



ACTA MÉDICA HIDALGUENSE

PORAVOZ DEL
COLEGIO MÉDICO HIDALGUENSE

**PREVALENCIA DE
SINTOMATOLOGÍA DE ERGE**
en estudiantes de licenciatura de la
UAEH mediante la aplicación del
cuestionario de Carlsson -Dent

**COSTO DE ESTANCIA
DE LAS PRINCIPALES CAUSAS**
de reingreso de pacientes cirróticos
descompensados en un
Centro Hospitalario Mexicano

ATELECTASIA
del lóbulo medio y superior derecho
en un paciente con bronquio traqueal

DIABETES
EL PAPEL ACTUAL
DE LA NUTRICIÓN
EN EL MANEJO DE LA DIABETES



ACTA MÉDICA HIDALGUENSE

PORAVOZ DEL COLEGIO MEDICO HIDALGUENSE

COMITÉ
EDITORIAL

EDITOR

Raúl Contreras Omaña

EDITORES ASOCIADOS

Maria Isabel Arreola Téllez

Ashuin Kammar García

José Antonio Velarde Ruiz Velasco

RELACIONES INTERNACIONALES

Graciela Elia Castro Narro

Moisés Aurón

COORDINADORES CIENTÍFICOS

Sophía E. Martínez Vázquez

Eva Mariana Flores Rosas

Braulio Guillermo Flores Canales

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

María Arcelia Cruz Arroyo

COORDINADOR CULTURAL Y DE ENLACE CON UNIVERSIDADES

Erick Alberto Licona Samperio

REVISORES

Juan Alberto Lira Lucio

Orlando Rubén Pérez Nieto

Vicente López Trejo

CONSEJO EDITORIAL

María Georgina Zapata Menchaca

Juan Francisco Martínez Campos

Roberto F. Hosking Pratt

REVISTA ACTA MÉDICA EMITIDA POR EL COLEGIO MÉDICO HIDALGUENSE

Publicación cuatrimestral editada en las instalaciones del colegio, ubicada en Zamora Bo. 107,

Ex Hacienda de Guadalupe, Pachuca Hidalgo, Hgo

Los conceptos publicados son responsabilidad exclusiva de sus autores

Teléfono de contacto 55 5567 4567

Correo electrónico: revactamedica@gmail.com

VOLÚMEN 1 • NÚMERO 1 • ENERO / ABRIL 2022



actamedicahidalguense

www.colegiomedicohidalguense.com.mx/revistaactamedica

ACTA MÉDICA HIDALGUENSE

PORAVOZ DEL COLEGIO MÉDICO HIDALGUENSE

CONTENIDO

● EDITORIAL

El Renacimiento de un Desafío

Dr. Raúl Contreras Omaña

1-2

● CARTA AL EDITOR

High Value Care (Cuidado de Alto Valor)

Dr. Moises Auron

3-7

● ARTÍCULOS ORIGINALES

Prevalencia de la Sintomatología de Erge en Estudiantes de Licenciatura de la UAEH Mediante la Aplicación del Cuestionario de Carlsson-Dent

Raúl Contreras Omaña (1), Coautores: V. A. Reséndiz Molinab (2), J.S. Escobedo Jaimeb, M.A (3). Flores Grimaldob (4).

1. Centro de Investigación en Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología, Hidalgo, México.
2. Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

8-12

Cost of Stay of the Main Causes of Decompensated in Cirrhotic Patients in a Mexican Hospital Center

S. Téllez-Jáena, M. Lugo -Medinab R. Contreras-Omaña

13-16

● CASO CLÍNICO

Atelectasia del Lóbulo Medio y Superior Derecho en un Paciente con Bronquio Traqueal

Paola Carolina Rodríguez Rubio MD, María Luisa Ramírez Abundis MD, Alberto Rodríguez Flores MD, Tannia Abigay Quintanilla Torres MD, Karen Ivonne Vences Olivares MIP, Gabriela Alejandra Bautista Aguilar MD, Jorge López Fermín MD, David Alejandro Trejo Osornio MD, Ernesto Deloya-Tomas MD y Orlando R. Pérez-Nieto MD.

20-21

● ARTÍCULO DE REVISIÓN NACIONAL

El Papel Actual de la Nutrición en el Manejo de la Diabetes

LN ED Mariel Lizzete Belem Reséndiz

17-18

● “MÁS ALLÁ DE LA MEDICINA” -SECCIÓN CULTURAL-

El Arte en la Medicina

Erick Alberto Licona Sampeiro

22-26

● BAÚL HISTÓRICO

Historia de la Casa Médico Hidalguense

M. C. E. María Georgina Zapata Menchaca

M.C.E. Norma Patricia Reyes Brito

M.C.E. Adriana Edith Pasten Zapata

VOLÚMEN 1 • NÚMERO 1 • ENERO / ABRIL 2022



actamedicahidalguense

www.colegiomedicohidalguense.com.mx/revistaactamedica



EDITORIAL

EL RENACIMIENTO DE UN DESAFÍO

DR. RAÚL CONTRERAS OMAÑA

Es un verdadero honor para mí el presentar a ustedes este primer número de la segunda época de la revista Acta Médica, órgano informativo del Colegio Médico Hidalguense, y que gracias al apoyo incondicional que la Dra. María Georgina Zapata ha brindado durante su Presidencia, renace en este 2022 para fungir como portavoz no sólo del personal de salud del estado de Hidalgo, sino también para los Colegios y colegas de todo el país y, por qué no, de cualquier parte del mundo que deseen colaborar en este espacio.

En nuestra revista buscaremos en los sucesivos ofrecer un foro cuatrimestral no sólo para la ciencia y la investigación a través de artículos de revisión y publicaciones originales, sino también un espacio de debate bioético, social, de salud mental, de participación estudiantil, de comunicación entre las diversas disciplinas médicas e incluso de difusión cultural, histórica y artística, que permita seguir complementando la formación holística de los trabajadores de la salud, en el sentido más amplio y filosófico de dicho término, estando siempre apoyados por un excelente Comité Científico y Editorial dispuesto a llevar este proyecto a puntos cada vez más elevados.

En este primer número incluimos un muy interesante resumen de la historia del Colegio Médico Hidalguense, una brillante carta al Editor que explica cuáles son los fundamentos de una Medicina de alto valor, dos artículos originales (uno sobre prevalencia de síntomas de reflujo gastroesofágico en estudiantes universitarios, y otro sobre costos de estancia hospitalaria en pacientes con cirrosis hepática), un caso clínico poco común sobre atelectasia en paciente con bronquio traqueal, un artículo de revisión nacional sobre el papel que juega en la actualidad la nutrición en el tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus, y cerramos con un texto cultural que habla sobre el papel del arte y del humanismo en el ejercicio médico.

Seguros estamos de que este renacimiento abrirá las puertas a todos aquellos que deseen dar a conocer el trabajo que realizan en cada una de sus disciplinas y que, con el paso del tiempo y con trabajo en equipo, lograremos volver a posicionar al Acta Médica dentro de las publicaciones más reconocidas de nuestro país.

CARTA AL EDITOR

HIGH VALUE CARE (CUIDADO DE ALTO VALOR).

DR. MOISES AURON, FAAP, FACP, SFHM.

CLEVELAND CLINIC.

CLEVELAND, OH.

El incremento notable y exagerado en la erogación económica en servicios de salud en los EUA, el cual se incrementó 10 veces desde 1980 al 2010, con una atribución de más del 16% del PIB en este rubro, y el cual no ha mostrado una correlación proporcional en la expectativa de longevidad de la población en comparación con otras naciones de la OECD (Organización para el Desarrollo y Cooperación Económica)^{2,3} ha llevado a la reflexión y análisis de la práctica médica cotidiana.

Aproximadamente 25% del gasto en servicios de salud es completamente innecesario con un desperdicio de recursos que podrían destinarse a ahorro público o bien inversión en optimizar las medidas de salud pública.⁴ En añadiriduo, además del gasto excesivo, se ha demostrado que hay una presencia inaceptable de errores médicos.

Esto llevó al Instituto de Medicina a la creación de reportes que permitieron un análisis reflexivo acerca de la importancia de identificar los errores médicos así como de crear introspección objetiva acerca de los procesos mentales intrínsecos de razonamiento clínico para identificar los potenciales sesgos diagnósticos los cuales pueden influenciar en los procesos de diagnóstico y tratamiento.^{5,6,7}

El valor agregado se define como la relación entre calidad y costo.

