

COMINE

BOLETIN TRIMESTRAL DEL COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL NORESTE FILIAL DE CMIM

Síndrome de
VEXAS

CAD Euglicémica
Por iSGLT2

01 de
DICIEMBRE

Día mundial
del SIDA

Ajustes Razonables
Para personas con discapacidad

La mariposa
Monarca



ÍNDICE

VOLUMEN V, NÚMERO 4, OCTUBRE - DICIEMBRE 2025

03

MENSAJE DE BIENVENIDA

Dr. José Fernando Charles García

04

EFEMÉRIDE DEL MES

01 DE DICIEMBRE

“DÍA MUNDIAL DEL SIDA”

Dra. María Cristina Guerrero de León

08

TEMA DE ACTUALIDAD

SÍNDROME DE VEXAS

Dra. Irma Archundia Riveros

11

PERLA ACADÉMICA

CAD EUGLICÉMICA POR ISGLT2

Dr. Germán E. Velarde Magaña

16

PERLA CULTURAL

LA MARIPOSA MONARCA, EL PACIENTE GLOBAL DEL NORESTE

Dr. Jorge F. Vega Elguezabal

19

BIOÉTICA CLÍNICA

AJUSTES RAZONABLES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Lic. Belinda Jiménez Salinas

23

NUESTROS PATROCINADORES

25

ANUNCIOS,
CUMPLEAÑOS,
AGRADECIMIENTOS Y
MENSAJE FINAL DEL
PRESIDENTE COMINE



comine.com.mx



/cominenen



@cominenoreste



comine noreste



comine noreste

MENSAJE DE BIENVENIDA



Estimadas y estimados colegas:

Buenos días, tardes o noches según estés leyendo este boletín, es para mí un gusto y un honor el tener la oportunidad de dirigirme a ustedes en el inicio de la última emisión de este boletín en el presente año; este año 2025 que ha sido un año de cambios y a la vez de continuidad en el crecimiento, en la búsqueda de la mejora continua, en un momento dado el cambio de nuestra sede habitual de los años anteriores pudo motivar inquietudes, sin embargo al paso de los acontecimientos se convirtió en un oportuno acierto, donde un panorama y entorno diferente permitió mayor acercamiento social y propició la integración de los asociados, manteniendo el ritmo del desarrollo académico y la proyección social que se hicieron evidentes con la asistencia, proyección y alcances de nuestro V Encuentro Internacional, así como en el apoyo solidario, que COMINE como organización, ha brindado en últimas fechas a organizaciones sociales de beneficencia para el apoyo solidario, además mantener su presencia y participación en colaboración con organizaciones de carácter médico profesional, hermanas en la estructura y los objetivos, todo este trabajo que es producto del compromiso y capacidad de la organización no se sustenta solo en el Consejo Directivo, sino en toda la estructura de los asociados quienes con su compromiso en presencia y participación incentivan al esfuerzo y la mejora. Se aproxima el cierre del año, tiempo que invita al agradecimiento, a la reflexión y la meditación por lo recibido, lo hecho y lo que se quedó en el tintero, de pensar en los aciertos y en las oportunidades, de establecer planes y compromisos, de reconocer y perdonar, pero sobre todo de regalar una sonrisa y extender la mano, de brindar el abrazo sincero a la familia, los amigos y compañeros. Aprovecho la oportunidad para desear que el amor, la salud y la felicidad nos acompañen durante cada día del próximo año 2026 y brindo porque tengamos la capacidad de ser mejor persona cada día.

Feliz Año 2026!!!!



1

DICIEMBRE



**01 DE DICIEMBRE
DIA MUNDIAL DEL SIDA**

Dra. María Cristina Guerrero de León
Médico Internista
Consejo Directivo COMINE 2025-2026



1 DE DICIEMBRE

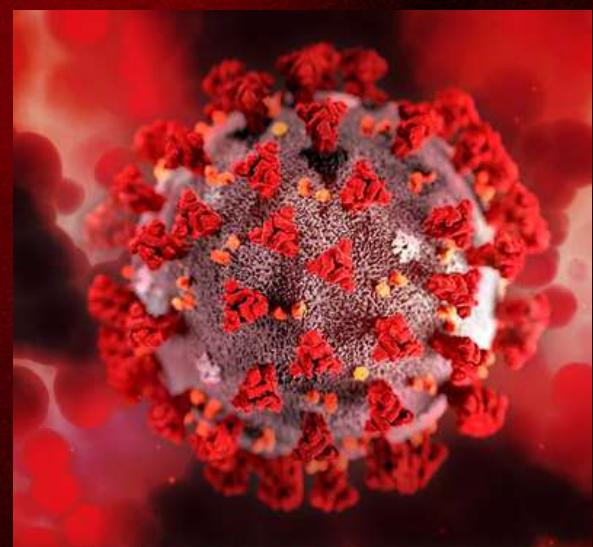
DIA MUNDIAL DEL SIDA

El Día Mundial del SIDA se conmemora anualmente el 1 de diciembre desde 1988, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo estableció para focalizar la atención global en la epidemia de VIH/SIDA, reducir el estigma y educar sobre prevención. Este día surgió de la iniciativa de funcionarios de información pública de la OMS, James W. Bunn y Thomas Netter, en respuesta al impacto inicial de la pandemia detectada en 1981, que rápidamente se expandió globalmente. En 1996, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) asumió su coordinación, evolucionando temas anuales hacia equidad de género, derechos humanos y estigma social.

Revisión Histórica del SIDA:

- **Primeros Años (Principios de los 1980s):** El SIDA fue reconocido por primera vez en Estados Unidos en 1981, inicialmente en hombres homosexuales. Los médicos observaron un aumento inusual de casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* (PCP), sarcoma de Kaposi y otras infecciones oportunistas en personas previamente sanas. En ese momento, no se conocía la causa ni el modo de transmisión.
- **Identificación del VIH (1983-1984):** El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue identificado como el agente causante del SIDA.

- **Desarrollo de Pruebas Diagnósticas:** Se desarrollaron pruebas para detectar anticuerpos contra el VIH, lo que permitió diagnosticar la infección y rastrear su propagación.
- **Años 1980s y 1990s:** La epidemia se extendió globalmente. Se identificaron las principales vías de transmisión: sexual, sanguínea y de madre a hijo. Se comenzaron a probar y desarrollar los primeros tratamientos, como la zidovudina (AZT), pero con eficacia limitada y efectos secundarios significativos.
- **Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARGA) (Mediados de 1990s):** La introducción de la TARGA, que combina varios medicamentos antirretrovirales, revolucionó el tratamiento del VIH. La TARGA redujo significativamente la carga viral, restauró la función inmunológica y disminuyó la mortalidad asociada al SIDA.



CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico del VIH/SIDA evoluciona en etapas:

- Infección Aguda: Similar a la gripe, con fiebre, fatiga, erupciones cutáneas, dolor de cabeza y otros síntomas. Esta etapa ocurre poco después de la infección inicial y puede pasar desapercibida.
- Infección Crónica (Asintomática): El virus continúa replicándose, pero la persona puede no presentar síntomas durante años. El sistema inmunitario se debilita gradualmente.
- SIDA: Definido por el recuento de células CD4 inferior a 200 células/ μ L o la presencia de enfermedades definitorias de SIDA, como infecciones oportunistas (neumonía por PCP o candidiasis esofágica, entre otras), ciertos tipos de cáncer (sarcoma de Kaposi, linfoma) y otras complicaciones.



DIAGNÓSTICO

- Pruebas de detección del VIH: La prueba más común es la prueba de anticuerpos y/o antígeno/anticuerpo. También existen pruebas rápidas disponibles.
- Prueba de carga viral: Mide la cantidad de VIH en la sangre. Es crucial para el seguimiento del tratamiento.
- Recuento de células CD4: Evalúa el estado del sistema inmunitario.

TRATAMIENTO Y PROFILAXIS DEL SIDA

Tratamiento Actual:

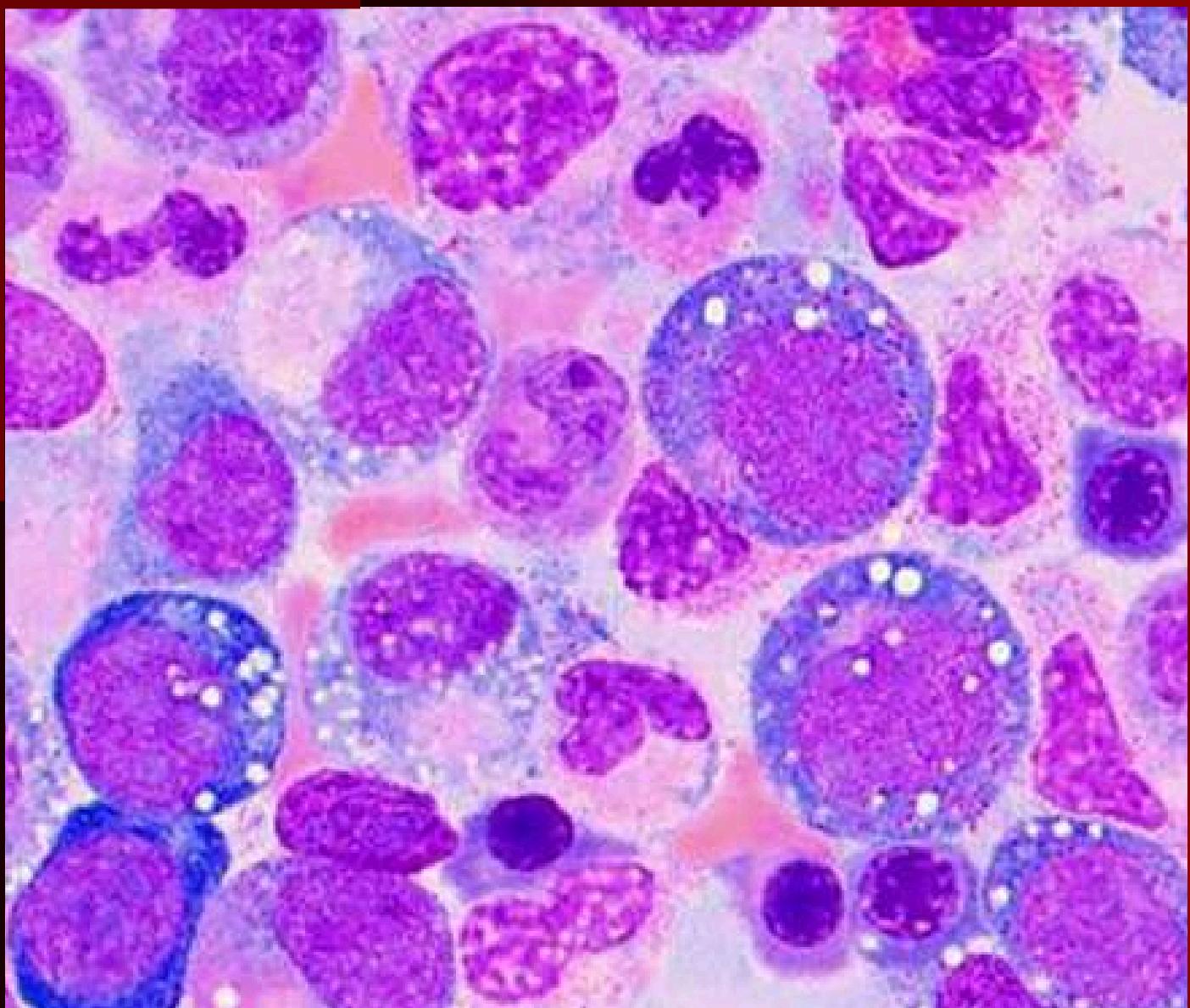
- Terapia Antirretroviral (TAR): El tratamiento principal para el VIH es la TAR. Consiste en la combinación de varios medicamentos antirretrovirales que atacan diferentes puntos del ciclo de vida del VIH.
- Objetivos del Tratamiento:
 - Suprimir la replicación del VIH a niveles indetectables (carga viral indetectable).
 - Restaurar y mantener la función inmunológica (aumentar el recuento de células CD4).
 - Prevenir la progresión a SIDA y sus complicaciones.
 - Prevenir la transmisión del VIH (U=U: Indetectable = Intransmisible).
- Clases de Medicamentos Antirretrovirales:
 - Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIN).
 - Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINN).
 - Inhibidores de la proteasa (IP).
 - Inhibidores de la integrasa (INI).
 - Inhibidores de la entrada (antagonistas de CCR5, inhibidores de fusión).
- Profilaxis Preexposición (PrEP): Para personas seronegativas en riesgo de contraer el VIH. Es una medicación que se toma antes de la exposición al virus para prevenir la infección.
- Profilaxis Postexposición (PEP): Para personas que han estado expuestas al VIH. Se debe iniciar lo antes posible (idealmente dentro de las primeras 72 horas) después de la exposición.

