



ACADEMIA
NACIONAL DE
MEDICINA

COMITÉ DE
EVALUACIÓN
CLÍNICA
TERAPÉUTICA

Coordinador:

Nahum Méndez Sánchez

Héctor Alfredo Baptista González
Jesús Carlos Briones Garduño
Dr. José Damián Carrillo Ruiz
Jorge Alberto Castañón González
Guadalupe M. L. Guerrero Avendaño
Gerardo Heinze Martín
Armando Mansilla Olivares
Carlos Martínez Murillo
Roberto Medina Santillán
Nahum Méndez Sánchez
Adalberto Mosqueda Taylor
Ricardo Plancarte Sánchez
María Adela Poitevin Chacón
Sonia Toussaint Caire
Miguel Ángel Rodríguez Weber
Juan José Luis Sienra Monge
Gilberto F. Vázquez de Anda
Juan Verdejo Paris

Boletín de Información Clínica Terapéutica

VOL. XXXV, NÚMERO 4 JULIO - AGOSTO 2026

Contenido

Síndrome doloroso regional complejo (Distrofia de Sudeck)	1
La importancia de la atención y cuidados del recién nacido	2
La conducta suicida	6

Síndrome doloroso regional complejo (Distrofia de Sudeck)

El síndrome doloroso regional complejo (SDRC) es una entidad clínica caracterizada por dolor regional crónico espontáneo o evocado que es de magnitud o duración desproporcionada para el evento que lo generó; En aproximadamente el 50 % de los casos se presenta después de una lesión traumática y se acompaña de una combinación de síntomas inflamatorios, sensoriales, vasomotores y disautonómicos.

Tiene una incidencia de aproximadamente 6 a 26 casos por 100 000 personas-año; incrementa con la edad alcanzando su mayor incidencia entre los 50 y 80 años. Es 3 a 4 veces más frecuente en mujeres de descendencia europea.

La evaluación clínica se basa en el análisis de los signos y síntomas diagnósticos establecidos por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor en 2012 (también conocidos como criterios de Budapest):

- El paciente refiere dolor continuo desproporcionado a cualquier estímulo.
- El paciente reporta uno o más síntomas en tres o más de las siguientes categorías:

- **Sensorial:** Alodinia y/o hiperestesia.
- **Vasomotor:** Asimetría en la temperatura de la región afectada (mayor a un grado Centígrado) o en el color de la piel.
- **Sudomotor/edema:** Edema, cambios regionales en la sudoración.
- **Motor:** Disminución en los arcos de movilidad, disfunción motora (debilidad, temblor o distonía), y/o cambios tróficos en la piel, uñas o piel.

•No exista otro diagnóstico que explique mejor los síntomas.

Figura 1.



Etiología

La causa del SDCR se desconoce, pero con frecuencia inicia posterior a una lesión traumática (fractura, quemadura, cirugía, etc.)

Se desconoce porque algunas lesiones progresan a SDCR y otras no.

Se considera que el SDCR es de etiología multifactorial y que involucra mecanismos centrales y periféricos. Por lo general la severidad de los síntomas no correlaciona con la magnitud o severidad de la lesión.

Se cree que están involucrados en su patogénesis cierto grado de Inflamación y autoinmunidad que generan sensibilización a los receptores nociceptivos periféricos. La vasodilatación, edema calor y dolor podrían estar generados por una amplificación de la respuesta inmune innata con la consecuente liberación de citoquinas proinflamatorias.

La disfunción vasomotora es mediada por el sistema nervioso autónomo.

La lesión produce una regulación al alza de los receptores noradrenérgicos del sistema nervioso simpático que llevan a una respuesta exagerada de las catecolaminas endógenas en el periodo inmediato post lesión.

La intermitencia del incremento de las catecolaminas y de la respuesta vasomotora mediada por el sistema nervioso autónomo llevaría a periodos de sudoración, inflamación edema y calor intermitentes. Factores genéticos y epigenéticos pueden predisponer a la enfermedad. El estrés como la ansiedad y la depresión pueden aumentar la severidad de los síntomas.