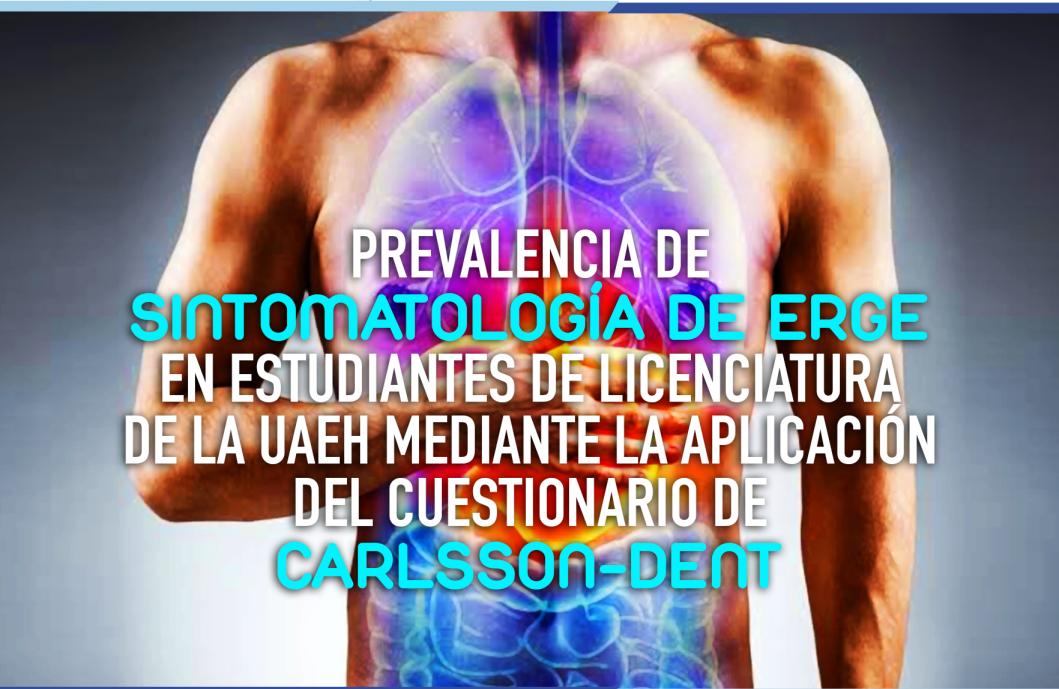
Entre mayor calidad de atención médica con un costo proporcionalmente menor, será lo que determine el valor de una intervención diagnóstica o terapéutica. Esto requiere el análisis de costo-beneficio de cualquier tipo de intervención, en la cual también se debe de incluir el sistema de valores del paciente.^{8,9}

Múltiples organizaciones han creado una infraestructura que proveen de un marco conceptual y de enseñanza que permiten a estudiantes en áreas de las ciencias de la salud, residentes y médicos tener mayor claridad acerca de las diferentes áreas en donde se pueden implementar las medidas de cuidado de alto valor. Algunas son la Alianza Académica de Práctica de Alto Valor (HVPA por sus siglas en inglés)¹⁰, Costs of Care™ (Costo del Cuidado)¹¹, ACP (Colegio Americano de Médicos)¹², Choosing Wisely™¹³, y la Sociedad de Medicina Hospitalaria con las Cosas que Hacemos sin Razón (TWDFNR por sus siglas en inglés)¹⁴, entre otras.

Hay 5 pilares de acuerdo a la HVPA: 1) eficiencia diagnóstica y terapéutica (ej. estudios de escrutinio de cáncer de mama), 2) guías de manejo enfocadas en calidad (ej. guías de manejo de falla cardiaca), 3) procesos de transición de cuidados médicos posterior al alta hospitalaria (ej. optimizar la comunicación con los médicos de primer contacto), 4) optimizar el ambiente de cuidado del paciente (ej. evitar hospitalizaciones con el uso de antibióticos parenterales ambulatorios), 5) medicina preventiva (ej. evitar infecciones nosocomiales removiendo catéteres urinarios y líneas centrales de manera oportuna).¹⁰

El diseminar prácticas de bajo costo tal como evitar el uso indiscriminado de estudios diagnósticos (ej. estudios de laboratorio diarios) o de tratamientos sin razón (ej. uso de Ivermectina en COVID) permite proveer a los pacientes de servicios de alto valor, con un mejor impacto en su calidad de atención y de vida. Ya a los médicos les provee de un marco conceptual y de práctica que permite asegurar una práctica en donde se implementa continuamente el precepto último y más importante de la medicina: Primum non nocere.

- REFERENCIAS**
1. Kurani N. How has U.S. spending on healthcare changed over time? Peterson KFF-Health System Tracker. Feb 25, 2022. <https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/u-s-spending-healthcare-changed-time/> Accedido en Abril 6, 2022.
 2. OECD (2021), "Health expenditure in relation to GDP", in Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e26f669c-en> Accedido en Abril 6, 2022.
 3. Munro D. 2012 – The Year in Healthcare Charts. Forbes. Dec 30, 2012. <https://www.forbes.com/sites/dannmunro/2012/12/30/2012-the-year-in-healthcare-charts/?sh=17baa9d96c8c> Accedido en Abril 6, 2022.
 4. Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US Health Care System: Estimated Costs and Potential for Savings. JAMA. 2019;322(15):1501–1509. doi:10.1001/jama.2019.13978
 5. Institute of Medicine. 2000. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
 6. Institute of Medicine. 2001. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
 7. Institute of Medicine. 2013. Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13444>
 8. Scheurer D, Crabtree E, Cawley PJ, Lee TH. The Value Equation: Enhancing Patient Outcomes While Constraining Costs. Am J Med Sci. 2016 Jan;351(1):44–51. doi: 10.1016/j.amjms.2015.10.013. PMID: 26802757.
 9. Owens DK, Qaseem A, Chou R, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. High-value, cost-conscious health care: concepts for clinicians to evaluate the benefits, harms, and costs of medical interventions. Ann Intern Med. 2011 Feb 1;154(3):174–80. doi: 10.7326/0003-4819-154-3-201102010-00007. PMID: 21282697.
 10. High Value Practice Academic Alliance. <https://hvpa.org/>
 11. Costs of Care. <https://costsofcare.org/>
 12. American College of Physicians. High Value Care Curriculum. <https://www.acponline.org/clinical-information/high-value-care>
 13. Choosing Wisely. ABIM Foundation. <https://www.choosingwisely.org/>
 14. Things we do for No Reason. Journal of Hospital Medicine. Society of Hospital Medicine. <https://shmpublications.onlinelibrary.wiley.com/journal/15535606/twdfnr-teachingfiles>.



PREVALENCIA DE
SINTOMATOLOGÍA DE ERGE
EN ESTUDIANTES DE LICENCIATURA
DE LA UAEH MEDIANTE LA APLICACIÓN
DEL CUESTIONARIO DE
CARLSSON-DENT



ARTÍCULO ORIGINAL

PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DE ERGE EN ESTUDIANTES DE LICENCIATURA DE LA UAEH MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CARLSSON-DENT

Raúl Contreras Omaña (1), Coautores: V. A. Reséndiz Molinab (2), J.S. Escobedo Jaimeb, M.A (3). Flores Grimaldob (4).

1. Centro de Investigación en Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología, Hidalgo, México.

2. Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Ciudad: Pachuca de Soto, Hgo.

Correo electrónico: rulosof@gmail.com

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) tiene una prevalencia muy alta en la población mexicana. En nuestro país no se tiene información suficiente respecto a ERGE en población joven.

OBJETIVO. El objetivo de nuestro estudio fue encontrar la prevalencia de sintomatología de ERGE en los alumnos de nivel licenciatura de la UAEH.

Material y métodos. El estudio realizado fue transversal, observacional, prospectivo y analítico. Se llevó a cabo de manera proporcional entre hombres y mujeres mediante la aplicación del cuestionario de Carlsson-Dent de manera digital a un total de 1439 estudiantes de nivel licenciatura de la UAEH de 1ro a 10mo semestre de manera aleatoria durante los meses marzo a junio del 2019. Las variables estudiadas fueron: IMC, edad, sexo, semestre así como la presencia o no de síntomas y principal molestia. Los resultados se presentan con medidas demográficas de tendencia central y dispersión.

