fue esta joya que es de oro con algún esmalte verde y otros colores, con cuarenta y tres esmeraldas muy claras, grandes y hermosas las más de ellas labradas, labradas con mucha extrañeza. Tiene también cuatro perlas las dos colgantes y las otras dos presas de las garras. Véase al Smo.San Jph Historia Universal de N.S. de Guadalupe Cap. 21 fol. 143 Num. 11. le falta una esmeralda en el espinazo.”*<sup>1,2,9</sup>

El Exvoto de Cortés a la virgen de Guadalupe (Fig. 1), es uno de los más antiguos de la época de la Colonia que se conoce, sin embargo, el paradero de la joya es un misterio. Algunos autores señalan que esta joya fue saqueada junto con otros tesoros del Monasterio de Guadalupe (España) cuando se publicaron las leyes de desamortización de bienes eclesiásticos de Juan Álvarez Mendizábal Monasterio en 1835, y la exclaustación de los monjes jerónimos del monasterio<sup>1</sup>, mientras que otros sugieren que fue fundida.<sup>8</sup> Inclusive hay quienes sugieren que no fue un escorpión (alacrán)

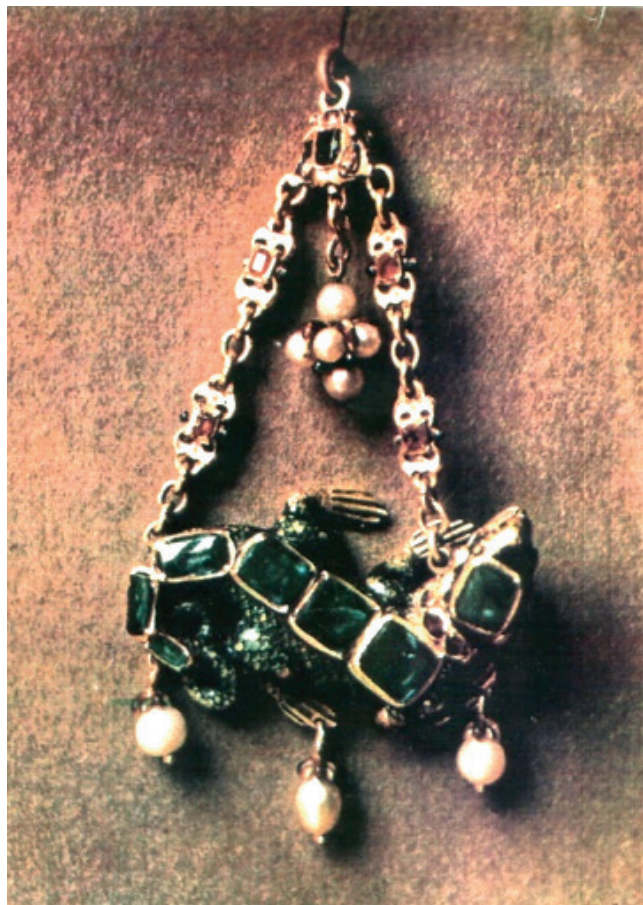
quien atacó al General, sino un lagarto venenoso (*Heloderma horridum*) llamado coloquialmente “escorpión”, lagarto enchaquirado o lagarto de cuentas. Esta joya conocida como “el Lagarto de Cortés” atribuida a ser el exvoto de Cortés se ubica en el Museo del Instituto de Valencia de Don Juan, Madrid, España (Fig. 2).<sup>2</sup> Sin embargo, esta es la hipótesis menos plausible, por motivos históricos, epidemiológicos y biológicos.