Tratamiento

El tratamiento es multidisciplinario e incluye rehabilitación física, terapia psicológica y ocupacional.

Los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos como Ibuprofeno 400 a 600 mg cada 6 a 8 h (máximo 3 g al día) junto con Paracetamol 600 mg cada 4 a 6 h sin pasar de 4 g al día, son el tratamiento de primera línea para controlar el dolor. Es importante utilizar siempre una escala análogo/visual para el dolor, y así mismo apoyar en la rehabilitación. Si después de 3 a 4 semanas el dolor no ha mejorado iniciar tratamiento con medicamentos de segunda línea para dolor neuropático que incluye anticonvulsivos como la Gabapentina 300 a 900 mg cada 8 h, o la Pregabalina a una dosis de 150 a 300 mg al día. Los antidepresivos tricíclicos como la Amitriptilina, 50 a 75 mg por la noche y también los inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina como la Duloxetina 60 mg en PM son efectivos para el dolor, sobre todo cuando el dolor afecta el sueño. Una tercera opción sería el uso de Corticoesteroides y Ketamina, pero en estos casos es recomendable apoyarse con un reumatólogo.

En casos refractarios a tratamiento médico se referirá al paciente a centros especializados en donde se realizan procedimientos invasivos como bloqueos simpáticos o ganglionares, o la instalación de dispositivos implantables para la estimulación de los ganglios de las raíces medulares posteriores.

Referencias

Birklein F, O'Neill D, Schlereth T. Complex regional pain syndrome: An optimistic perspective. *Neurology* 2015;84:89-96.

Finch Ph M, Knudsen L, Drummond PD. Reduction of allodynia in patients with complex regional pain syndrome: A double-blind-placebo controlled trial of topical ketamine. *Pain* 2009;146:18-25.

Complex regional pain syndrome in adults (2nd edition) 2018. rcp.ac.uk



La importancia de la atención y cuidados del recién nacido.

“En pocas ocasiones se esta tan cerca de la muerte como en el momento del nacimiento.”

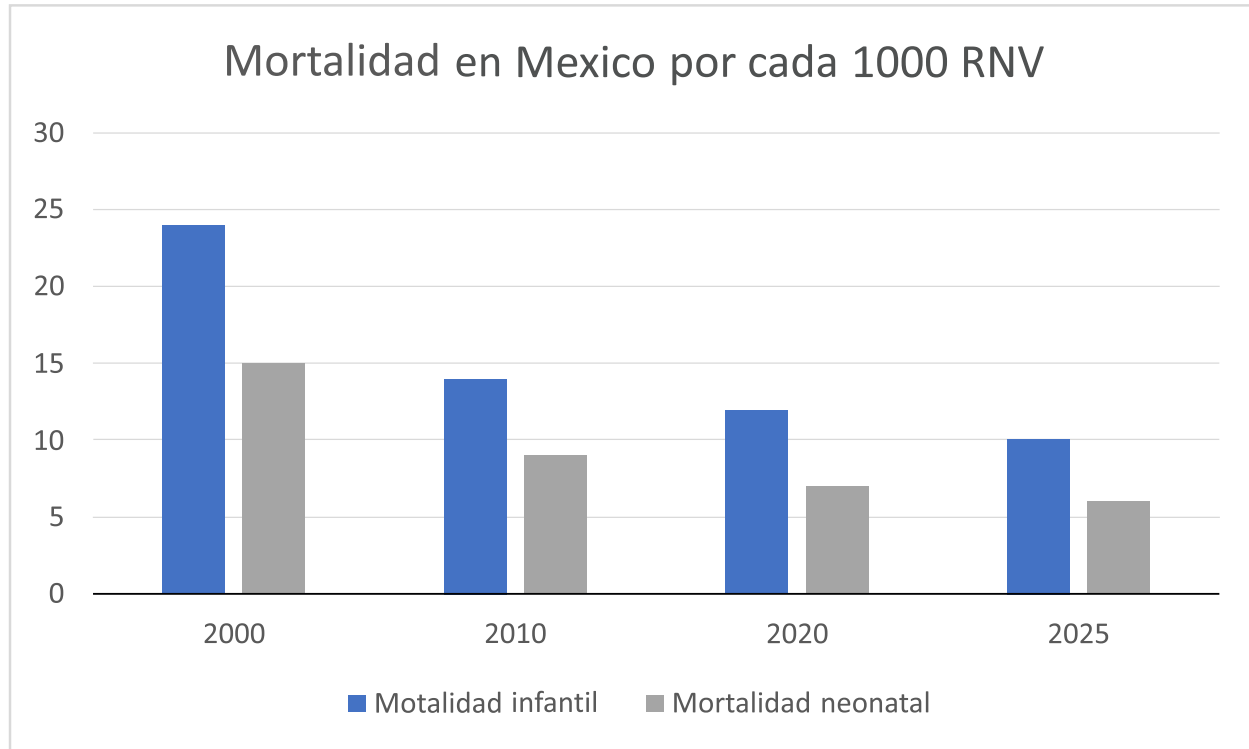
El nacer siempre implica riesgos y en nuestro país, por las