Resultados. Se aplicaron un total de 1439 encuestas entre los alumnos inscritos en nivel licenciatura de la UAEH, 54.7% de la población fue de sexo femenino, y los rangos de edad fueron de 18 a 26 años, con una media de 20.5 años. Al interrogarles si alguna vez en su vida han presentado sintomatología el 65% (935 personas) respondieron afirmativamente, y de ellos el 56.36% (527 personas) indicó que su principal molestia es pirosis. A medida que se avanza en los semestres hay una mayor prevalencia de sintomatología de ERGE llegando a superar el 60% en los semestres más avanzados. En el 46.8% de la población encuestada se encontraron síntomas de ERGE. El IMC no tuvo relación con la presencia de síntomas. Finalmente, encontramos que la población femenina presentó con mayor frecuencia sintomatología en una relación 1.4:1 respecto al género masculino.

CONCLUSIONES. Casi dos terceras partes de la población estudiantil de nivel licenciatura de la UAEH presentan síntomas compatibles con ERGE, siendo más comunes en individuos delgados. Las mujeres presentaron mayor prevalencia de estos síntomas comparados con los hombres, y el síntoma más prevalente fue la pirosis. Sugerimos realizar más estudios similares en población universitaria para comparar nuestros hallazgos.

PALABRAS CLAVE: ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico), IMC (índice de masa corporal), Pirosis, Regurgitación, México, jóvenes.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es causada por el ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal más allá de la unión esofago-gástrica. El ERGE tiene una prevalencia muy alta en la población mexicana, la cual tiene como principales síntomas las regurgitaciones y la pirosis.^{1,10} La sintomatología tiende a presentarse a mayor edad y en el sexo masculino. En nuestro país se tiene muy poca literatura sobre el ERGE a pesar de ser una entidad con alta prevalencia, además de no haber ningún reporte hecho en estudiantes de medicina. El propósito de este estudio es conocer la prevalencia de ERGE en la población de estudiantes universitarios del estado de Hidalgo, así como ver la relación de a mayor IMC- mayor sintomatología. Se espera obtener con este estudio información de ERGE en población joven, así como averiguar cuál es la relación del IMC con la sintomatología.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo de nuestro estudio fue encontrar la prevalencia de sintomatología de ERGE en los alumnos de nivel licenciatura de la UAEH.

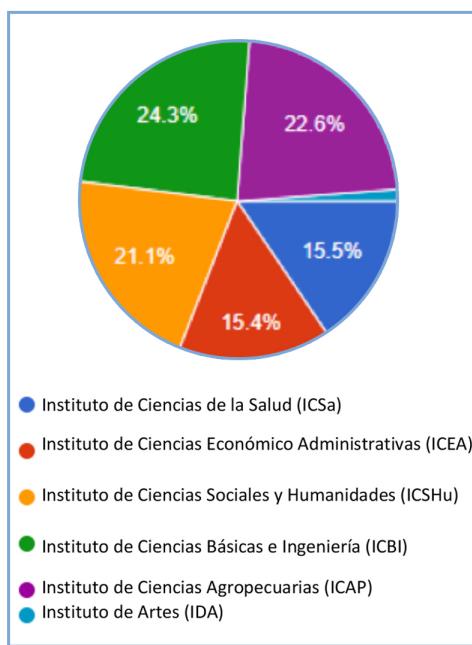
MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio realizado fue transversal, observacional, prospectivo y analítico. Se llevó a cabo de manera proporcional entre hombres y mujeres mediante la aplicación del cuestionario de Carlsson-Dent de manera digital a un total de 1439 estudiantes de nivel licenciatura de la UAEH de 1ro a 10mo semestre de manera aleatoria durante los meses marzo a junio del 2019. Como criterios de inclusión se consideraron: ser alumno inscrito en nivel licenciatura en la UAEH, aceptar a responder el cuestionario de Carlsson-Dent; para los criterios de exclusión se tomaron: no ser alumno inscrito de nivel licenciatura de la UAEH; y para los criterios de eliminación: responder de manera no valida el cuestionario de Carlsson-Dent. Las variables estudiadas fueron: IMC, edad, sexo, semestre así como la presencia o no de síntomas y principal molestia. No se pudo llevar a cabo la aplicación del cuestionario en el Instituto de Artes debido a que se nos negó el acceso.

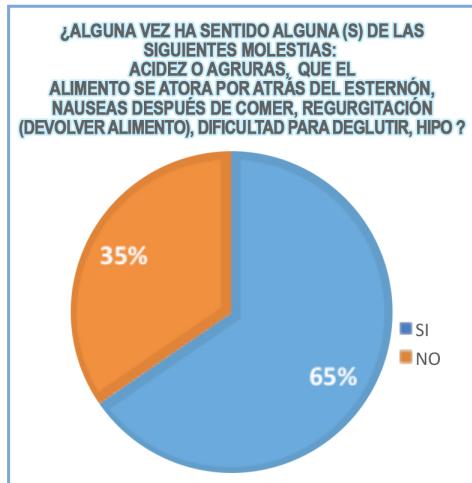
RESULTADOS

Se aplicó un total de 1439 encuestas entre los alumnos inscritos en nivel licenciatura de la UAEH de todos los semestres de los siguientes institutos: Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa), Instituto de Ciencias Económico Administrativas (ICEA) Instituto de Ciencias Básicas e Ingeniería (ICBI),

Instituto de Ciencias Agropecuarias (ICAp), e Instituto de Artes (IDA) (gráfica 1).



Tras la validación se obtuvieron 1430 encuestas con las que se trabajó; al interrogarles si alguna vez en su vida han presentado sintomatología el 65% (935 personas) indicaron que si (gráfica 2)



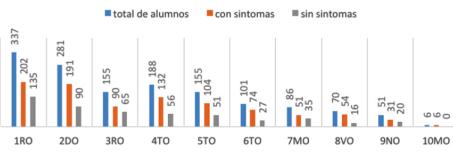
y de ellos el 56.36% (527 personas) indicó que su principal molestia es la pirosis (Sensación de ardor o dolor ardiente que inicia en la "boca" del estómago o en el pecho y se eleva hacia la garganta)^{1,10} tal y como lo indica la gráfica 3.

1. DE LAS SIGUIENTES ORACIONES, ¿CUÁL DESCRIBE MEJOR SU PRINCIPAL MOLESTIA?



Encontramos que a medida que se avanza en los semestres hay una mayor prevalencia de sintomatología de ERGE llegando a superar el 60% en los semestres más avanzados en contraste con los semestres iniciales, gráfica 4.

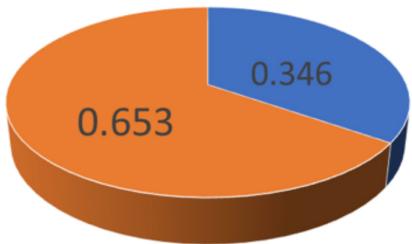
RELACION AVANCE DE SEMESTRE Y PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA



El 65.3 % de los alumnos presentaron sintomatología independientemente del IMC (gráfica 5).

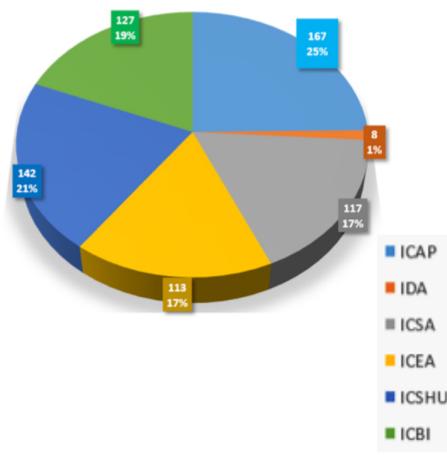
PRESENCIA DE SÍNTOMAS

■ No ■ Sí



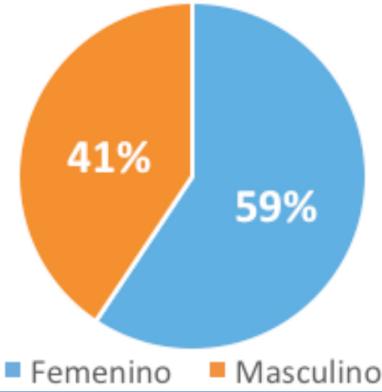
De igual manera se encontró un total de 674 casos de ERGE (puntaje ≥ 4 en cuestionario Carlsson-Dent) en la población encuestada; de estos aquellos en el área de ciencias agropecuarias fueron los que tuvieron mayor número de casos seguidos de cerca por aquellos en el área de ciencias sociales y humanidades (gráfica 8).

