

PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUADA

1. **Cuáles fueron los objetivos específicos del programa?**

Actualizar a los médicos en el manejo basado en evidencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y de las patologías ácido-relacionadas (esofagitis, gastritis, infección por *H. pylori*), reforzando la toma de decisiones clínicas a partir de casos reales. Objetivos concretos: (1) revisar los criterios diagnósticos vigentes, incluidos los criterios de Lyon 2.0; (2) discutir el abordaje terapéutico actual del control ácido —inhibidores de la bomba de protones y bloqueadores ácidos competitivos de potasio (P-CAB)—; (3) fijar el conocimiento mediante retroalimentación inmediata anclada a guías y consensos; y (4) elevar la confianza diagnóstico-terapéutica del médico frente al paciente con síntomas de reflujo.

2. **A quién fue dirigido (Médicos generales, médicos especialistas, enfermería, farmacéuticos...)**

Médicos —generales y especialistas (gastroenterología, medicina interna y medicina general)— con práctica clínica en pacientes con síntomas digestivos ácido-relacionados.

3. **¿El evento fue 100% online, 100% presencial o híbrido?**

100% presencial. La formación se impartió en sesiones presenciales en vivo, apoyadas en una plataforma web interactiva en tiempo real a la que cada médico accedía desde su propio teléfono.

4. **Lugar donde se impartió.**

Programa itinerante impartido en 8 sedes de 6 ciudades de México: Ciudad de México (Hotel Galerías Plaza San Jerónimo); Puebla (Restaurante Casareyna); Nezahualcóyotl, Estado de México (Restaurante Liverpool, Plaza Ciudad Jardín); Guadalajara (La Tequila); Monterrey (Hilton Monterrey Valle y Hotel Crowne Plaza Monterrey); y Tlalnepantla, Estado de México (Restaurante Correo Mayor).

5. **Nombre de la Plataforma online que se utilizó (en su caso).**

Plataforma web propia, desarrollada por la agencia para este programa: «El Partido de la Evidencia» (aplicación web en tiempo real; frontend en GitHub Pages con sincronización en vivo mediante Firebase). No se empleó una plataforma comercial de terceros.

6. **Si fue online, en todo o en parte, y todavía es accesible, indique la URL y las claves temporales de acceso.**

Sí. La experiencia puede explorarse en línea en: <https://short.do/6RCz3V> desde ese índice el jurado accede a las cuatro vistas sincronizadas del sistema: «Pantalla» (la proyección del salón), «Control Master» (la consola del moderador que dirige el partido), «Jugador» (la vista que cada médico usaba desde su teléfono, con código QR por equipo) y «Ponente» (control de las diapositivas de contexto y del «VAR de la evidencia»). Es una herramienta pensada para uso en vivo durante el evento presencial: para verla en funcionamiento basta abrir «Control Master» en un dispositivo y «Pantalla» en otro, y las acciones del moderador se reflejan en tiempo real. No requiere claves de acceso.

7. **Si fue online, en todo o en parte, qué nivel de interactividad se ofreció (foros de discusión, sesiones de preguntas y respuestas, etc.).**

Máximo. Cada médico respondía en tiempo real desde su teléfono; competencia por equipos con marcador en vivo; sesión de preguntas y respuestas conducida por el ponente; y el «VAR de la evidencia», revisión inmediata de cada respuesta contra el consenso o la guía correspondiente, mostrada en pantalla.

- 8. Si fue online, en todo o en parte, ¿Hubo recursos disponibles para que los participantes aprendieran a navegar por la plataforma?**

Sí. Acceso mediante código QR por equipo, registro guiado en pantalla y conducción permanente de un moderador (Control Master) que explicaba cada paso. La interfaz del jugador es de un solo toque, sin curva de aprendizaje.

- 9. Si fue online, en todo o en parte, ¿hubo fechas límite estrictas o fue un formato más flexible?**

Formato sincrónico en vivo. Cada decisión clínica tenía un tiempo acotado (cronómetro por pregunta, a modo de tiro de penal), lo que mantenía el ritmo del partido; no se trató de un formato asincrónico con plazos.

- 10. Si fue online, en todo o en parte, ¿Se fomentó la interacción entre los participantes para el aprendizaje colaborativo?**

Sí. La dinámica se organiza en dos equipos de médicos que deliberan y compiten entre sí; el aprendizaje surge de la discusión de cada caso y de la comparación colectiva de las respuestas frente a la evidencia.

- 11. Avals que tuvo el programa (en su caso).**

Sí. El programa contó con el aval de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG).

- 12. Si el programa tenía valor curricular indique los puntos o créditos que se conseguían al finalizarlo.**

El programa no otorgó puntos ni créditos de acreditación curricular.