cifras esto ha sido particularmente cierto, a continuación, se presentan los datos de mortalidad infantil (menores de 1 año de edad) y mortalidad neonatal (primeros 28 días de vida) en los últimos años. **Tabla 1 y Figura 1.**

Tabla 1
Mortalidad infantil y mortalidad neonatal en México

Año	2000	2010	2020	2025
Mortalidad infantil	24x1000 RNV	14x1000RNV	12x1000 RNV	10x1000RNV
Mortalidad neonatal	15x1000 RNV	9x1000 RNV	7x1000 RNV	6x1000 RNV

Figura 1.
Mortalidad infantil y mortalidad neonatal en México.



La mortalidad neonatal en nuestro país representa más de la mitad de todos los niños que fallecen en el primer año de vida. **Figura 1.**

Al hacer una comparación con diferentes países con distintas condiciones socioeconómicas y políticas, podemos ver diferencias significativas en países desarrollados, pero también en algunos países latinoamericanos; para el año 2025 en nuestro País se reporta una Tasa de mortalidad infantil de 10 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, mientras que en los Estados Unidos se reporta una Tasa de 5.07 por cada 1,000 nacidos vivos, en Francia 2.6, en Inglaterra 3.17 en China 3.8, en Chile 5.8, en Uruguay 5.6, en Brasil 10.3, en Guatemala 22.1, y en Costa Rica 8.44 por cada 1,000 nacidos vivos.

Debemos considerar como aspiración legítima en México el reducir la Tasa de mortalidad infantil, independientemente de las condiciones externas.

Aproximadamente siete de cada 10 niñas y niños que fallecen en México de entre 0 y 5 años, murieron por (causas originadas en el período perinatal), malformaciones congénitas, prematuridad, sepsis, asfixia, anomalías cromosómicas y enfermedades del aparato respiratorio. A pesar de la disminución importante y progresiva en la tasa de mortalidad infantil en nuestro País, más de la mitad de esas muertes ocurren en el período neonatal y las principales causas son potencialmente prevenibles o incluso tratables, lo que representa una evidente oportunidad de mejora. **Tabla 2.**

Tabla 2.

Causas de Mortalidad Infantil en México		2000
Afecciones perinatales		38%
Infecciones respiratorias agudas		15%
Enfermedades diarreicas		12%
Malformaciones congénitas		10%
Sepsis neonatal		8%
		2010
Malformaciones congénitas		26%
Complicaciones prematuridad		22%
Asfixia neonatal		12%
Sepsis neonatal		9%
Neumonías e infecciones respiratorias		8%
		2020
Malformaciones congénitas		30%
Prematuridad y bajo peso		25%
Asfixia y trauma obstétrico		10%
Sepsis neonatal		8%
Cardiopatías congénitas		7%
		2025
Prematuridad extrema		28%
Malformaciones congénitas y cardiopatías		27%
Sepsis neonatal		10%
Complicaciones respiratorias neonatales		10%
Asfixia perinatal		9%

Por otra parte, en México en el Siglo XXI ha disminuido considerablemente el índice de natalidad, sin embargo, todavía hay alrededor de un millón ochocientos mil nacimientos al año.