Consideraciones Adicionales:

- Adherencia: Es crucial tomar los medicamentos antirretrovirales según lo prescrito para mantener la eficacia del tratamiento.
- Monitoreo: Se requiere un seguimiento médico regular, incluyendo análisis de sangre para evaluar la carga viral y el recuento de CD4, y la detección de posibles efectos secundarios.
- Comorbilidades: Las personas con VIH pueden tener un mayor riesgo de desarrollar otras afecciones, como enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal y ciertos tipos de cáncer.
- Avances en la investigación: La investigación continúa buscando nuevas terapias, vacunas y estrategias para curar el VIH.

REFERENCIAS

1. Aids, crisis and the power to transform - 2025 Global AIDS Update. UNAIDS/ReliefWeb. 2025. (URL: <https://reliefweb.int/report/world/aids-crisis-and-power-transform-2025-global-aids-update-enru>).
2. Breaking Barriers to an HIV-1 Cure: Innovations in Gene Editing. PMC. 2025;PMC11856976.
3. New guidelines unveil advanced strategies for HIV treatment. DZIF. 2025-09-24. (URL: <https://www.dzif.de/en/new-guidelines-unveil-advanced-strategies-hiv-treatment-and-prevention>).



TEMA DE ACTUALIDAD **SÍNDROME DE VEXAS**

Dra. Irma Archundia Riveros
Internista certificada
Miembro del American College of Physicians
Presidente del Colegio de Medicina Interna de Q. Roo
Participación en el Consejo Directivo de CMIM





“ SX. DE VEXAS -DEFINICIÓN-

El síndrome de VEXAS fue descrito en 2020 por el Dr. Beck en Estados Unidos, como una enfermedad autoinflamatoria sistémica cuyo nombre es el acrónimo de las anomalías encontradas en las **V**acuolas de células hematopoyéticas, la alteración de la enzima **E**1 ubiquitina ligasa, por mutaciones en el cromosoma **X**, que provoca el cuadro **A**utoinflamatorio por una alteración **S**omática del gen UBA1.

EPIDEMIOLOGÍA

Esta entidad representa un reto para la comunidad de médicos internistas porque existen datos inespecíficos y multisistémicos. La epidemiología que permite orientar la sospecha diagnóstica hasta el momento resulta insuficiente, pero debido a que es una patología ligada al X, las manifestaciones clínicas suelen observarse con mayor frecuencia en hombres, aunque existen casos reportados de mujeres con pérdida de la heterozigosidad del gen UBA1. Los casos publicados son con mayor frecuencia en personas mayores de 50 años de origen europeo. La evidencia que existe un subdiagnóstico temprano y fenómenos como los microambientes proinflamatorios y la inmunosenescencia juegan un papel relevante en el desarrollo de la enfermedad.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El síndrome de VEXAS puede manifestarse con fiebre recurrente, condritis auricular, nasal y traqueal como la policondritis recidivante. Cursa como dato pivote con alteraciones hematológicas como trombocitopenia, anemia macrocítica, trombosis, se asocia a mieloma múltiple, gamapatíamonoclonal de significado incierto y se sugiere que puede producir síndrome mielodisplásico, linfoproliferación y mieloproliferación. Debido a que la inflamación es sistémica, se pueden encontrar adenopatías, inflamación alveolar, afección gastrointestinal, manifestaciones dermatológicas similares al síndrome de Sweet, vasculitis que emula poliarteritis nodosa, artralgias que son dato común en múltiples enfermedades reumatológicas.

“DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en la clínica, la presencia de vacuolas en células precursoras mieloides y eritroides en la médula ósea y la detección de mutaciones en el gen UBA1. La mutación más frecuente es de p.Met41 del exon 3, pero están descritas variantes no p.Met41 como p.Tyr55, p.Ser56, p.Gly477, p.Ala478, p.Asp506, p.Asp585, p.Ser621 y p.Ile894 del gen UBA1.

La historia clínica debe ser detallada debido a que las vacuolas en células precursoras hematopoyéticas puede encontrarse en personas con abuso de alcohol, uso de antibióticos, deficiencia de cobre, intoxicación por zinc y puede inducirse por la quimioterapia.

TRATAMIENTO

Los esteroides a dosis intermedia y alta en conjunto con inmunosupresores muestran respuestas variables en las manifestaciones autoinflamatorias. En un estudio retrospectivo se observó superioridad del tocilizumab y azacitidina sobre otras terapias aunque con incremento en el riesgo de infecciones; en estudios con síndrome mielodisplásico existe más evidencia sobre el uso de inhibidores de JAK e inhibidores de IL-6.

En algunos casos se requiere soporte transfusional. El trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas se prefiere para los pacientes candidatos con base a su edad, comorbilidad y estado de salud que tienen factores de alto riesgo como la presencia de la variante p.Met41Val, variantes DNMT3A o TET2, pacientes con anemia con alto requerimiento transfusional, trombocitopenia, diagnóstico de síndrome mielodisplásico, involucro gastrointestinal, infiltración pulmonar y adenopatías mediastinales. (Fiumara et al., 2025)

REFERENCIAS

1. Al-Hakim, A., et al (2025). Treatment outcomes in patients with VEXAS syndrome: a retrospective cohort study. *The Lancet Rheumatology*, 7(7), e472–e484. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(25\)00034-7](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(25)00034-7)
2. Beck, D. B., et al (2020). Somatic Mutations in UBA1 and Severe Adult-Onset Autoinflammatory Disease. *The New England Journal of Medicine*, 383(27), 2628–2638. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2026834>
3. Fiumara, M., Campochiaro, C., & Molteni, R. (2025). Decoding VEXAS syndrome: emerging insights into pathogenesis and clinical management. *Current Opinion in Rheumatology*, 38(1), 45. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000001137>
4. Achiet, V., et al. (2025). Efficacy and safety of azacitidine for VEXAS syndrome: a large-scale retrospective study from FRENVEX. *Blood*, 146(12), 1450–1461. <https://doi.org/10.1182/BLOOD.2024028133>
5. Kaul, A., et al. (2025). VEXAS syndrome and immune-mediated rheumatic diseases: overlaps in clinical features and mechanisms. *The Lancet Rheumatology*, 7(10), e719–e733. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(25\)00197-3](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(25)00197-3)



PERLA ACADÉMICA



PERLA ACADÉMICA

CAD EUGLICÉMICA POR ISGLT2

Dr. German E. Velarde Magaña
Internista certificado
Consejo directivo COMINE 2025-2026



INTRODUCCIÓN

CAD EUGLICÉMICA POR ISGLT2

La cetoacidosis diabética euglucémica (CADeug) es una entidad clínica infrecuente, pero potencialmente grave, caracterizada por la presencia de acidosis metabólica con anión gap elevado y cetonemia o cetonuria, en ausencia de hiperglucemia significativa. En la última década, su reconocimiento ha adquirido especial relevancia debido al uso creciente de los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), fármacos que, si bien han demostrado beneficios cardiovasculares y renales, se asocian a un mayor riesgo de este cuadro metabólico bajo determinadas condiciones clínicas.