ERGE POR INSTITUTO



Por último se encontró que la población femenina es más vulnerable para presentar sintomatología de ERGE en una relación 1: 1.4 respecto al género masculino (gráfica 9).

PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA POR SEXO



DISCUSIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una entidad altamente prevalente en nuestro medio, es una entidad crónica que se estima afecta alrededor del 20% de la población en la civilización occidental, esto mismo conlleva a una alteración en la calidad de vida los pacientes que los sufren pues también se ve afectada su economía. Sin embargo, la información de esta enfermedad en la población adulta joven es prácticamente nula por eso se llevó a cabo este trabajo en la población universitaria.

Si se analizan los estudios ya existentes que toman en cuenta la presencia de síntomas como la pirosis o regurgitación^{1,10} una vez por semana se obtiene que la prevalencia de ERGE oscila entre 18.1 y 27.8 % en E.U.A, del 8.8 al 25.9% en Europa, del 2.2 al 7.8% en el Lejano Oriente, el 11.6% en Australia, el 23% en Argentina y del 19.6 al 40% en México⁷; sin embargo, la información sobre su prevalencia en adultos jóvenes es aún más escasa. En cuanto a nuestro país la base de datos obtenida por la encuesta nacional realizada en población abierta SIGAME en 2015, nos muestra que de acuerdo a los criterios de Roma III en población abierta mexicana, la frecuencia de pirosis o regurgitaciones al menos una vez por semana es del 12.1% (IC del 95%, 11.09 a 13.1), del 1.2% (IC del 95%, 0.09 a 1.3) en quienes presentan los síntomas todos los días y del 49.1% (IC del 95%, 47.5 a 50.6) en quienes los presenta al menos una vez al mes⁹; este estudio epidemiológico concluye la alta prevalencia del ERGE en la población general mexicana, sin embargo al ser un estudio de población abierta discrepa de los hallazgos obtenidos por nuestro estudio puesto que encontramos que en población joven la sintomatología de ERGE es más común en el sexo femenino.

Es importante mencionar que el cuestionario Carlsson-Dent, evalúa la sintomatología típica o clásica dejando de lado la sintomatología extraesofágica o atípica, por lo que aquella población que tenga esta sintomatología atípica podría estar quedándose fuera.⁶

En cuanto a la aplicación del cuestionario no tuvimos el apoyo por parte de los directivos del Instituto de Artes para poder aplicarlo en la población de dicho instituto, esto podría estar generando un sesgo en nuestros resultados, así mismo al ser solo una aplicación de cuestionario sobre sintomatología hace falta la realización de estudios de laboratorio que confirmen la presencia de ERGE.

Dado a que es el primer estudio de su tipo con una población de estudio tan grande nos permite visualizar que la enfermedad por reflujo gastroesofágico se comporta diferente según el grupo etario de la población en la que se analice. Los resultados obtenidos por nosotros muestran que la sintomatología de ERGE en estudiantes de licenciatura de la UAEH es sumamente elevada llegando a afectar a casi 2/3 partes de la población (65% de los encuestados en contraste con el 19-45% descrito en la literatura); y que a su vez esta población tiene como síntoma principal pirosis (56.36%). Se pudo calcular por puntaje la población con ERGE la cual fue del 72% respecto a la población con presencia de sintomatología; siendo el área de ciencias agropecuarias la que tuvo mayor incidencia de ERGE por puntaje (≥ 4 puntos en cuestionario Carlsson-Dent) siendo seguida por aquellos en el área de ciencias sociales y humanidades. Asimismo, se observó que no hay una clara relación entre el IMC y la presencia de sintomatología de ERGE en población joven y que en esta población es más común encontrar ERGE en el sexo femenino con una relación 1:1.4.

CONCLUSIONES.

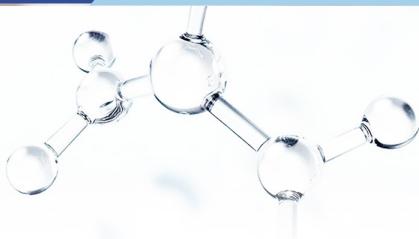
Nuestro estudio mostró que casi dos terceras partes de la población estudiantil de nivel licenciatura de la UAEH presentan síntomas compatibles con ERGE, notablemente siendo más comunes en individuos delgados. Las mujeres presentaron mayor prevalencia de estos síntomas comparados con los hombres, y el síntoma más prevalente fue la pirosis. Sugerimos realizar más estudios similares en población universitaria para comparar nuestros hallazgos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Remes-Troche J, Ramírez-Cervantes K, Vela M. ¿Si no hay ácido no hay pirosis? Nuevos mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. REVISTA DE GASTROENTEROLOGIA DE MEXICO. 2011;76 Issue 3 :237–246
2. Olmos JA, Piskorz MM, Vela MF. Revisión sobre enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Acta Gastroenterol Latinoam. 2016; 2:160–172.
3. Revista de Gastroenterología de México (English Edition), Volume 82, Issue 2, April–June 2017, Pages 103-105
4. Vázquez-Elizondo G. La enfermedad por reflujo gastroesofágico: la dicotomía del ensayo clínico y la práctica clínica. 2021;82(2):103–105.
5. López Colombo A, Pacio Quitero M, Jesús Mejenes L, Rodríguez Aguilar J, López Guevara M, Montiel Jarquín A, López Alvarenga J, Morales Hernández E, Ortiz Juárez V, Ávila Jiménez L. Factores de riesgo asociados a recaída de enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes de primer nivel de atención exitosamente tratados con inhibidor de la bomba de protones. REVISTA DE GASTROENTEROLOGIA DE MEXICO 2017;82(2):106–114.
6. Contreras Omaña R, Sánchez Reyes O, Ángeles Granados E. Comparación de los cuestionarios Carlsson-Dent y GERD-Q para detección de síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico en población general. Comparación de los cuestionarios Carlsson-Dent y GERD-Q para detección de síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico en población general. REVISTA DE GASTROENTEROLOGIA DE MEXICO 2017;82(2):19–25.
7. Huerta Iga F, Bielsa Fernández M, Remes Troche J, Valdovinos Diaz M, Tamayo de la Cuesta J. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. REVISTA DE GASTROENTEROLOGIA DE MEXICO 2016;81(4):208–222.
8. Huerta Iga F, Tamayo de la Cuesta J, Noble Lugo A, Remes Troche J, Valdovinos M, Carmona Sánchez R. Consenso mexicano de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Parte I. REVISTA DE GASTROENTEROLOGIA DE MEXICO. 2012;78(4):231–239.
9. Huerta Iga F, Tamayo de la Cuesta J, Noble Lugo A, Hernández Guerrero A, Torres Villalobos G, Ramos de la Medina A, Pantoja Millán J. Consenso mexicano de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Parte II. REVISTA DE GASTROENTEROLOGIA DE MEXICO. 2014;78(4):231–239.
10. Huerta-Iga F. Síntomas gastrointestinales en México. Un estudio epidemiológico SIGAME. Remes-Troche JM 1.a ed. ASECOM Editorial, S.A. de C.V. 2015. p. 29-42.



COSTO DE ESTANCIA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE REINGRESO DE PACIENTES CIRRÓTICOS DESCOMPENSADOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO MEXICANO



ARTÍCULO ORIGINAL

COSTO DE ESTANCIA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE REINGRESO DE PACIENTES CIRRÓTICOS DESCOMPENSADOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO MEXICANO

Stephany Téllez-Jaén^a*, Mariana Lugo -Medina^{b**}, Raúl Contreras Omaña^a

^a Centro de Investigación en Enfermedades Hepáticas y Toxicológicas (CEIHET), Pachuca, Hidalgo, México

^b Unidad de Medicina Familiar Número 35 IMSS, Pachuca de Soto, Hidalgo

INTRODUCCIÓN. Hasta el momento se desconoce el costo real del manejo hospitalario de las principales causas que generan reingreso en los pacientes con cirrosis hepática descompensada.