**Fig. 1. Detalle del Escorpión de Hernán Cortés. Tinta negra a pluma y aguada de colores en el libro de joyas de Nuestra Señora Santa de María Guadalupe.**



Fotografía: Daniel Salvador. Ubicación: Guadalupe (Cáceres). Real Monasterio de Santa María Guadalupe, España. En: <https://danielsalvadoralmeida.es/portfolio/detalle-escorpion-de-hernan-cortescosme-de-barcelona-1761-1802/>

**Fig. 2. Fotografía de Lagarto de Cortés en Instituto de Valencia de Don Juan, Madrid, España.**



En: <https://academiahernancortes.blogspot.com/2015/11/la-devocion-de-hernan-cortes.html>

Por motivos históricos, la descripción del número de esmeraldas y perlas entre los documentos citados y la pieza de orfebrería, no coinciden<sup>8</sup> así como tampoco su descripción de ser una especie de relicario y contener el escorpión que agredió a Cortés.<sup>9</sup> Por motivos epidemiológicos, aunque el reptil también se distribuye en la misma región en la que ocurrió el incidente, el riesgo de una picadura de alacrán en Morelos es miles de veces mayor que el de una mordedura por *Heloderma horridum*.<sup>10</sup> En México no es posible hacer un análisis de casos y defunciones por mordedura de lagartos venenosos, debido a que el código CIE-10: X209 correspondiente, no distingue entre mordedura de serpiente y

de lagarto. Se han documentado solo un par de casos de mordedura de *Heloderma horridum* en México (sin defunciones) y en Estados Unidos de América, no se han reportado defunciones en los últimos 60 años. A diferencia de las picaduras de alacrán cuyo promedio anual de casos en Morelos es de 29,862 casos.<sup>10</sup> Finalmente, el reptil, tiene los dientes acanalados para que el veneno escurra por las heridas de la mordida y no lo inyecta; es decir que es necesario que el animal muerda a la víctima y mantenga su mordida mientras mastica para que el veneno salga. Este reptil, salen poco de su guarida, no es muy ágil, se mueven muy lentamente y tiene un tamaño promedio de 35 a 40 cm, lo que hace difícil que pase desapercibido al ojo humano y la mordedura ocurra accidentalmente.<sup>11,12</sup>

Si se considera lo anterior y se comparan las fotografías del “Exvoto del Lagarto de Cortés” (Fig. 2) con el dibujo y descripción del inventario del siglo XVIII (Fig. 1), puede deducirse que no es el Exvoto del escorpión referido por Talavera en el siglo XVI. Analizando los argumentos descritos y las dimensiones promedio del reptil contrastándolas con la descripción del exvoto “que contenía dentro el animal real”, podemos descartar contundentemente la hipótesis de atribuir que el incidente con el animal ponzoñoso fue un lagarto venenoso (*Heloderma horridum*) como lo propuso Gómez de Orozco.<sup>2</sup> Adicionalmente, en la opinión de Manuel Toussaint, la joya de Madrid no es la de manufactura indígena que llevó Cortés a Guadalupe, sino más bien una joya europea.<sup>6,13</sup> Personalmente, considero que se trata de 3 piezas de joyería distintas y un exvoto pictórico. La primera, el Exvoto relicario ofrecido por Cortés (descrito por Talavera y San Joseph, no ilustrado y desaparecido),<sup>6,7</sup> segunda, la joya similar a un dragón referida en el dibujo del inventario de 1778 (Fig. 1) (desaparecida)<sup>9</sup> y tercera, el “Exvoto del Lagarto de Cortés” (Fig. 2) albergada en el Museo del Instituto de Valencia de Don Juan<sup>2</sup> que no guarda relación alguna con Cortés por haberse fabricado en un periodo posterior al que vivió.<sup>13</sup> El exvoto pictórico es entonces el dibujo del inventario (1778) con su descripción (cartela) (Fig. 1).

## Exvotos sobre escorpiones

El exvoto pictórico tiene su origen en el siglo XV en Italia. Posteriormente se extendió por Europa y llegó a México con la conquista. En el periodo novohispano (1521-1821), quienes realizaban exvotos pictóricos eran artistas con una formación académica en la pintura como Manuel Arellano, Cristóbal de Villalpando, Tomás Xavier de Peralta, Carlos de Villalpando y Miguel Cabrera, entre otros. Posterior a la independencia (1810-1821), el exvoto se extendió a las clases sociales más vulnerables, cuando autodidactas y aficionados comenzaron a pintarlos. En Guanajuato destaca Hermenegildo Bustos, mientras que, en Jalisco, uno de los máximos exponentes fue Gerónimo de León. Los temas votivos del siglo XVIII-XIX, están relacionados con la salud en el 40-70% de los casos.<sup>11</sup>

A conocimiento de los autores, los exvotos de alacranes son muy raros. Se presenta uno que a similitud del de Cortés, también tiene dedicación a N.S. de Guadalupe (Fig. 3).