El presente trabajo tiene la finalidad de recordarnos a los internistas sobre esta patología que se presenta en pacientes con cancer. La frecuencia de plexopatia a nivel braquial y lumbosacro es de aproximadamente de menos del 1% aunque estos valores pueden variar según el tipo de neoplasia.

Presentación del Caso Clínico

Se presenta el caso de un hombre de 65 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de 12 años de evolución, en tratamiento con metformina 1,000 mg cada 12 horas y dapagliflozina 10 mg al día desde hacía 14 meses, así como hipertensión arterial sistémica controlada con losartán 50 mg cada 12 horas. Como antecedentes relevantes, destacaba la presencia de sarcopenia documentada mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA), acompañada de pérdida ponderal progresiva en los seis meses previos. Negaba antecedentes de diabetes mellitus tipo 1, consumo de alcohol o uso de otras sustancias.

El paciente acudió al servicio de urgencias por un cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por malestar general, náusea, vómito, dolor abdominal difuso y disnea progresiva. Refería disminución significativa de la ingesta oral durante los tres días previos, secundaria a un episodio de infección de vías respiratorias altas autolimitada, manifestada principalmente por coriza.



Continuación del Caso Clínico

A la evaluación inicial se documentaron los siguientes signos vitales: presión arterial 105/65 mmHg, frecuencia cardiaca 102 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 26 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 94 % al aire ambiente y temperatura corporal de 36.8 °C. A la exploración física destacaban mucosas secas, respiración de tipo Kussmaul discreta y disminución generalizada de la masa muscular.

Los estudios paraclínicos iniciales mostraron: química sanguínea con glucosa sérica de 168 mg/dL y creatinina de 1.4 mg/dL; gasometría venosa con pH de 7.18, bicarbonato de 10 mmol/L, anión gap de 26 mEq/L y lactato de 1.6 mmol/L; examen general de orina con cetonuria +++ y glucosuria ++.

Con base en los hallazgos clínicos y bioquímicos, se estableció el diagnóstico de cetoacidosis diabética euglucémica asociada al uso de iSGLT2, precipitada por ayuno relativo e infección intercurrente.

Cetoacidosis diabética: definición y diferenciación con cetoacidosis diabética euglucémica

La cetoacidosis diabética (CAD) clásica se define por la tríada de hiperglucemia (glucosa sérica >250 mg/dL), acidosis metabólica con anión gap elevado y cetonemia o cetonuria, y se asocia habitualmente a un déficit absoluto o relativo de insulina, acompañado de un incremento de las hormonas contrarreguladoras.

En contraste, la CAdeug comparte las alteraciones metabólicas fundamentales de la CAD, pero cursa con concentraciones de glucosa normales o solo discretamente elevadas (<250 mg/dL), lo que puede retrasar su reconocimiento diagnóstico. Aunque inicialmente fue descrita en contextos como ayuno prolongado, embarazo y consumo excesivo de alcohol, en la actualidad se reconoce con mayor frecuencia en asociación con el uso de iSGLT2.



Mecanismo de acción de los iSGLT2

Los iSGLT2 reducen la glucemia mediante la inducción de glucosuria a nivel del túbulo proximal renal. Este mecanismo condiciona una disminución de la secreción de insulina, un aumento relativo de la secreción de glucagón y una mayor activación de la lipólisis y la cetogénesis hepática.

Adicionalmente, estos fármacos inducen un estado metabólico similar al ayuno, lo que explica la predisposición al desarrollo de CADeug incluso en presencia de glucemias aparentemente aceptables.

Entre los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de CADeug se han descrito: ayuno prolongado o restricción calórica severa, infecciones agudas, cirugía reciente, deshidratación, reducción o suspensión de insulina, sarcopenia y baja reserva energética, consumo de alcohol y enfermedad renal crónica.

Tratamiento

El tratamiento de la CADeug es fundamentalmente similar al de la CAD clásica, aunque con particularidades relevantes: suspensión inmediata del iSGLT2, reposición agresiva de líquidos intravenosos, infusión de insulina intravenosa aun con glucemias <250 mg/dL, administración concomitante de soluciones con dextrosa para prevenir hipoglucemia, corrección cuidadosa de electrolitos —especialmente potasio y fósforo— y monitoreo estrecho del anión gap y de las cetonas séricas, considerando la vida media y el tiempo de acción del iSGLT2.



Conclusión

El presente caso ilustra un episodio de cetoacidosis diabética euglucémica asociado al uso de iSGLT2 en un paciente con múltiples factores de riesgo reconocidos, entre ellos ayuno relativo, infección aguda intercurrente, sarcopenia y probable disminución de la reserva pancreática, considerando la evolución prolongada de la diabetes mellitus tipo 2. La ausencia de hiperglucemia franca puede retrasar el diagnóstico y aumentar la morbilidad, por lo que es indispensable mantener un alto índice de sospecha clínica ante todo paciente con diabetes mellitus que presente acidosis metabólica con anión gap elevado, particularmente si se encuentra en tratamiento con iSGLT2.