OBJETIVO. Determinar el costo que generan las principales causas de reingreso de pacientes cirróticos descompensados en un Centro Hospitalario Mexicano.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional, retrolectivo, transversal y descriptivo, realizado en HGZMF No.1 IMSS Pachuca, Hidalgo de enero 2012 a agosto 2014, determinando las principales causas de reingreso de pacientes con cirrosis Hepática descompensada, y el costo que generan con base en la tabla de costos unitarios para la atención a no derechohabiente de IMSS 2018, publicada en el Diario Oficial de la Federación.

RESULTADOS. Se encontraron 77 pacientes cirróticos descompensados que reingresaron a esta unidad, 20 de ellos Child-Pugh A, 33 Child-Pugh B y 24 Child-Pugh C; siendo las principales causas de reingreso: Encefalopatía hepática (EH) 32 pacientes (41.5%), Hemorragia Variceal 24 (31.1%), Ascitis 15 (19.5%), Infecciones e Ictericia 3 cada uno (3.8%); con un promedio de hospitalización de 7 días para EH e Ictericia y 5 días para Hemorragia Variceal, Infecciones y Ascitis, realizando posteriormente el cálculo de costos, con un total de \$4,176,694.00 (\$198,890.19 USD); divididos en: EH \$1,997,820.00 (\$95,134.28 USD); Hemorragia Variceal \$835,210.00 (\$39,771.9 USD), Ictericia \$544,860.00 (\$25,945.71 USD), Ascitis \$399,402.00 (\$19,019.14 USD), Infecciones \$399,402.00 (\$19,019.14 USD), con costo/día/paciente/padecimiento promedio de \$51,793.2 (\$2,466.34 USD).

CONCLUSIONES. El presente estudio hace notar el importante impacto económico que genera en las instituciones la atención del paciente cirrótico descompensado, con lo que se demuestra que a nivel poblacional la detección y tratamiento temprano de los factores de riesgo para enfermedad hepática deben ser prioridad.

PALABRAS CLAVE: Cirrosis Hepática; Reingreso; Costos; Estancia intrahospitalaria;

INTRODUCCIÓN

La cirrosis Hepática es el estadio final de todas las enfermedades hepáticas crónicas progresivas⁽¹⁻³⁾, en Estados Unidos 40,000 personas mueren al año por causas atribuibles a complicaciones por Cirrosis, casi las mismas que por Diabetes o sus complicaciones⁽⁴⁾. En nuestro país representa una de las cinco principales causas de muerte siendo considerada la tercera causa de muerte en general y la segunda causa de muerte en individuos de edades de 15 a 64 años^(2a, 2b). En 2008, 31,528 muertes se asociaron a enfermedad hepática en México, y la tasa de mortalidad por cirrosis fue de 25.9 por cada 100.000 habitantes.

Alrededor del 75% de muertes por cirrosis en México se presentan en sexo masculino; mientras que en mujeres esta enfermedad fue la sexta causa de muerte en 2007⁽⁴⁾. Dentro de las complicaciones se encuentra la hemorragia variceal con una prevalencia de 73% en fase descompensada (8, 8a), dentro de las infecciones más comunes se encuentran además de la peritonitis bacteriana espontánea, las infecciones del tracto urinario (20%), neumonía (15%) y la bacteriemia (12%).^(11- 11a); así mismo se encuentra dentro de las causas de reingreso a la encefalopatía hepática⁽¹⁰⁾.

El objetivo de este estudio fue de determinar el costo que generaron las principales causas de reingreso hospitalario en pacientes cirróticos descompensados en un Centro Hospitalario Mexicano, utilizando como base el periodo enero 2012 a agosto 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrolectivo, transversal y descriptivo, realizado en Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1 del Instituto Mexicano de Seguridad Social, Pachuca, Hidalgo en el periodo enero de 2012 a agosto de 2014, dentro del cual se estudiaron expediente de pacientes que reingresaron a medicina interna y gastroenterología con cirrosis hepática descompensada, definiendo como reingreso a aquel paciente que acude solicitando atención por una causa por la cual ya había sido dado de alta en un periodo posterior a los 30 días de su primer ingreso.

Los Criterios de inclusión utilizados para la realización de este estudio fueron: pacientes con cirrosis descompensada de cualquier etiología y de ambos sexos que reingresaron a urgencias en el periodo de tiempo establecido, mayores de 18 años, de igual manera dentro de los Criterios de exclusión se encuentran pacientes con cirrosis hepática que ingresaron por cualquier otra patología no relacionada con descompensación y a pacientes cuyo expediente no contó con los datos para el instrumento de medición.

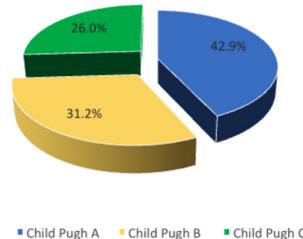
Tras la obtención de datos se determinaron las principales causas de reingreso y el número de estas relacionados a cada una en los primeros seis meses posteriores al primer ingreso, en los pacientes cirróticos descompensados, lo anterior mediante un análisis estadístico con uso de medidas de tendencia central media, mediana, porcentaje y desviación estándar, y posteriormente se utilizó la tabla de costos unitarios para la atención a no derechohabiente de IMSS 2017, aprobada para su uso el 29 de noviembre del año 2017, y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de diciembre del mismo año⁽¹³⁾, para realizar el cálculo de costos que estas generan de acuerdo a etiología, duración de estancia intrahospitalaria, contando con un total, y promedio por hospitalización/paciente.

Finalmente, para normativa internacional, los costos se convirtieron en dólares (USD) de acuerdo con el tipo de cambio aprobado para el día 11 de junio de 2018, que es de \$20.85 pesos mexicanos por dólar.

RESULTADOS

Se encontraron 77 pacientes con cirrosis descompensados que reingresaron a esta unidad, siendo en su mayoría del sexo femenino, con 46 casos, correspondiendo al 59.7% y del sexo masculino, un total de 31 pacientes siendo el 40.2%; 20 de ellos en clase funcional Child-Pugh A (25.97%), 33 en Child-Pugh B (42.85%) y 24 en Child-Pugh C (31.16%) (Figura 1).

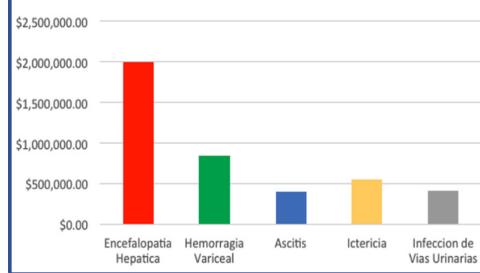
Figura 1. Porcentaje de pacientes cirróticos descompensados que presentan reingresos hospitalarios de acuerdo a escala de Child Pugh.



determinando como las principales causas de reingreso a la encefalopatía hepática (EH) con 32 pacientes (41.5%), seguida de la hemorragia Variceal con 24 (31.16%), ascitis con 15 pacientes (19.4%) e infecciones e ictericia con 3 cada uno (3.8% cada uno), dentro de las causas se presenta hospitalización promedio para EH e Ictericia 7 días, mientras que para hemorragia Variceal, infecciones y ascitis es de 5 días. El promedio de días que pasaron posteriores al primer ingreso antes del reingreso fue de 203 días con base a lo referido en los expedientes revisados; pero se obtuvo un promedio de 123 días en los reingresos en los primeros 6 meses posteriores al primer ingreso por las diferentes causas de descompensación.