En una publicación de la revista Forbes, de mayo de 2025, se describe que un equipo de historiadores mexicanos pertenecientes a la asociación cultural Frente de Afirmación Hispanista, obsequiaron al monasterio de Guadalupe de Cáceres, una réplica de escorpión tallado en plata y con incrustación de piedras preciosas, en cuyo interior se introdujo un escorpión disecado a la manera de un relicario (Fig. 4). Existen dos copias más, la primera irá al Museo de Arte Virreinal de Taxco, conocido también como Casa Humboldt mientras que la segunda a la Casa Cultural Fredo Arias de la Canal, en Potes en Cantabria, España.

Los exvotos además de su dimensión artística son una expresión popular de la medicina mágica-religiosa y una herramienta de la metodología histórica como fuente información. Actualmente, el paradero del Exvoto relicario de Cortés permanece siendo un misterio, pero la crónica histórica nos permite nombrar la batalla que casi perdió Hernán Cortés en la Nueva España contra un escorpión como “La revancha de la venganza de Moctezuma”.

**Fig. 3. Fotografía del Exvoto de Ángel y José en la Magueyera en cuya cartela se lee: “Angel y Jose andando en la magueyera recolectando agua miel para hacer su pulque cuando Angel fue picado por un escorpion. Jose corrio rapidamente en busca de ayuda pidiendole a la Virgensita lo ayudara a salvar a su hermano. Gracias a ella hoy se recupera. 1980”.**



Óleo sobre lámina de zinc. Colección de Dr. Felipe Alfonso Hernández López.

**Fig. 4 . Réplica de escorpión tallado en plata y con incrustación de piedras preciosas.**



Fotografía : EFE/ Asociación Cultural Frente De Afirmación Hispanista (FAH)

#### ¿Qué hacer si te pica un alacrán?

1. Mantén la calma.
2. Evita utilizar remedios caseros, herbolaria y automedicarte. Los remedios son ineficaces, pueden retrasar la atención médica y causar efectos secundarios perjudiciales.
3. Lava la herida con agua y jabón.
4. Acude inmediatamente a la unidad de salud más cercana. La picadura de alacrán es una urgencia médica.

5. Para controlar el dolor y la inflamación aplica frío local (hielo envuelto en tela) por intervalos de 10 minutos.

En México el tratamiento específico es seguro y efectivo. El “anti-veneno” está hecho a base de fragmentos (*ab'*)<sup>2</sup> de inmunoglobulinas que neutralizan el veneno de alacranes.

### ¿Qué no debes de hacer si te pica un alacrán?

1. No debes de utilizar remedios caseros ni herbolaria.
2. No debes de hacer un torniquete.
3. No debes de realizar cortes o intentar succionar el veneno.
4. No apliques hielo directo en la herida.
5. No debes esperar a que inicien los síntomas para acudir a la unidad de salud más cercana.

Opcionalmente como lo hizo Hernán Cortes, posterior a la atención médica, puedes dedicar un exvoto y compartirlo con nosotros.

### Contacto:

Dr. Eduardo Alfonso Hernández-Muñoz

Correo electrónico: [eduardoa4m@gmail.com](mailto:eduardoa4m@gmail.com)

Dr. Eugenio Vladimir Zavala-Sánchez

Correo electrónico: [dr.vlad.zavala.sanchez@gmail.com](mailto:dr.vlad.zavala.sanchez@gmail.com)