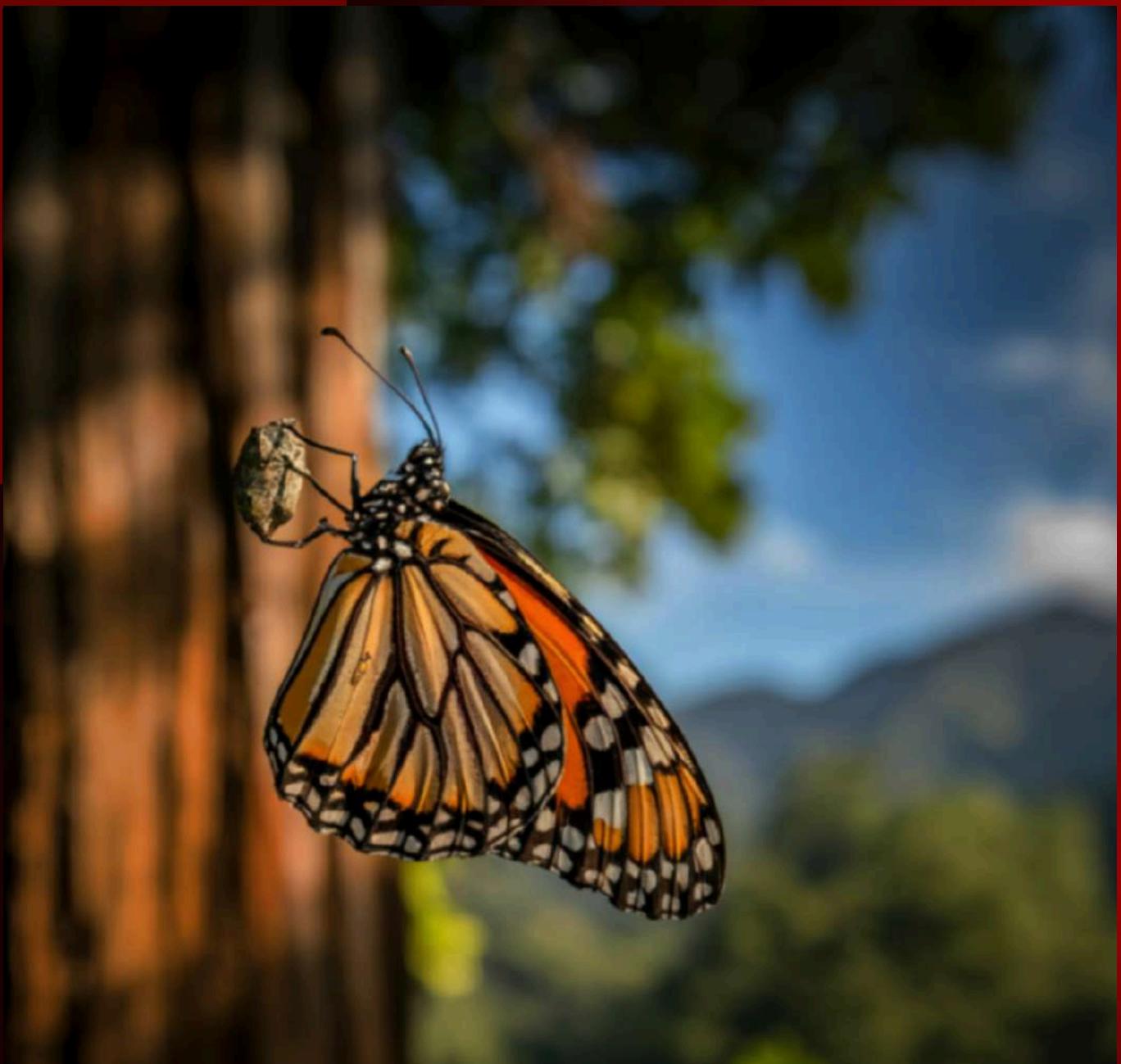
Asimismo, resulta fundamental implementar estrategias preventivas orientadas a disminuir el riesgo de CAdeug, tales como la educación del paciente respecto a la suspensión temporal de los iSGLT2 en situaciones de ayuno, enfermedad aguda o procedimientos quirúrgicos (idealmente 3 a 5 días previos), la evaluación cuidadosa del uso de estos fármacos en pacientes con sarcopenia o baja reserva metabólica, y el seguimiento clínico estrecho en adultos mayores.

El reconocimiento oportuno y la prevención de la CAdeug constituyen elementos clave para un manejo seguro e integral del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la práctica de la medicina interna.

REFERENCIAS

1. Kitabchi, A. E., Umpierrez, G. E., Miles, J. M., & Fisher, J. N. (2009). Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. *Diabetes Care*, 32(7), 1335–1343.
2. Munro, J. F., Campbell, I. W., McCuish, A. C., & Duncan, L. J. (1973). Euglycaemic diabetic ketoacidosis. *British Medical Journal*, 2(5866), 578–580.
3. Peters, A. L., Buschur, E. O., Buse, J. B., Cohan, P., Diner, J. C., & Hirsch, I. B. (2015). Euglycemic diabetic ketoacidosis: A potential complication of treatment with sodium–glucose cotransporter 2 inhibition. *Diabetes Care*, 38(9), 1687–1693.
4. Taylor, S. I., Blau, J. E., & Rother, K. I. (2015). SGLT2 inhibitors may predispose to ketoacidosis. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(8), 2849–2852.
5. Rosenstock, J., Ferrannini, E., Euglycemic diabetic ketoacidosis: A predictable, detectable, and preventable safety concern with SGLT2 inhibitors. *Diabetes Care*, 38(9), 1638–1642.
6. U.S. Food and Drug Administration. (2015). FDA Drug Safety Communication: SGLT2 inhibitors.
7. Handelsman, Y., et al. (2016). American Association of Clinical Endocrinologists position statement on SGLT2 inhibitors and DKA. *Endocrine Practice*, 22(6), 753–762.
8. Burke, K. R., Schumacher, C. A., & Harpe, S. E. (2017). SGLT2 inhibitors and euglycemic DKA. *Annals of Pharmacotherapy*, 51(11), 1000–1006.
9. Barski, L., & Nevzorov, R. (2019). Euglycemic diabetic ketoacidosis. *European Journal of Internal Medicine*, 63, 9–14.





PERLA CULTURAL

LA MARIPOSA MONARCA, EL
PACIENTE GLOBAL DEL NORESTE

DR. JORGE F. VEGA ELGUEZABAL
MEDICO INTERNISTA, GERIATRA
PRESIDENTE COMINE 2025-2026



LA MARIPOSA MONARCA, EL PACIENTE GLOBAL DEL NORESTE

Mariposa Monarca

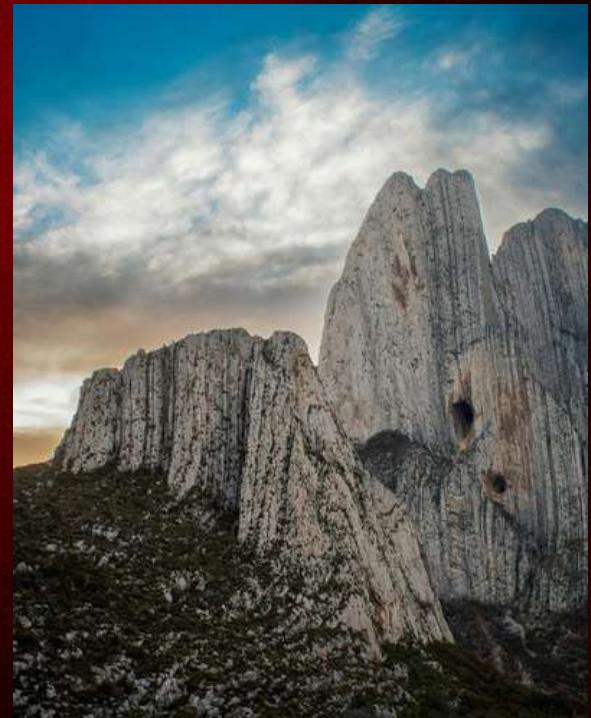
Como internistas, estamos acostumbrados a interpretar signos y síntomas para diagnosticar la salud de un individuo. En el ecosistema, la Mariposa Monarca (*Danaus plexippus*) actúa como un "bioindicador" crítico: su presencia o ausencia nos revela la salud inmunológica de nuestro entorno.