- 13. Si el programa tenía valor curricular indique el nombre de la entidad acreditadora y el número de certificado o actividad asignado al Programa por la entidad acreditadora.**

No aplica: el programa no tuvo valor curricular acreditado, por lo que no hubo entidad acreditadora ni número de certificado o actividad.

- 14. Fecha de inicio.**

17 de junio de 2026 (primera sede, en Ciudad de México).

- 15. Duración de la formación.**

Cada sesión tuvo una duración aproximada de 2 horas de dinámica, además de una comida. El ciclo completo se desarrolló entre el 17 de junio y el 9 de julio de 2026.

- 16. ¿El programa tiene continuidad en el tiempo, o empezó y acabó?**

Programa itinerante: la misma dinámica se replicó en 8 sedes a lo largo de un mes; el ciclo concluyó el 9 de julio de 2026.

17. Número de profesionales sanitarios que participaron.

Aproximadamente 480 a 520 médicos en total (entre 60 y 65 por sede, en 8 sedes).

18. Quiénes fueron los instructores o facilitadores.

Dos gastroenterólogos actuaron como «Árbitro Oficial del Encuentro» (validadores de la evidencia): la Dra. Alicia Sofía Villar Chávez —gastroenteróloga egresada del Hospital Español de México, con posgrado en Motilidad Gastrointestinal y Neurogastroenterología por el INCMNSZ, certificada por el Consejo Mexicano de Gastroenterología y adscrita al Hospital Ángeles Acoxpa (CDMX)— y el Dr. Eduardo Cerda Contreras —médico cirujano por la UASLP, internista y gastroenterólogo egresado del INCMNSZ, con curso de alta especialidad en Neurogastroenterología y Motilidad Gastrointestinal (INCMNSZ) y estudios de maestría y doctorado—. Cada sede fue conducida además por un moderador/host (Control Master).

19. Cómo se alinearon los objetivos con las necesidades del personal sanitario.

La ERGE y las patologías ácido-relacionadas son motivo de consulta cotidiano. El programa partió de decisiones clínicas reales y frecuentes —diagnóstico, abordaje terapéutico, erradicación de *H. pylori* en un país de alta resistencia, reflujo refractario— para responder a las dudas prácticas del médico en su consulta diaria.

20. Qué temas se cubrieron en el programa.

Diagnóstico de ERGE y criterios de Lyon 2.0; esofagitis; abordaje terapéutico del control ácido (IBP y P-CAB / tegoprazán); infección por *H. pylori* y su erradicación; reflujo refractario. En total, dos casos clínicos desarrollados en diez decisiones o preguntas.

21. Qué metodología se utilizó.

Gamificación y aprendizaje activo basado en casos. Formato de «partido» por equipos con casos clínicos reales, respuesta individual desde el teléfono, cronómetro por pregunta, marcador en vivo y retroalimentación inmediata basada en evidencia (el «VAR de la evidencia»).

22. Cómo se aseguró la participación activa de los asistentes.

Cada asistente respondía personalmente desde su teléfono a cada caso; el marcador en tiempo real y la mecánica de competencia por equipos aseguraban que la totalidad de los presentes participara en cada jugada.

23.Cuál fue el sistema de evaluación de los participantes antes y después de la formación.

La evaluación fueron las propias preguntas de la dinámica: cada médico respondía a cada caso clínico y cada respuesta se contrastaba de inmediato con la evidencia, lo que permitió medir aciertos por médico y por equipo a lo largo de la sesión.

24. Qué recursos didácticos se proporcionaron.

Casos clínicos estructurados, diapositivas de contexto clínico, el «VAR de la evidencia» con la fuente (consenso o guía) mostrada en pantalla, y el cerreresumen de cada caso.

25. *Cómo se recolectó el feedback de los participantes sobre el programa.*

Mediante una encuesta de satisfacción aplicada a los participantes.

26. *¿Se realizó algún tipo de seguimiento?*

El seguimiento se realizó a través de la encuesta de satisfacción aplicada al cierre de cada sede; no se implementó un seguimiento longitudinal posterior.

27. *¿Cuál fue la tasa de finalización del curso?*

Muy alta. En todo el programa, de los aproximadamente 480 a 520 médicos participantes, solo 16 no completaron la dinámica (tasa de finalización cercana al 97%).

28. *Costo económico del programa.*

Aproximadamente 14,000 USD en total (costo global del programa itinerante).

29. *¿Los profesionales que participaron tuvieron que pagar alguna cantidad?*

No. La participación fue totalmente gratuita para los profesionales; el programa fue patrocinado por Carnot Laboratorios (marca Ki-CAB).