## • Referencias

1. López-Medellín, Xavier. (2022). Hernán Cortés y 500 años conquista de México: Perspectivas interculturales, populares, postcoloniales y didácticas. [https://www.fundacionyuste.org/wp-content/uploads/2022/01/Libro-Hernan-Cortes-b\\_Parte3.pdf](https://www.fundacionyuste.org/wp-content/uploads/2022/01/Libro-Hernan-Cortes-b_Parte3.pdf)
2. Gómez de Orozco, Federico. 1942. ¿El Exvoto De Don Hernando Cortés?. *Anales Del Instituto De Investigaciones Estéticas* 2 (8):pp. 51-54. <https://doi.org/10.22201/iie.18703062e.1942.8.287>.
3. Hernández-Muñoz EA, Hernández-López FA. El exvoto como documento histórico de la primera epidemia de cólera en México en 1833. *Med Int Méx* 2023; 39 (3): 543-547.
4. Carrera-Fernández MC, Herrera-Martínez M, Ordaz-Hernández A, Arreaga-González HM. Medicinal plants from Mexico used in the treatment of scorpion sting. *Toxicon*. 2023 Jul;230:107172. doi: 10.1016/j.toxicon.2023.107172. Epub 2023 May 19. PMID: 37211060.
5. Hernández-Muñoz EA, Borges A, Zavala-Sánchez EV. Medicinal plants and home remedies for scorpion sting envenomation: Why proven therapies should take precedence pending robust evidence. *Toxicon*. 2025 Feb;255:108261. doi: 10.1016/j.toxicon.2025.108261. Epub 2025 Jan 23. PMID: 39862932.
6. Talavera, Gabriel. (1597). Historia de Nuestra Señora de Guadalupe consagrada a la Soberana magestad de la Reyna de los Ángeles, milagrosa patrona de este santuario. Toledo, Thomas de Guzmán. Lib. III, Cap. XIII, fol.178 <https://digibug.ugr.es/handle/10481/57007>
7. F. De San Joseph (1743). Historia Universal de la Primitiva y Milagrosa Imagen de Nuestra Señora de Guadalupe. Madrid: A. Marin, cap. XXI, p. 143. Núm. 11. <https://bndigital.bne.es/bd/card?oid=0000093920&site=bdh>
8. Rodas Estrada JH, Salazar Simarro N, Paniagua Pérez J. (2017). El Tesoro del Lugar Florido: estudios sobre la plata iberoamericana: siglos XVI-XIX. Ediciones

- El Forastero; [México] : INAH; León : Instituto de Humanismo y Tradición Clásica pág 137-174. <https://ihtc.orex.es/79.pdf>
9. Daniel Salvador. (2025). Escorpión de Hernán Cortés” Cosme de Barcelona. 1761-1802. <https://danielsalvadoralmeida.es/portfolio/escorpion-de-hernan-cortescosme-de-barcelona-1761-1802/>
  10. Hernández-Muñoz EA,Zavala-Sánchez EV,González-Aguilera B,González-Roldán JF,Castillo-Salgado C. Epidemiology of scorpionism in Mexico. *Gac Med Mex.* 2025;161(6):691-701
  11. Cantrell, F. L. (2003). Envenomation by the Mexican Beaded Lizard: A Case Report: CASE REPORT. *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology*, 41(3), 241-244. <https://doi.org/10.1081/CLT-120021105>
  12. Chippaux JP, Amri K. Severe Heloderma spp. envenomation: a review of the literature. *Clin Toxicol (Phila)*. 2021 Mar;59(3):179-184. doi: 10.1080/15563650.2020.1853145. Epub 2020 Dec 2. PMID: 33263449.
  13. Manuel Toussaint, “El criterio artístico de Hernán Cortés”, *Estudios Americanos*, Madrid, 1948, vol. 1, núm. 1, p. 91. <https://es.scribd.com/document/469974517/Copia-de-Estudios-A-vol-1-n%C2%BA-1-1948-pdf#page=91>
  14. Hernández-Muñoz EA, Hernández-López FA. El exvoto como documento histórico de la primera epidemia de cólera en México en 1833. *Med Int Méx* 2023; 39 (3): 543-547.
  15. Forbes México (2025) Historiadores mexicanos entregan a España réplica de ‘escorpión’ que picó a Hernán Cortés. <https://forbes.com.mx/historiadores-mexicanos-entregan-a-espana-replica-de-escorpion-que-pico-a-hernan-cortes/>

# Instrucciones para los autores en la revista **PARA la SALUD**

La revista educativa **PARA la SALUD** es órgano oficial Trimensual del Sistema de Educación Continua para el Médico General y Familiar, que publica artículos en idiomas español e inglés. La revista tiene como objetivo el difundir resultados de investigación, información acerca de eventos y programas de promoción de la salud en general, al igual que brindar un reconocimiento a personajes destacados en el ejercicio de la salud pública, convirtiéndose en un vehículo para fortalecer el quehacer del Sector Salud, tanto de la medicina, como la enfermería, la odontología y profesiones afines de atención en salud, no solo de nuestro país México, queda abierta la invitación a Latinoamérica y resto de países del mundo.