El Fenómeno de la Generación "Matusalén"

Lo que hace extraordinaria a la monarca que cruza por Nuevo León es su biología única. Mientras que una mariposa promedio vive apenas unas semanas, la generación que migra desde Canadá y el norte de EE. UU. hacia los bosques de Michoacán y el Estado de México posee una longevidad excepcional, viviendo hasta 7 u 8 meses. A esta generación se le conoce como "Matusalén".

El Noreste: El "Check-up" Vital

Nuestra región es un corredor biológico estratégico. Para la monarca, Nuevo León no es solo un paisaje; es una estación de "reabastecimiento" donde necesitan encontrar néctar (glucosa y nutrientes) en flores nativas para acumular la grasa necesaria que les permita sobrevivir al invierno.



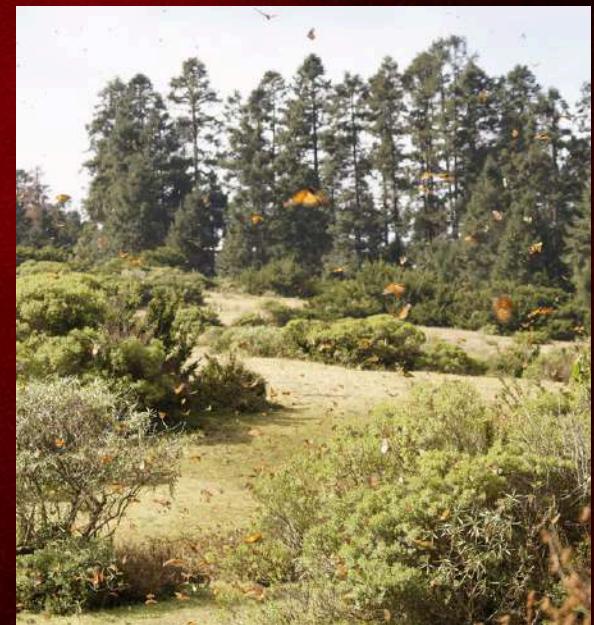
¿PORQUÉ NOS IMPORTA COMO MÉDICOS?

- 1. Determinantes Ambientales:** La pérdida de su hábitat debido al uso indiscriminado de herbicidas y pesticidas está directamente ligada al aumento de enfermedades respiratorias y disruptores endocrinos en humanos.
- 2. Salud Planetaria:** La conservación de la monarca asegura la polinización, proceso fundamental para la seguridad alimentaria y, por ende, para la nutrición de nuestros pacientes.

Sabías que...

Antiguas leyendas de la región relacionan la llegada de la monarca con el regreso de las almas de los seres queridos. Hoy, la ciencia nos dice que su llegada es el signo de un ecosistema que aún respira.

Como gremio médico, proteger su ruta migratoria sembrando plantas nativas (como la *Asclepias*) en nuestras comunidades es una forma de medicina preventiva ambiental. Cuidar a la monarca es, en esencia, cuidar el aire y la tierra que sostienen la vida de quienes atendemos en el consultorio.



BIOÉTICA CLÍNICA



AJUSTES RAZONABLES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

LIC. BELINDA JIMÉNEZ SALINAS
PRESIDENTA DEL COMITÉ HOSPITALARIO DE BIOÉTICA / TEC
SALUD

VICEPRESIDENTA DEL CAPÍTULO N.L. DE LA ACADEMIA NAC.
MEXICANA DE BIOÉTICA. MIEMBRO DE LA RED DE
EDUCADORES EN BIOÉTICA. VOCAL DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL
COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL NORESTE



DICIEMBRE: MES INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Ante el desafío ético que existe en el trato a quienes están en situación de discapacidad, vale la pena preguntarnos si en verdad quienes trabajamos en sector salud estamos actuando de forma correcta, respetuosa y profesional con las personas que pertenecen a un grupo vulnerable de discapacidad.

Todo profesional de la salud debe ser consciente, de que, quienes llegan a ser atendidos por ellos, presentan algún tipo de vulnerabilidad.

Cualquier tipo de enfermedad nos convierte en seres vulnerables, y esto crece, si la persona presenta alguna discapacidad.

Nuestra responsabilidad es entonces, además del manejo de la enfermedad, conocer el trato humano, físico y psicológico correcto hacia la atención del paciente.

La responsabilidad no solo recae en el tratamiento de la enfermedad de la persona discapacitada, también se debe asumir posibles omisiones por falta de sensibilidad ante la discapacidad del paciente en cuestión, como dice Arteta.

EMPECEMOS CON LA TERMINOLOGÍA

En la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, se menciona que, el único término para referirse a ellas es Personas con discapacidad (PCD) o Personas en situación de discapacidad, sin omitir la palabra "Persona"; así mismo, la misma convención, contempla que hay 5 grupos de discapacidades: Visual, auditiva, motriz, intelectual y psicosocial; esto es lo mínimo que debemos de conocer; y por supuesto entender que quienes presentan alguna discapacidad, ya sea permanente o temporal, deben ser llamados por su nombre; y su discapacidad por el término que establecen los organismos internacionales. Por ejemplo: preguntarle a la persona si es sorda, si es ciega, etc., no ofende ni discrimina, al contrario, proyecta el conocimiento y el interés que se tiene sobre su condición y sobre su vida misma.



“

AJUSTES RAZONABLES

Entendemos por inclusión plena, cuando la accesibilidad y el trato hacia las personas con discapacidad es completo, sin diferencias sociales o barreras físicas. En relación con la accesibilidad en el entorno, esto se conoce como “Accesibilidad Universal”.

Un ambiente completamente incluyente, debiera contar con espacios creativos incluyentes, deporte adaptado, etc., es decir, que todos los espacios comunes, tanto laborales, como personales, estuvieran integrados de tal manera, que pudieran utilizarse siempre, para personas con y sin discapacidad. Sin embargo, sabemos que muchas veces esto no es posible, ya sea por las condiciones de la ciudad, por arquitectura del edificio o por cuestiones de presupuesto; es por eso que se sugiere, en el camino hacia la inclusión plena, realizar los **AJUSTES RAZONABLES**, estos son medidas específicas para facilitar el acceso, la información y la comprensión de las personas con discapacidad; podría decirse también que son las adecuaciones mínimas que podemos hacer, para lograr incluir en nuestros espacios, a las personas con discapacidad y así facilitar su buen vivir.