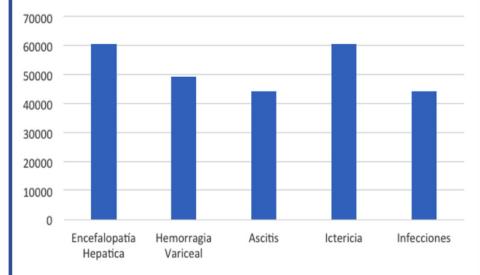
Posteriormente y de acuerdo a la tabla de costos unitarios para la atención a no derechohabiente de IMSS 2018, se determinó que la estancia intrahospitalaria de pacientes con cirrosis que reingresan en al menos una ocasión por descompensación del periodo estudiado, sería de \$4,176,694.00; divididos en: Encefalopatía Hepática \$1,997,820.00, Hemorragia Variceal \$835,210.00, Ictericia \$544,860.00, Ascitis \$399,402.00, Infecciones \$399,402.00 (Figura 2):

Figura 2. Costo total de hospitalización por causa de reingreso en pacientes cirróticos descompensados



teniendo en cuenta que por día/paciente y padecimiento se encuentra en promedio para EH de \$60,540.00, Ictericia \$60,540.00 Hemorragia Variceal \$49,130.00, Ascitis \$44,378.00, e Infecciones \$44,378.00 (Figura 3) (Tabla 1):

Figura 3. Costo de hospitalización promedio por día paciente y causa de reingreso de pacientes cirróticos descompensados



	Encefalopatía Hepática	Hemorragia Variceal	Ascitis	Ictericia	Infección de Vías Urinarias	
Días Promedio Hospitalización por px	32	24	15	3	3	77
Días totales de Hospitalización	7	5	5	7	5	
Costo/Día de Hospitalización por px	\$6,731.00	\$6,731.00	\$6,731.00	\$6,731.00	\$6,731.00	
Total Costo Hospitalización	\$1,507,744.00	\$807,720.00	\$504,825.00	\$141,351.00	\$100,965.00	\$3,062,605.00
Laboratorios Promedio Dia por px	3	4	3	3	3	
Laboratorios totales	672	480	225	63	45	
Costo de cada Laboratorio	\$89.00	\$89.00	\$89.00	\$89.00	\$89.00	
Costo total de laboratorios	\$59,808.00	\$42,720.00	\$20,025.00	\$5,607.00	\$4,005.00	\$132,165.00
USG inicial px (1)	\$284.00	\$284.00	\$284.00	\$284.00	\$284.00	
Costo Total de USG	\$9,088.00	\$6,816.00	\$4,260.00	\$852.00	\$852.00	\$21,868.00
Endoscopia (1)		\$1,034.00				
Costo total de Endoscopia		\$24,816.00				\$24,816.00
Total Promedio de Estancia Intrahospitalaria por reingreso						\$3,241,454.00
Consulta Especialidades por año, tras egreso (3)	96	72	45	9	9	
Consulta Especialidades	\$91,296.00	\$68,472.00	\$42,795.00	\$8,559.00	\$8,559.00	\$219,681.00
Endoscopia al año tras egreso		48				

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La cirrosis es una enfermedad asociada a etapas avanzadas con alto riesgo de complicaciones y descompensación, principalmente peritonitis bacteriana espontánea, hemorragia variceal, encefalopatía hepática, neumonías e infecciones de vías urinarias con riesgo elevado de infecciones graves secundario a múltiples alteraciones del sistema inmunitario.

En México no existen estudios publicados para conocer los principales motivos de reingreso hospitalario en los pacientes cirróticos descompensados, el número de estudios publicados a nivel mundial son limitados y la información poco validada, dentro de los cuales podemos encontrar el estudio publicado por Michael L. Volk, y cols ⁽³⁾, donde reporta que las principales causas de reingresos hospitalarios son infecciones bacterianas, hemorragia variceal, encefalopatía hepática y ascitis, indicando que la presencia de complicaciones en pacientes con

Cirrosis Hepática representa en Estados Unidos más de 150.000 hospitalizaciones, y cuesta casi \$4 mil millones de dólares anuales.

En México, Torres- Delgadillo y cols ⁽¹⁴⁾ realizaron un estudio retrolectivo entre junio de 2011 y junio de 2012, con pacientes con pacientes cirróticos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ), señalando que el costo anual promedio encontrado por paciente fue, para Child-Pugh A \$12 742.00 pesos mexicanos (US \$ 1 026.75), para Child-Pugh B \$39 300.00 (US\$ 3 166.80) y ChildPugh C \$ 88 326.00 (US\$ 3 800.40).

En cuanto a nuestro presente estudio, consideramos es de suma importancia porque no existen antecedentes en México que además de considerar causas de reingreso por cirrosis en pacientes descompensados, nos hablen sobre los costos que generan estos al servicio de salud. Nuestros indicadores nos permitieron encontrar que el costo anual promedio por atención de reingresos de pacientes cirróticos descompensados es de \$3,893,299.00.

La ventaja de la realización de este estudio es que la muestra es mayor a la empleada en otros estudios realizados en México, describiendo las causas de reingreso en pacientes cirróticos descompensados, así como el impacto de cada una de ellas, lo que permite planear medidas de prevención más específicas, y al haber contemplado una unidad de concentración de la población estatal, y basarnos en documentos oficial para cálculo de costos y determinación del porcentaje de presupuesto anual aproximado utilizado para la atención de las causas de reingreso de los pacientes con cirrosis descompensada esperamos se considere como información representativa de lo sucedido con esta patología y se pueda extrapolar a lo sucedido en el resto del país dentro de este sistema de salud (IMSS), así como a otro sistemas de salud (SSA, ISSSTE), para la creación de medidas de prevención adecuadas para estas causas, disminuyendo así costos e impacto dentro del presupuesto asignado a rubro salud de manera nacional.

Existen observaciones a realizar a este estudio, como puntos para fortalecimiento para siguientes protocolos que se pudieran realizar sobre este tema, dentro de los cuales encontramos de mayor a menor importancia, que al realizarse en un hospital de concentración media por encontrarse unidades de tercer nivel, a las cuales se realizan envíos de algunas zonas de manera directa, existen pacientes que no se captan durante el periodo de hospitalización por alguna de las causas de reingreso de cirrosis hepática, otro punto a considerar es la cantidad de pacientes que se captaron de acuerdo al número y tipo de derechohabientes que tiene atención dentro del Instituto Mexicano de Seguridad Social, siendo un aproximado de 83,294,772 contemplando IMSS e IMSS-Oportunidades⁽¹⁵⁾, los cuales no contemplan a gran parte de la población vulnerable -Oportunidades, Seguro Popular, SSA, ISSSTE-, los cuales podrían abarcar a personas con mayor número de factores de riesgo para hepatopatía y descompensación; otro punto es que, al ser retrolectivo no podemos encontrar las causas de descompensas en pacientes con Encefalopatía hepática, y determinar así cuantas de estas son prevenibles. Sin embargo, por el tipo de información recabada y los resultados obtenidos, nos parece que nuestro estudio tiene alta relevancia como base para estudios futuros en otras partes del país.