A continuación, se describen las instrucciones para los investigadores que decidan someter trabajos para su publicación en la revista educativa **Para la SALUD**:

## **a) Tipos de trabajos que se reciben**

- **Artículos de comunicación científica** (de 15 a 20 páginas): estos documentos presentan de manera detallada resultados originales e inéditos de investigación, teniéndose que estructurar de la siguiente manera: introducción, metodología, resultados y discusión. Dentro de las páginas deberán de considerarse el resumen en español e inglés, cuadros, imágenes y bibliografía.

- **Artículos de revisión de tema** (de 10 a 15 páginas): en este tipo de documentos, se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, así como de la revisión crítica de la literatura sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo.

- **Cartas al editor** (de 1 a 2 páginas): descripción crítica y analítica de la posición del autor sobre los documentos publicados en la revista Para la SALUD, lo cual constituye un aporte importante para generar la reflexión y discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia. Las cartas deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de dos meses posteriores a la publicación de un artículo. Se dará oportunidad a los autores para responder.

- **Casos clínicos** (de 5 a 10 páginas): descripción de situaciones clínicas reales y de relevancia para la práctica médica del personal de salud en los tres niveles de atención.

- **Cultura Médica** (2 a 5 páginas) Documentos que buscan rescatar y valorar las manifestaciones culturales ligadas con aspectos de la salud.

Cuando se reciba un documento en cualquiera de sus modalidades, esto no implica que de manera obligada el Comité Editorial lo publique, pues el Comité se reserva el derecho de aceptar o rechazar los artículos o de hacer las modificaciones editoriales pertinentes.

## **b) Instrucciones para envío y sometimiento del artículo**

Envío de documentos:

Enviar en archivo electrónico el documento original en Word, letra Arial o Times New Roman, tamaño 12 puntos, con una extensión máxima de 20 páginas (sin tener en cuenta tablas, gráficos y referencias bibliográficas) a 1.5 cm de espacio, tamaño carta con márgenes de 2.5 cm en cada lateral. Se admiten por artículo 35 referencias

como máximo y mínimo 10, con excepción de los artículos de revisión que se caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica.

Los documentos se deberán de enviar en electrónico al correo [revistaeducativa@paralasalud.com.mx](mailto:revistaeducativa@paralasalud.com.mx) o [RevistaParalaSalud@outlook.com](mailto:RevistaParalaSalud@outlook.com) junto con el documento a someter para posible publicación, se debe anexar una carta de sometimiento del artículo con la declaración de responsabilidad donde señale que el (los) autor (es) están aceptando que el artículo es original, que no ha sido enviado ni se someterá para su publicación a otra revista.

De igual manera, hacen constar los permisos para reproducir material sujeto a derechos de autor dentro del artículo, las fuentes de financiación de la investigación o publicación y cualquier otro conflicto de intereses que pueda existir por parte del autor o autores, especificando la transferencia de los derechos de autor a la Revista educativa **Para la SALUD** en caso de aceptarse su publicación.

Tomando en cuenta el número elevado de co-autores que se inscriben dentro de una publicación científica, se tendrá suficiente rigor en la evaluación de la contribución real de cada autor, señalando dentro de la carta de sometimiento del artículo, las contribuciones de cada uno de los autores, tal como fue aprobado por el International Committee of Medical Journal Editors, que reconoce la autoría basada en la contribución sustancial en relación con:

- El diseño y/o análisis e interpretación de datos
- La redacción del artículo o la revisión crítica de su contenido intelectual importante
- La aprobación final de la versión para ser publicada

## Evaluación de documentos

Todos los documentos que se reciban, serán revisados de forma anónima por dos o tres personas expertas en el objeto de estudio y/o la metodología empleada. Se dará un promedio de

dos semanas para la revisión por sus pares, pero de igual manera los tiempos de revisión dependen de su disponibilidad. El Comité Editorial revisará las evaluaciones de los pares expertos y se tomará la decisión de aceptar el artículo, de reenviarlo al autor con modificaciones o rechazarlo.