Se conoce que aproximadamente el 10% nacen en forma prematura, por lo que se estima que anualmente nacen 180,000 prematuros que es una población de riesgo para presentar complicaciones.

Un problema adicional lo representa el que no existen suficientes unidades médicas con recursos técnicos y humanos adecuados para atender a niños prematuros (Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales), debido en parte por su alto costo y también por la limitación en cuanto

a la cantidad de profesionales preparados y con experiencia para atenderlas, además las Unidades existentes, se encuentran mal distribuidas en todo el País concentrándose en las grandes ciudades.

Adicionalmente, en México la proporción de la resolución de los embarazos vía cesárea es muy superior a lo aceptado internacionalmente (12%), algunos autores refieren 50% de cesáreas en el Sector Público y hasta 80% en el Sector Privado.

Estadísticamente, estos niños tienen mayores riesgos de complicaciones en el período neonatal que aquellos que nacen vía vaginal.

En nuestro México, prevalece una elevada proporción de embarazos en adolescentes quienes presentan mayores riesgos de complicaciones durante el embarazo, en Ellas frecuentemente la resolución del embarazo es vía cesárea y hay muchos nacimientos prematuros.

Considerando las causas de mortalidad infantil, ante estas tres situaciones; 1) embarazos en adolescentes, 2) nacimientos por cesárea y 3) nacimientos prematuros, y el impacto que estas tres situaciones tienen ante las causas de mortalidad (**Tabla 2**), resulta evidente que la disminución de embarazos en adolescentes, el mejor control del embarazo y del parto, y la disminución, en la medida de lo posible del número de nacimientos vía cesárea, son oportunidades factibles para disminuir la mortalidad en este grupo de edad.

Vale la pena hacer notar que, para disminuir la mortalidad infantil, la mortalidad en los menores de 5 años y ayudar al incremento de la esperanza de vida al nacer en México, es indispensable disminuir la mortalidad neonatal (primeros 28 días de vida).

Otra oportunidad de mejora lo representa el disminuir la asfixia en el período perinatal mediante un adecuado control del embarazo, el parto y la adecuada atención inmediata del recién nacido mediante la reanimación neonatal.

La atención inmediata del recién nacido es el conjunto de acciones que se realizan en el momento del nacimiento y en las primeras dos horas de vida. Su objetivo es detectar y evaluar cualquier situación de emergencia que pueda poner en riesgo la salud del bebé.

Entre los cuidados que se realizan en la atención inmediata se encuentran (ABC); Vía aérea permeable, respiración y circulación, mediante procedimientos sencillos y poco costosos, como son:

- Estabilizar la respiración, la circulación y la oxigenación (Reanimación neonatal)
- Controlar la temperatura

Posteriormente:

- Realizar el contacto piel a piel con la madre

- Cortar el cordón umbilical
- Registrar los datos del bebé
- Aplicación de vacunas
- Inicio de lactancia materna.

Para lograr una correcta atención del recién nacido es necesario que el personal de salud:

- Interrogue y conozca los antecedentes familiares y del embarazo.
- Identifique los riesgos potenciales para el R.N. y que tenga la capacidad de prevenirlos y en su caso, atenderlos.
- Tenga capacitación y experiencia en la reanimación neonatal.
- Cuento con los recursos técnicos y materiales necesarios.
- Realice una exploración física cuidadosa.
- En caso necesario realice estudios de laboratorio y gabinete, incluyendo el Tamiz neonatal.
- Que prevenga y en su caso trate cualquier patología detectada.
- Que realice un seguimiento adecuado.