“

EJEMPLOS DE AJUSTES RAZONABLES

Para entender mejor que ajustes razonables se necesitan en las áreas médicas, se les preguntó a miembros de la Red de Vinculación Laboral de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; y arquitectos calificados, esto es lo que mencionaron:

1. Rampas y barandales.
2. Sala de espera adaptada para silla de ruedas.
3. Señalamientos adecuados para personas con discapacidad:
 - a. Pensar en la altura de silla de ruedas.
 - b. Señalamientos en lenguaje braille.
 - c. Señalamientos en lenguaje signado.
- d. Colores adecuados para personas con discapacidad psicosocial
- e. Letra grande y legible para discapacidad visual parcial
4. Personal capacitado para asistir a las personas con discapacidad.
5. Cartelones en lenguaje signado con algunas señas específicas de salud y de saludo para sensibilizar a los usuarios en general.
6. Banquetas exteriores con pavimento podo táctil.
7. Señalamientos en elevadores y puertas en los sanitarios con lenguaje braille.
8. Trípticos en braille y consentimiento informado en lenguaje braille.
9. Posibilidad de intérpretes de LSM (Lengua de señas mexicana).

*El reúso adaptado, debe concretarse, tomando en cuenta a los expertos, sobre todo profesionales de la arquitectura con conocimiento en el tema de la inclusión.

Estos son algunos ejemplos, la lista podría continuar, pero nos ilustra muy bien y nos invita a hacer una revisión de nuestros espacios para que se conviertan en lugares amigables para quienes pertenecen a este grupo vulnerable.

Bibliografía:

1. Arteta, A. (2010). “Responsables de no responder” en *El mal consentido. La complicidad del espectador indiferente*. Madrid: Alianza.
2. Claves para entender la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.
3. Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.
4. CONADIS: Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, Enadis 2010.
5. Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad.





INDUSTRIA FARMACÉUTICA



AGRADECIMIENTO ESPECIAL A NUESTROS PATROCINADORES

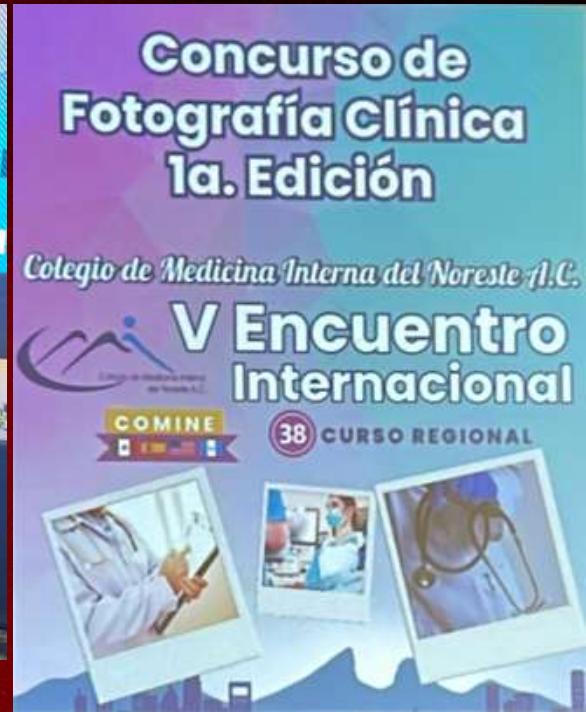
Desde el Colegio de Medicina Interna del Noreste, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a la Industria farmacéutica por su valioso apoyo como patrocinadores. Su generosa contribución ha sido fundamental para el éxito de nuestras actividades educativas y científicas, permitiéndonos fortalecer la formación continua de nuestros especialistas y promover la excelencia en el cuidado de la salud.



NUESTRO CONGRESO INTERNACIONAL



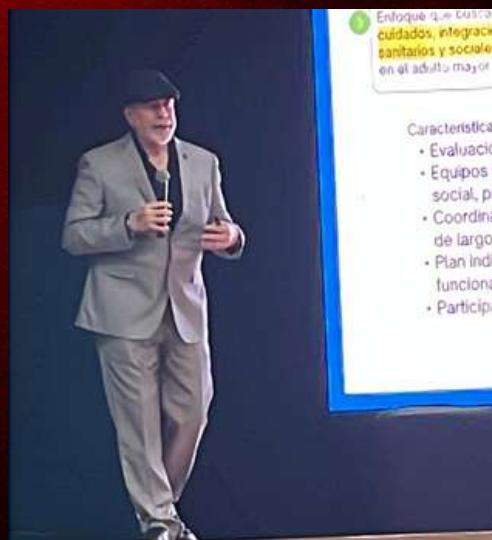
NUESTRO CONGRESO INTERNACIONAL



NUESTRO CONGRESO INTERNACIONAL



COMINE PRESENTE EN EL CONGRESO “ENVEJECIMIENTO EXITOSO”



DESAYUNO DE AGRADECIMIENTO 06/11/2025



LABOR SOCIAL COMINE



LABOR SOCIAL COMINE



COMINE PRESENTE EN EL CONGRESO NACIONAL DE CMIM



**MUCHAS FELICIDADES POR LA SEGUNDA EDICIÓN DEL LIBRO
"MEDICINA INTERNA APLICADA A CASOS CLÍNICOS"**

AGRADECIMIENTO ESPECIAL A NUESTRO QUERIDO PRESIDENTE COMINE DR. JORGE F. VEGA ELGUEZABAL, DR. CÉSAR HOMERO GTZ. AGUIRRE, DR. RAMÓN DE JESÚS BARRERA CRUZ, A TODOS LOS AUTORES, COAUTORES Y EDITORIAL DISTRIBUNA



SESIÓN MENSUAL OCTUBRE

CONFIRMACIONES DE AFILIACIONES
AL CORREO: COLEGIOMINE@GMAIL.COM
CUENTA BANREGIO: 054892160018
CLABE: 058580548921600186
COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL NORESTE A.C.