Si el documento se acepta, pero con modificaciones, una vez que los autores envían la versión revisada de su artículo, el Comité Editorial procederá a revisar la nueva versión junto con la carta que deben enviar los autores, explicando los ajustes y modificaciones realizada a partir de las recomendaciones de los expertos.

Las recomendaciones en que no se esté de acuerdo, deben explicar los motivos detalladamente los autores. Se reservará el derecho de no publicar un documento si los autores no contestan a satisfacción los requerimientos planteados.

Una vez que haya sido aceptado el documento para su publicación, el Comité Editorial enviará un documento donde se manifieste la decisión editorial y se indicará el número en el que se publicará. La versión se enviará en formato PDF a los autores, con el fin de realizar una revisión general al artículo y devolver el mismo ya sea con ajustes pequeños o aprobado, dando como plazo 24 horas después del envío.

## Presentación de los trabajos

Los artículos, deberán de contener los siguientes apartados, debidamente diferenciados y presentados en el siguiente orden:

### Primera hoja:

**Título:** lo más corto posible, sin interrogaciones ni exclamaciones y con carácter afirmativo, escribiéndolo en un máximo de 18 palabras.

**Autores:** nombre completo de todos los autores en el orden de aparición en la publicación, su fecha de nacimiento, títulos académicos, dirección electrónica e información laboral institucional. Deberá de señalarse el autor a quien se dirija la

correspondencia y se va a enviar los ejemplares correspondientes a cada autor, con indicación de su dirección, teléfono, dirección electrónica o apartado postal.

### Segunda hoja:

**Resumen:** redactar un resumen estructurado con los siguientes subtítulos: objetivo, material y métodos, resultados y conclusiones. El resumen deberá de ser no mayor a 250 palabras, incluyendo la síntesis de cada uno de los elementos del artículo.

Se deberá de agregar de 3 a 5 palabras claves, que describan el contenido del documento, recomendándose normalizar las palabras claves que son aceptadas por bases de datos internacionales.

El resumen se deberá de presentar en idioma español y en inglés, al igual que las palabras clave.

### Tercera hoja en adelante:

**Introducción:** describir el desarrollo antecedente del problema u objeto de estudio y de una manera puntual, permita centrar el tema de estudio, indicando claramente las bases en que fundamenta el estudio, las razones que justifican su realización y el objetivo del estudio. La introducción debe redactarse enfatizando la necesidad del estudio, generando curiosidad en el lector.

**Metodología:** esta sección detalla la forma de como se ha realizado el estudio. Debe de proporcionarse toda la información necesaria para que otros investigadores puedan replicar la investigación. Se debe de incluir la definición del tipo de estudio realizado, el objeto del trabajo, definición de la población, el tamaño y tipo de la muestra y forma de cálculo, el análisis estadístico utilizado, los procedimientos empleados, las marcas, modelos de equipos e insumos empleados.

Es importante agregar al final de este apartado, si la investigación fue aprobada por alguna comisión de investigación y ética, así como mencionar si se obtuvo consentimiento informado por escrito por parte de las personas que participaron en la investigación.

**Resultados:** El objetivo de este apartado es presentar los resultados del análisis de los datos, mostrando si los datos obtenidos apoyan o no la hipótesis de la investigación, deben presentarse en una secuencia lógica, en textos apoyados en tablas y figuras que expresen claramente los resultados del estudio. No repetir en el texto todos los datos de las tablas y figuras, solo los más importantes.

Algunas consideraciones importantes para la redacción de resultados son: los resultados se presentan, pero no se interpretan, la presentación debe de ser concisa y han de presentarse de una sucesión lógica.

**Discusión y conclusiones:** en este apartado debe de destacarse los aspectos nuevos e importantes de las observaciones hechas, argumentando las conclusiones que de ellas se derivan. No deben repetirse en detalle los resultados que ha presentado en la sección anterior ni en la introducción, relacionando los obtenidos, con otros estudios relevantes sobre el tema, indicando las implicaciones de sus hallazgos y sus limitaciones. Deben de relacionarse las conclusiones con los objetivos del estudio, no haciendo suposiciones si no se ven apoyadas por los datos.