Reanimación al nacimiento:

Las recomendaciones para lograr una adecuada reanimación son:

- Interrogatorio y preparación; identificar factores de riesgo para el recién nacido y preparar el material y el personal para su atención inmediata, incluyendo la reanimación neonatal.

Más del 90% de los recién nacidos presentan respuesta adecuada a la aplicación de los "Pasos iniciales de la reanimación" y solo requieren:

Posición; Colocar al recién nacido en posición de decúbito dorsal sobre una superficie "precalentada" y bajo una fuente de calor que permita mantener el control de la temperatura, después de secar al bebé.

Estimulación: Solo si el recién nacido no presenta respiración regular y llanto espontáneo.

Aspiración: Cuando el recién nacido presente secreciones en las vías aéreas superiores (nariz y boca).

Control de temperatura: Siempre que sea posible deben atenderse en el período neonatal inmediato en una cuna de calor radiante, sino se cuenta con ella, utilizar alguna fuente de calor que pueda ser controlada para evitar quemaduras y otras lesiones en el recién nacido.

Posteriormente evaluar: si mantiene respiración regular, adecuada frecuencia cardíaca y oxigenación (coloración). Si se encuentran anomalías atenderlas y darle seguimiento en la terapia neonatal.

En todos los casos se debe garantizar adecuada ventilación, perfusión y oxigenación y en caso necesario:

- a) Repetir la aspiración
- b) Administrar ventilación con presión positiva y oxígeno con bolsa y máscara, si no se logra el objetivo,
- c) Realizar intubación endotraqueal y ventilación asistida.
- d) Si se requiere; realizar compresiones torácicas y uso de medicamentos (Adrenalina).
- e) Continuar manejo en Terapia intensiva

Por todo lo anterior, es recomendable que todos los recién nacidos sean atendidos inicialmente en una institución de salud, por un médico con preparación y experiencia y donde se cuente con todos los recursos técnicos y materiales necesarios.

El médico además de atender al bebé debe asesorar sobre la alimentación, la lactancia materna y posteriormente, la

estimulación temprana y el seguimiento del desarrollo neurológico, las vacunas, la vigilancia sobre la evolución del peso, la talla, el perímetro cefálico.

En resumen, para disminuir la mortalidad neonatal y de esa manera incrementar la esperanza de vida al nacer en México es deseable:

- 1.- Disminuir el número de embarazos en adolescentes.**
- 2.- Que los nacimientos se lleven a cabo en alguna institución de salud con personal y recursos técnicos y materiales adecuados.**
- 3.- Limitar la solución final del embarazo a través de cesárea cuando exista indicación médica, evitando intervenciones innecesarias.**
- 4.- Evitar en lo posible el número de nacimientos prematuros.**
- 5.- Realizar de manera adecuada la “reanimación” de todos los recién nacidos, para disminuir los casos de asfixia neonatal.**

Bibliografía:

- 1. Estadísticas de mortalidad INEGI.
- 2. Manual de Reanimación Neonatal. American Academy of Pediatrics. 9a. Edición. 2025.
- 3. Informe de Calificaciones de March of Dimes 2025: El Estado de la Salud Materno-Infantil en las Familias Estadounidenses.
- 4. China reports record-low child mortality rates in 2025. Updated: 2026-06-02. Cindaily.com.cn



La conducta suicida

La ideación suicida presenta una prevalencia de por vida de cerca de un 10% de la población mundial, mientras los intentos de suicidio son mucho menos frecuentes con una prevalencia de por vida en cerca de 0.3% y el suicidio consumado todavía es mucho menos frecuente y se presenta en cerca de 0.015% de la población mundial.

Tomando en cuenta que hay una diferencia entre el riesgo de un intento o un suicidio consumado y la ideación suicida, tomando en cuenta la edad, raza, afiliación religiosa, sexo, ligas personales de amistad, pérdidas recientes, enfermedades mentales y físicas concomitantes, así como historia previa de intentos no consumados.