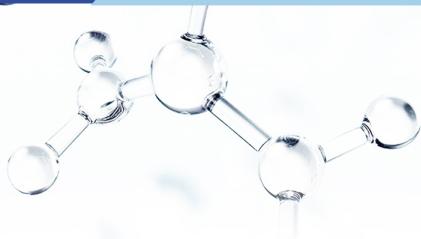
Al no existir previo a la realización de este trabajo evidencia sobre el costo que genera la hospitalización por las principales causas de reingreso de pacientes con cirrosis, este denota la importancia de realizar este tipo de estudio en otras unidades para determinar adecuadamente el impacto que tiene la Cirrosis Hepática en el sistema de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 1.- García BL, González ME, Moreno OR. Cirrosis hepática. Medicine. 2012;11(11):625-633.
- 1ª.- 2.-Romanelli RG, Stasi C. Recent Advancements in Diagnosis and Therapy of Liver Cirrhosis. Curr Drug Target. 2016;17(15):1804-1817.
- 1b.- 3.-Nusrat S, Khan MS, Fazli J, Madhoun MF. Cirrhosis and its complications: evidence based treatment. World J Gastroenterol Mayo 2014 14;20(18):5442-60.
2. 5.-Cárdena A, Sánchez A. Disfunción circulatoria en la cirrosis. Fisiopatología y consecuencias clínicas. Gastroenterol hepatolog. 2003;26(7):447-455.
- 2ª.- 6.-Omar Ramos-Lopez, Erika Martinez-Lopez, Sonia Roman, Nora A Fierro, Arturo Panduro. Genetic, metabolic and environmental factors involved in the development of liver cirrhosis in Mexico. World J Gastroenterol. Nov 7, 2015; 21(41): 11552-11566
3. 4.-Volk ML, Tocco RS, Bazick J, et al. Hospital Readmissions Among Patients with decompensated cirrhosis. Am J Gastroenterol. 2012;107:247-252.
4. 7.-Torre DA. Ascitis. Rev. Gastroenterol Mex. 2008;73(1):123-126.
5. 4.-Ferreti M, Parodi R, Cárcano M, et al. Infecciones en pacientes cirróticos: serie de casos. Rev. Med. Rosario. 2009;75:38-46.
6. 2.- Bellot P, Jara PN, Martínez MB, et al. Problemas actuales en la prevención y tratamiento de las infecciones en pacientes con cirrosis. Gastroenterol Hepatol. 2010;33(10):729-740.
7. 6.-Bellot P, Francés R, Such J. Translocación de productos de origen bacteriano en la cirrosis. Gastroenterol Hepatol. 2008;31(8):508-514
8. 10.-Bernal V, Bosch J. Cirrosis Hepática. Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas. 2011;25:867-890.
- 8ª Alejandro Gonzalez-Ojeda, Gabino Cervantes-Guevara, Manuela Chavez Sanchez, Carlos Dávalos- Cobian, Susana Ornelas-Cazares, et al. Platelet count/spleen diameter ratio to predict esophageal varices in Mexican patients with hepatic cirrhosis. World J Gastroenterol 2014 Feb 28; 20(8): 2079-2084.
9. 8.-Vergara M. Abordaje de las descompensaciones agudas en la cirrosis hepática. CIBERehd.2009;18(1):25-29..
10. 12.-Ferreti M, Parodi R, Cárcano M, et al. Infecciones en pacientes cirróticos: serie de casos. Rev. Med. Rosario. 2009;75:38-46.
11. 11.-García TG, Arun JS. Prevention and Management of Gastroesophageal varices and variceal Hemorrhage in Cirrhosis. Am J Gastroenterology. 2007;102:2086-2102.
- 11a.-Klinová K, Padilla C, Avila JC, Clemente G, Ochoa A. Epidemiology of bacterial infections in patients with liver cirrhosis. Experience in a Spanish tertiary health center. Biomedica 2016 Mar 3;36(1):121-32.
- 11b.- Gennaro D'Amico, Alberto Morabito, Mario D'Amico, Linda Pasta1, Giuseppe Malizia1, Paola Rebora, Maria Grazia Valsecchi. Clinical states of cirrhosis and competing risks. Journal of Hepatology 2018 vol. 68 j 563-576
- 12.
13. Honorable consejo técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social. Anexo 1, Anexo2: Costos unitarios por nivel de atención medica actualizados a 2017 para determinación de créditos fiscales derivados de los capitales constitutivos, inscripciones improcedentes y atención a no derechohabientes. Diario Oficial de la Nación. Acuerdo ACDO.AS3.HCT.291117/275.PDF. Publicado el 28 de diciembre 2017
14. Torre-Delgadillo Aldo, Estradas José, Ramos-Narváez Francisco. El tratamiento y costos de salud por año de pacientes mexicanos con cirrosis en el rubro clínico y endoscópico. Endoscopia, Vol. 25, Núm 4, Octubre - Diciembre 2013



**ATELECTASIA
DEL LÓBULO MEDIO Y SUPERIOR DERECHO
EN UN PACIENTE CON
BRONQUIO TRAQUEAL**



CASO CLÍNICO

ATELECTASIA DEL LÓBULO MEDIO Y SUPERIOR DERECHO EN UN PACIENTE CON BRONQUIO TRAQUEAL

Paola Carolina Rodríguez Rubio MD (1), María Luisa Ramírez Abundis MD (1), Alberto Rodríguez Flores MD (2), Tannia Abigail Quintanilla Torres MD (2), Karen Ivonne Vences Olivares MIP (3), Gabriela Alejandra Bautista Aguilar MD (3) Jorge López Fermín MD (3) David Alejandro Trejo Osornio MD (4), Ernesto Deloya-Tomas MD (3) y Orlando R. Pérez-Nieto MD (3).

1. Departamento de Cirugía General Hospital General Regional número 2, el Marqués, Querétaro.
2. Unidad de Urgencias Medico Quirúrgicas, Hospital General Regional No 2, Monterrey Nuevo León.
3. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General San Juan del Río, Querétaro, México.
4. Unidad de Neumología y Broncoscopia, Hospital General San Juan del Río, Querétaro, México.

Autor de correspondencia: Gabriela A. Bautista Aguilar MD, Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General San Juan del Río, Querétaro, México. E-mail: bagy8919@gmail.com

Financiamiento: El presente artículo no recibió financiamiento de ningún tipo.

Conflictos de interés: Todos los autores declaran no tener conflictos de interés.

Agradecimientos: Ninguno.

RESUMEN

ANTECEDENTES: El bronquio traqueal es una variante anatómica rara que nace de la cara lateral derecha de la traquea en dirección al pulmón derecho en el lóbulo superior, conocido también como bronquio porcino por ser característico de estos animales. Objetivo: Los pacientes hospitalizados que desarrollan atelectasias o neumonía de forma atípica pueden presentar una variante anatómica que predisponga a las mismas y debería considerarse en el abordaje. Descripción del caso: Presentamos el caso de una paciente hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos, posoperada de nefrectomía derecha secundaria a absceso renal que desarrolló atelectasias y neumonía durante su hospitalización asociado a bronquio traqueal diagnosticado por broncoscopia. Conclusión: La presencia del bronquio traqueal es un factor de riesgo para complicaciones pulmonares intrahospitalarias.

PALABRAS CLAVE: Bronquio traqueal, atelectasia, broncoscopia, neumonía.

ABSTRACT

BACKGROUND: The tracheal bronchus is a rare anatomical variant that arises from the right side of the trachea towards the right lung in the upper lobe, also known as the porcine bronchus because it is characteristic of these animals. Objective: Hospitalized patients who develop atypical atelectasis or pneumonia may present an anatomical variant that predisposes them and should be considered in the approach. Case description: We present the case of a patient hospitalized in the Intensive Care Unit, after a right nephrectomy secondary to a renal abscess, who developed atelectasis and pneumonia during her hospitalization associated with a tracheal bronchus diagnosed by bronchoscopy. Conclusion: The presence of the tracheal bronchus is a risk factor for in-hospital pulmonary complications.

KEYWORDS: Tracheal bronchus, atelectasis, bronchoscopy, pneumonia.

ANTECEDENTES

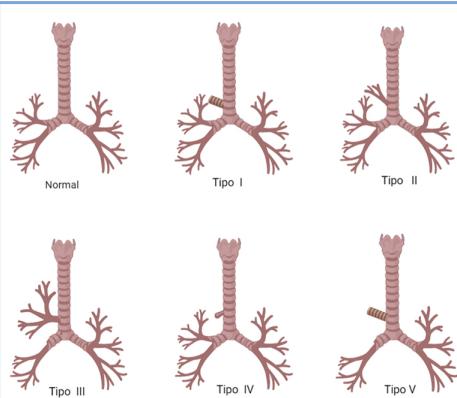
La tráquea comienza a la altura de la sexta vértebra cervical con una longitud de 10 a 13 cm, se bifurca a nivel de la sexta vértebra torácica, posee de 16 a 20 cartílagos traqueales y a nivel del último se encuentra una cresta interna denominada "carina" que en una vista intraluminal da el aspecto característico de ojos de búho durante una broncoscopia. Después de la tráquea las siguientes estructuras anatómicas son los bronquios principales derecho e izquierdo, cada uno se extiende desde la bifurcación traqueal hasta el hilio del pulmón correspondiente, considerando que el pulmón derecho tiene 3 lóbulos y el izquierdo tiene 2, el bronquio derecho, es más corto y de mayor diámetro (2.5 cm). La longitud del bronquio principal izquierdo, aunque es casi el doble de la del bronquio principal derecho, sigue un trayecto más oblicuo y lateral hacia la izquierda, tiene un trayecto mediastínico más largo, un menor diámetro y un espacio peribronquial pequeño en su trayecto a través del túnel subaortico, lo que hace que el pulmón izquierdo sea más vulnerable a los procesos bronquiectásicos tanto en frecuencia como en gravedad¹.