**Agradecimientos:** en este apartado se mencionan las personas o instituciones que han ayudado personal o materialmente en la elaboración del estudio, las personas que han atribuido al desarrollo del trabajo, pero cuya colaboración no justifica la autoría. Es necesario que se señale el tipo de colaboración.

### Referencias bibliográficas

Las referencias se deben numerar, en secuencia, según su orden de aparición en el texto, por medio de números arábigos entre corchetes [ ], en texto plano, es decir, sin utilizar hipervínculos de notas al final. Cada referencia debe comenzar con el apellido y luego las iniciales de todos los autores – sin signos de puntuación entre estos elementos – hasta un máximo de seis autores. Si son siete o más, deben citarse los seis primeros y luego la abreviatura et al. Si son varios autores, deben separarse con comas.

Se recomienda seguir de manera estricta, la guía esquemática de presentación de la *Norma Internacional Vancouver*.

**Material gráfico:** El material gráfico está constituido básicamente por tablas, cuadros y figuras. Todos deben estar anunciados o llamados en el texto, lo más cerca posible del punto en que deban insertarse. Los llamados en el texto se indican mediante la expresión tabla, mapa o figura, según el caso, seguida de su número correspondiente en arábigos. Las tablas y gráficos estarán contenidos dentro del archivo.

Las tablas deben llevar un título breve en la parte superior, a continuación del término tabla y escrito en minúsculas. Las notas explicativas y la fuente se digitan en la parte inferior. Se admiten como máximo seis tablas.

Las figuras pueden ser material ilustrativo diverso, como fotos, mapas, diagramas y esquemas. Deberán llevar un título lo más breve posible en la parte inferior, a continuación del término figura y escrito en minúsculas. Las notas explicativas y la fuente se digitan en la parte inferior, después del título.

Este material deberá enviarse tanto en el archivo electrónico fuente, como en Word o Power Point y en PDF, para que el diseñador tenga la oportunidad de adecuarlos a los espacios disponibles.

Los manuscritos deben ajustarse a los requerimientos del Comité Internacional de

Editores de Revistas Biomédicas, disponible en: ICMJE | Recommendations La versión oficial más reciente puede ser consultada en: [www.icmje.org](http://www.icmje.org)

Es necesario que todos los autores incluyan su identificador ORCID, éste se puede obtener en: <https://orcid.org/register>

Los artículos deberán enviarse a la revista educativa **Para la Salud**, a través de los siguientes correos:

**[RevistaParalaSalud@outlook.com](mailto:RevistaParalaSalud@outlook.com)**

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias  
**Editor Medico**

Dra. Hilda Eugenia Zavaleta Alcantara  
**Co-Editora**

SAVE THE DATE

**CÓDIGO Lactancia México**

**Acompáñanos a la presentación del Primer informe del grupo Código Lactancia sobre el marketing de fórmulas y alimentos complementarios en México.**

**21** Jueves | **05** Mayo | **26** Año

**Registro: 10:30 - 11:00 hrs.** | **Horario del evento: 11:00 - 12:30 hrs.**

**Modalidad: Híbrido**

**Presencial**  
Sala Mario Molina del CINU  
Montes Urales 440, Lomas de Chapultepec, Ciudad de México, C.P. 11000

**Virtual**  
<https://www.youtube.com/live/SjAW4Bje2fU?si=3rQ8xnPaPVAEQ8dp>  
@UNICEFMexico

Por una lactancia materna protegida, entornos responsables y un futuro más saludable.

[www.codigolactancia.org.mx](http://www.codigolactancia.org.mx)

En el marco del compromiso colectivo por promover, proteger y apoyar la lactancia materna, el equipo coordinador de la iniciativa **CódigoLactancia** – conformado por instituciones internacionales, gubernamentales, académicas y de la sociedad civil – tiene el gusto de invitar a la presentación de resultados de la plataforma digital **CódigoLactancia**.