DR. FRANCISCO BOSQUES PADILLA
PONENTE

comine.com.mx /cominen ecominenoreste comine noreste

SESIÓN MENSUAL NOVIEMBRE

 **SESIÓN MENSUAL**
NOVIEMBRE



DR. ABELARDO ELIZONDO RÍOS
Ponente



DR. AMADOR MACÍAS OSUNA
Ponente

*Herpes zóster, riesgos y prevención, ¿qué hay de nuevo? e
Impacto del VSR en la persona mayor*



Jueves
6 de Nov 2025



20:00 hrs
*Presentación de Caso Clínico
Dr. Humberto Treviño
Residente de Medicina Interna*

 www.comine.com.mx

 [/cominenoreste](https://www.facebook.com/cominenoreste)

 [@cominenoreste](https://www.instagram.com/cominenoreste)

 [comine noreste](https://www.youtube.com/cominenoreste)

SESIÓN MENSUAL DICIEMBRE

SESIÓN
MENSUAL
DICIEMBRE

Speaker :
**DR. ROBERTO GARZA DE
ZAMACONA**

Jueves
4 de Dic 2025
20:00 hrs
Doctors Hospital AUNA
Galerias - Auditorio
planta baja

IMPACTO DEL MANEJO DEL
DOLOR NEUROPÁTICO
POSTQUIRÚRGICO EN LA
EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Silanes

CÁPSULA BIOÉTICA

DR. JOSÉ FERNANDO
CHARLES GARCIA
"LA NATURALEZA
INTERDISCIPLINARIA DE LA
BIOÉTICA "

www.comine.com.mx [f /cominen1](https://www.facebook.com/cominen1) [Instagram](https://www.instagram.com/cominenoreste/) [YouTube](https://www.youtube.com/comine_noreste) comine noreste



POSADA COMINE



POSADA COMINE



POSADA COMINE



LA PRIMER SESIÓN DE ENERO 2026



SESIÓN MENSUAL ENERO

TEMA :

Interpretación clínica de las pruebas inmunológicas: errores frecuentes, falsos positivos y decisiones críticas.

DR. RICARDO JAVIER RAMÍREZ MORALES
PONENTE

WALLMARK LAB

DR. HÉCTOR EDUARDO DUEÑAS SILVA

Cápsula: *Muerte digna: ortostanásia o eutanasia.*

COMINENORESTE **COMINENL** **COMINENORESTE** **ACNORESTE**

Jueves
8 de Enero
2026

COSTOS AFILIACIÓN **COSTO PREFERENCIAL**
MEDICO INTERNISTAS \$3000
MEDICOS GENERALES \$1600
RESIDENTES \$700

CONFIRMACIONES DE AFILIACIONES
AL CORREO: COLEGIOMINE@GMAIL.COM
CUENTA BANREGIO: 054892160018
CLABE: 058580548921600186
COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL NORESTE A.C.

51º CURSO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA



15-18 JULIO

Puerto Vallarta



MUY FELIZ Navidad



*Te deseamos una navidad llena de alegría
y abundancia, que todos tus sueños se
hagan realidad.*



Octubre

Fuentes	Cantú	Dr. Alejandro
González	García	Dr. Rolando Hugo
López	Bernal	Dra. Graciela
Garces	Estrada	Dra. Laura
Martinez	Villareal	Dr. José Darío
Salas	Delgado	Dr. Arnoldo
Valdovinos	Chávez	Dr. Salvador Bruno

Diciembre

Diciembre		
Carpio	López	Dr. Helmer
Delgado	Sánchez	Dr. Juan Carlos
Hernández	Florés	Dra. María de Jesús
Espinosa	Ortega	Dra. Mestli Artemisa



Noviembre

Avalos	Reyes	Dr. Fernando
Coronado	Alejandro	Dr. Edgar Ulises
Vazquez	Martinez	Dr. Carlos Alberto
Dávila	Valero	Dr. Julio César
Sánchez	Pefuelas	Dr. Pedro Alberto
Martinez	Navarro	Dr. Hugo Alfredo
Montemayor	Leal	Dr. Americo
Sepulveda	Treviño	Dr. Eduardo Iván
Lozano	González	Dr. Jesús Osvaldo
González	González	Dr. José Gerardo



AGRADECIMIENTO ESPECIAL A NUESTROS COLABORADORES

					
					
					
					
Dr. José Fernando Charles García	Dra. María Cristina Guerrero de León	Dra. Irma Archundia Riveros	Dr. German E. Velarde Magaña	Dr. Jorge F. Vega Elguezabal	Lic. Belinda Jiménez García



www.comine.com.mx



info@comine.com.mx



@cominenoreste



comine noreste



/cominenl



cominenoreste

Mensaje de fin de año 2025

Estimados colegas y amigos del Colegio de Medicina Interna del Noreste:

Al cerrar este ciclo anual, me detengo con profunda satisfacción a reflexionar sobre el camino recorrido. El 2025 ha sido un año de retos superados y, sobre todo, de una consolidación académica y humana sin precedentes para nuestra comunidad en Nuevo León.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a cada uno de ustedes por su compromiso, su tiempo y su pasión por la excelencia médica.

Un Balance de Excelencia Académica

Este año, nuestro compromiso con la actualización científica se vio reflejado en números y experiencias contundentes:

- 15 Sesiones Académicas: Logramos mantener un ritmo constante de educación continua, abordando desde las patologías más prevalentes hasta los avances biotecnológicos más recientes, siempre con una participación activa que nos enorgullece.
- 4 Boletines Académicos.
- V Encuentro Internacional (38° Curso Regional de Medicina Interna) avalado por el Consejo Mexicano de Medicina Interna: Este evento marcó un hito en nuestra gestión. La calidad de los ponentes extranjeros y nacionales, sumada a la asistencia récord, reafirma que el Noreste es el epicentro del conocimiento clínico en el país.
- 2a. Edición del Libro "Medicina Interna Aplicada a Casos Clínicos"

El Corazón del Internista: Compromiso Social

- Más allá del estetoscopio y los libros, este año demostramos que nuestra labor trasciende los consultorios. Me llena de orgullo recordar:
- Actividades Sociales para Familias Vulnerables: Gracias a su generosidad, logramos llevar apoyo y esperanza a quienes más lo necesitan en nuestra comunidad.
- Brigada Médico-Asistencial: Un esfuerzo coordinado en conjunto con "Marcadores de Destinos" donde pusimos nuestra ciencia al servicio directo de la población, detectando enfermedades oportunamente y brindando orientación en salud a sectores desprotegidos.

"La medicina no es solo una carrera de intelecto, es una misión de servicio. Este 2025, hemos cumplido con ambas dimensiones."

Gracias a la mesa directiva por su trabajo incansable, a nuestros patrocinadores por su confianza y, especialmente, a ustedes, los miembros, que son la razón de ser de este Colegio.

Los invito a renovar fuerzas para el 2026. Sigamos elevando el estándar de la Medicina Interna, con la mirada puesta en la ciencia y el corazón puesto en el paciente.

¡Muchas gracias por un 2025 extraordinario!

¡Internistas unidos por la ciencia, unidos por la salud!

Feliz Año 2026

Atentamente:



Dr. Jorge Felipe Vega Elguézabal
Presidente del Colegio de Medicina Interna del Noreste
Gestión 2025-2026



HAPPY NEW YEAR