Individuos menores de 45 años suelen tener más intentos de suicidio y los mayores de 60 años son más propensos de cometer un suicidio.

Individuos con un fuerte apego religioso ya sea al catolicismo y otras religiones, tienen una menor incidencia de suicidios consumados porque las creencias religiosas lo prohíben. Es bien conocido que las mujeres tienen 4-6 veces más intentos mientras los hombres llevan a cabo 3 veces más el suicidio que las mujeres.

En 2024, México registró 8,856 suicidios durante 2025 lo que equivale a una tasa de 6.8 por cada 100,000 habitantes. Esta cifra refleja una tendencia creciente en los últimos años, pasando de 5.3 en 2015 a 6.8 en 2025. El 80.6% de los casos fueron hombres, con una tasa de 11.5 por cada 100,000 habitantes, frente a 2.6 en mujeres.

Los datos demuestran una concentración importante entre la población joven. Los grupos de 25 a 34 años y los de 15 a 24 años registraron los mayores porcentajes de suicidios durante 2025, con 26.9% y 24.3% respectivamente según el INEGI. En conjunto, ambos grupos representaron 51.2% de los suicidios registrados.

Las entidades con las tasas más altas en 2025 fueron Yucatán (14.2), Chihuahua (14.2) y Aguascalientes (12.0). El Centro Nacional para la Prevención del Suicidio (NCSP) de Estados Unidos de Norteamérica clasifica los riesgos en: personales, familiares, conductuales y medioambientales:

PERSONALES:

1. Tentativas de suicidio previos
2. Admiración por la violencia y la muerte
3. Uso y abuso del alcohol y/o sustancias adictivas
4. Enfermedades Mentales:
Trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, demencia, trastorno de la personalidad (p. ej. Trastorno límite).
5. Fracaso escolar
6. Enfermedad terminal (p. ej. Cáncer)
7. Enfermedades con dolor crónico
8. Cirugías no exitosas o deformantes (p. ej. Amputación)
9. Embarazo no deseado o miedo al embarazo
10. Pérdida de relaciones significativas
11. Actividad sexual sin conexión emocional

FAMILIARES:

1. Historia familiar de suicidio
Padres con enfermedad mental
2. Cambios significativos en la estructura familiar
3. Abuso de alcohol y sustancias en el contexto familiar
4. Ausencia de apoyo familiar
5. Expectativas paternas poco realistas
6. Interacción violenta con los padres
7. Conducta paterna errática
8. Exposición a abuso físico, emocional o sexual

CONDUCTUALES:

1. Bajo autocontrol
2. Confusión sobre orientación/identidad sexual
3. Perfeccionismo compulsivo extremo
4. Poca habilidad para la sociabilidad
5. Tendencia a buscar conflictos
6. Pobre canalización de la ira y la agresión
7. Pérdida percibida o real de la identidad
8. Sentimientos de ineffectividad o expectativas personales excesivamente ambiciosas
9. Sentimiento exagerado de ser humillado o miedo a ser humillado
10. Vergüenza asociada a buscar ayuda
11. Justificaciones religiosas.

MEDIOAMBIENTALES:

1. Falta de acceso a servicios de salud
2. Cambios y movimientos frecuentes en la situación de vida (residencia, nivel socioeconómico)
3. Aislamiento social
4. Pérdida de la libertad (encarcelamiento, secuestro)
5. Preocupación por haber trasgredido la ley
6. Presión familiar para tener éxito
7. Ausencia de apoyo religioso
8. Falta de valores morales a los cuales tener referencia
9. Altos niveles de violencia o agresividad en la localidad o a través de los medios digitales.

Los factores de riesgos son en general individuales para cada persona y pueden ser únicos o varios y de peso diferente de acuerdo con la vivencia experimentada durante la vida.

El médico general debe identificar estos factores o por lo menos poder valorar al paciente que puede estar en la condición de tener un riesgo potencial de un intento de suicidio y poder prevenirlo al remitirlo a un médico especialista en salud mental.