Este evento marca un hito en la vigilancia del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en México: la presentación del Primer informe del grupo Código Lactancia sobre el marketing de fórmulas y alimentos complementarios en México, documento que sistematiza los hallazgos obtenidos a través del monitoreo automatizado con inteligencia artificial de las prácticas de comercialización de fórmulas y alimentos comerciales infantiles en medios digitales, y que ofrece un diagnóstico inédito sobre el estado del cumplimiento de la normatividad nacional e internacional en la materia.

Con el objetivo de compartir estos resultados, su alcance y las implicaciones para las políticas públicas, la práctica clínica y la sociedad civil, le extendemos una cordial invitación para seguir el evento de forma virtual:

Fecha: **miércoles 21 de mayo de 2025** Hora: **10:00 a.m. – 12:30 a.m.**

Transmisión en vivo: <https://www.youtube.com/live/SjAW4Bje2fU?si=3rQ8xnPaPVAEQ8dp>

Para participar, le pedimos realizar un breve registro en el siguiente enlace: Registro del evento de Código Lactancia: Primer informe (virtual) – Fill out form <https://forms.office.com/e/k898n0tGzJ>

Este Primer Informe Nacional representa un paso fundamental hacia la construcción de entornos que protejan la lactancia materna y garanticen que madres, familias y profesionales de la salud puedan tomar decisiones informadas, libres de influencias comerciales. Reafirmamos así el compromiso conjunto con la salud, el bienestar y los derechos de la infancia en México.

Atentamente,  
Equipo coordinador de la iniciativa CódigoLactancia



EL SISTEMA DE EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL MÉDICO GENERAL Y FAMILIAR, Y  
EL COLEGIO MEXICANO DE MÉDICOS GENERALES, "DR. LUIS A. ZAVALA DE LOS SANTOS", A.C.  
LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE MÉDICOS FAMILIARES MÉDICOS GENERALES, A.C.

*¡ Le esperamos!*

# XVII Megacumbre Médica 2026

**18, 19 y 20 JUNIO**

*Oaxaca*



## Temas centrales

Polifarmacia en el adulto mayor: Causas y consecuencias  
Hipertensión en pediatría  
Traumatismo nasofaciales  
El ABC del EVC  
Hipotiroidismo subclínico y levotiroxina en solución  
Minimizando el impacto de la resistencia a la insulina en niños y adolescentes  
Papel de los calcioantagonistas en el manejo de la hipertensión arterial : lercanidipino  
Violencia obstétrica, detección y manejo  
Vacunas  
Cáncer de próstata, la importancia de su diagnóstico oportuno para disminuir los altos índices de Mortalidad de nuestro país.  
Hipertensión arterial: evaluación y estrategias de ajuste terapéutico  
Epilepsia  
Menopausia  
Dolor en el adulto mayor  
Diagnóstico y clasificación del embarazo de alto riesgo  
Nuevos tratamientos del DM2 personalizado  
Trauma laringeo

### Cuotas recuperación

No socios	\$3,500
Socios	\$2,500
Estudiantes	\$1,500



## HOTEL SAN FELIPE OAXACA

Av. Jalisco 15, San Felipe del Agua  
68026 Oaxaca de Juárez,  
Oaxaca, México

Habitación sencilla	\$1,607.00
Con Desayuno oaxaqueño	\$280.00
Total por día <b>Habitación sencilla</b>	<b>\$1,887.00</b>
Habitación doble	\$1,607.00
Desayuno oaxaqueño (02 personas)	\$580.00
Total por día <b>habitación doble</b>	<b>\$2,187.00</b>

### Nota.

Máximo 4 personas en habitación  
Costo por persona extra \$350.00

### Para reservar comunicarse con Nancy Cervantes

Cel. 951 532 4112  
Teléfono Hotel 951 520 13 49  
Mencionar que son del evento Megacumbre Médica

INFORMES: Colina de los Acónitos No. 1 Fracc. Boulevares, Naucalpan,  
Edo. de México, C.P. 53140 Tels. (55) 55 72 32 76, 55 72 66 24, 55 72 66 04,  
53 93 71 07, 55 72 67 59 proximoreventos@paralasalud.com.mx paralasalud.com.mx