El médico, sobre todo, debe tener en mente que la ideación suicida puede estar presente en las dos terceras partes de pacientes con una depresión, incluso cuando los pensamientos suicidas son importantes. Los deprimidos pueden carecer de la energía y motivación para atentar contra su vida, pero al iniciar el tratamiento con antidepresivos durante los primeros días persiste el peligro de autolesionarse porque ya cuentan con mayor energía. Es importante mencionar que los antidepresivos empiezan a surtir efecto después de los primeros 14 días de haber iniciado el tratamiento.

El trastorno bipolar con episodios maníacos y depresivos es una entidad clínica fértil para llevar a cabo un suicidio debido a que cursan con una disforia y desesperación constante que les proporciona energía suficiente para cometer el acto suicida.

También los pacientes con esquizofrenia, sobre todo adultos jóvenes, tienen un riesgo mayor de suicidio en contraste con la mayoría de otras enfermedades.

Los Trastornos de la personalidad son notoriamente importantes en cuanto al comportamiento de una conducta suicida que es frecuente por la presencia de intentos suicidas que muchas veces no proliferan a un acto de un suicidio consumado.

Los alcohólicos que toman activamente es un grupo de pacientes que pueden terminar con su vida suicidándose, probablemente asociado a un cuadro depresivo concomitante.

Adicionalmente a las enfermedades psiquiátricas, ciertas enfermedades médicas, generalmente aquellas asociadas a un sufrimiento prolongado y con un sombrío pronóstico

muestran un mayor riesgo de cometer un suicidio entre ellas cáncer, insuficiencia renal crónica bajo hemodiálisis, padecimientos con dolor intenso, etc. Existen múltiples señalamientos que tanto las redes sociales como los videojuegos pueden ser causa de frustraciones y estrés que promuevan una ideación o intento de suicidio.

RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTO

Si el riesgo de suicidio es considerado relativamente bajo, se recomienda un tratamiento ambulatorio a base de un antidepresivo de baja letalidad para evitar una muerte por una posible sobredosis e iniciar una psicoterapia por un profesional capacitado en salud mental. Como mayormente la ideación suicida está acompañada de sintomatología depresiva y ansiedad es recomendable utilizar antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la serotonina (que son menos letales por sobredosis), y si es necesario un ansiolítico, este, debe ser administrado por un período corto para evitar una dependencia. Ahora bien, un intento de suicidio siempre debe considerarse como una urgencia médica y debe ser valorado por un especialista para decidir si es recomendable una hospitalización. El médico general siempre debe de estar alerta ante cualquier sintomatología clínica que señale la posibilidad de estar ante un paciente con sospecha de actos de ideación suicida que impliquen un riesgo de una autolesión. En México existen servicios públicos para atender crisis de salud mental como la Línea de la Vida además de programas de apoyo en hospitales y centros de salud.

Lecturas recomendadas:

1. Glenn Holmes y cols. The Long-Term Efficacy of Suicide Prevention Gatekeeper Training: A Systematic Review. Archives of Suicide Research. Vol 25, 2021. Issue 2
2. N. Yonemoto y cols. Gatekeeper Training for Suicidal Behaviors: A Systematic Review. Journal of Affective Disorders. Vol. 246, 2019, Pag. 506-514



Mesa Directiva 2025 - 2026

Dr. Raúl Carrillo Esper <i>Presidente</i>	Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola <i>Vicepresidenta</i>
Dra. María de Lourdes Basurto Acevedo <i>Secretaría General</i>	Dr. Enrique Octavio Graue Hernández <i>Tesorero</i>
Dr. Eduardo Antonio Ferat Osorio <i>Secretario Adjunto</i>	

Editor
Nahum Méndez Sánchez

Diseño y Formación
Luis Roberto Vidal Gómez

Impresión y Difusión
Germán Herrera Plata

R.04-2007-062510263000-106

Boletín
I.C.T.
2026
Vol. XXXV
No. 4