El bronquio traqueal es una anomalía que nace de la pared traqueal derecha y discurre hacia el lóbulo superior, se tiene registro de esta variante desde 1785 y existe la hipótesis de que el origen de esta malformación está dado por la regresión en las yemas traqueales dentro de la vida uterina⁽²⁻⁴⁾.

En animales como cerdos, ovejas, cabras, camellos, jirafas y cisnes el bronquio del lóbulo superior derecho (LSD) se origina en la tráquea derecha y recibe el nombre de bronquio de cerdo o porcino, en humanos se puede presentar con una frecuencia de 0,1% a 3 %, pueden ser congénitos o adquiridos y variar en su forma y ubicación^{2,3}.

En humanos, el bronquio traqueal corresponde a un bronquio superior derecho que tiene origen en la pared lateral derecha de la tráquea a 2 cm de la carina, esto mantiene el segmento apical del LSD ventilado. Pueden existir bronquios traqueales displásicos que culminan en algo similar a un fondo de saco ciego siendo en este caso denominado como divertículo traqueal o bien llegan a ventilar un solo lóbulo el cual se vuelve hipoplásico^{2,3,5,6}. El bronquio traqueal se asocia con mayor presencia de complicaciones pulmonares infecciosas, bronquiectasias, bronquitis crónica, enfisema focal, quistes congénitos, atelectasias, atrapamiento aéreo y neumotórax^{2,3,7,8}.

La clasificación por imagen del bronquio traqueal se muestra en la figura 1.



CLASIFICACIÓN DE LA PRESENTACIÓN DEL BRONQUIO TRAQUEAL.

Una atelectasia es una pérdida de volumen en una porción pulmonar, que puede ocasionar el colapso de un subsegmento, segmento, lóbulo pulmonar o del pulmón completo, manifestándose con datos clínicos de insuficiencia respiratoria como hipoxemia, hipercapnia e incremento del trabajo ventilatorio que comúnmente amerita soporte respiratorio^{9,10}. Cuando se presenta una atelectasia en el LSD, este tiende al colapso y a desplazarse en dirección cefálica y medial produciendo una opacidad apical triangular visible en la radiografía de tórax, puede estar acompañadas de una elevación del hilio derecho y la cisura menor, con contorno convexo cefálico.

El colapso medial puede imitar una masa paratraqueal derecha en la radiografía de tórax simulando ensanchamiento del mediastino, mientras que la parte lateral también llamada atelectasia periférica, puede generar una opacidad que simula una masa o un derrame pleural loculado¹⁰.

OBJETIVO

Los pacientes hospitalizados que desarrollan atelectasias o neumonía de forma atípica pueden presentar una variante anatómica que predisponga a las mismas y debería considerarse en el abordaje. Presentamos un caso ejemplar de una paciente posquirúrgica hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que presentó atelectasia del LSD y neumonía diagnosticada por broncoscopia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLINICO

Paciente femenino de 56 años, diabética e hipertensa de larga evolución, ingresada a la UCI con diagnóstico de choque séptico secundario a absceso renal derecho, posoperada de nefrectomía. Ingrera con ventilación mecánica invasiva, por lo que se realiza protocolo de retiro del ventilador mecánico y es extubada con éxito dentro de las primeras 24 horas, requiriendo oxígeno suplementario con cánulas nasales administrado a 1 L/min, manteniendo saturación arterial de oxígeno de 98 a 100%. Al séptimo día postextubación, la paciente presenta insuficiencia respiratoria aguda, ameritando ventilación no invasiva con presión positiva, obteniendo mejoría parcial y transitoria, se solicita una radiografía de tórax portátil en la que se observa opacidad a nivel del lóbulo medio con pérdida de perfil cardiaco derecho, sugestivo de atelectasia total del lóbulo medio. Al no presentar mejoría en la insuficiencia respiratoria e incrementar el trabajo ventilatorio se decide realizar secuencia de intubación rápida y ventilación mecánica invasiva, con lo que se logra

una mejoría en la oxigenación. Se realiza una tomografía de tórax en la que se observa atelectasia total del LSD y resolución de atelectasia de lóbulo medio.

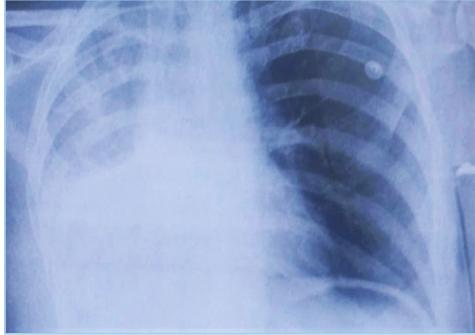
Se realiza broncoscopia flexible con el objetivo de resolver la atelectasia residual, observando la emergencia del bronquio del LSD a nivel traqueal a 1.5 cm de carina principal, además del bronquio intermedio con rotación horaria a un radio de las 3 y ectasia ductal, compresión extrínseca de lóbulo medio con rotación horaria en radio de las 11 y ectasia ductal, bronquio de lóbulo medio con compresión extrínseca y ectasia ductal y secreciones provenientes del segmento 8, por lo que se permeabiliza el bronquio traqueal y se resuelve la atelectasia, logrando extubación exitosa dentro de las siguientes 48 horas.

CONCLUSIÓN

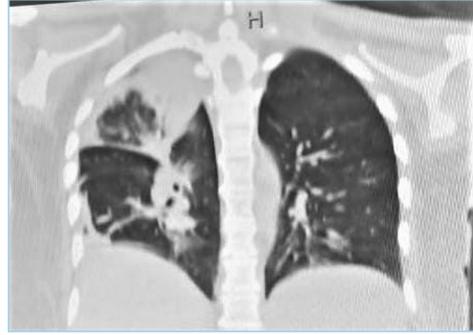
La presencia del bronquio traqueal es un factor de riesgo para complicaciones pulmonares intrahospitalarias.



FOTOGRAFÍA OBTENIDA POR BRONCOSCOPIA FLEXIBLE DONDE SE OBSERVA LA EMERGENCIA DEL BRONQUIO TRAQUEAL DEL LÓBULO SUPERIOR DERECHO A 1.5 CM DE CARINA PRINCIPAL.



RADIOGRAFÍA OBTENIDA POR BRONCOSCOPIA FLEXIBLE DONDE SE OBSERVA LA EMERGENCIA DEL BRONQUIO TRAQUEAL DEL LÓBULO SUPERIOR DERECHO A 1.5 CM DE CARINA PRINCIPAL.



CORTE CORONAL DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX EN EL QUE SE OBSERVA ATELECTASIA TOTAL DEL LÓBULO SUPERIOR DERECHO, RESOLUCIÓN DE ATELECTASIA DE LÓBULO MEDIO.

REFERENCIAS:

- 1.- John E. Skandalakis, Gene L. Colborn, Thomas A. Weidman, Roger S. Foster, Andrew N. Kingsnorth, Panajiotis N. Skandalakis, Petros S. Mirilas, Michael G. Sarr. Skandalaki's Cirugía: con Bases anatómicas y embriológicas de la cirugía. 1ra Ed. Marban; 2015.
2. Hyunjeong Kim, Young Tong Kim, Sung Shick Jou, Woong Hee Lee, True Tracheal Bronchus: Classification and Anatomical Relationship on Multi-Detector Computed Tomography, J Korean Soc Radiol 2017;76(4):264-27
3. Tamara Palavecino B , Bronquio cardíaco accesorio y otras variantes de la anatomía tráqueo-bronquial, Rev Chil Enferm Respir 2017; 33: 131-136
4. Bremer JL. Accessory bronchi in embryos; their occurrence and probable fate. Anat Rec 1932;54:361-374
5. Ghaye B, Szapiro D, Fanchamps JM, Dondelinger RF. Con- genital bronchial abnormalities revisited. Radiographics 2001;21:105-119
6. Suzuki M, Matsui O, Kawashima H, Takemura A, Matsubara K, Hayashi N, et al. Radioanatomical study of a true tracheal bronchus using multidetector computed tomography. Jpn J Radiol 2010;28:188-192
7. Hong MJ, Kim YT, Jou SS, Park AY. Tracheobronchial branch- ing anomalies. J Korean Soc Radiol 2010;63:149-159
8. Jou SS, Kim YT, Bae WK, Kim IY, Kim HH, Han JK. Evaluation of tracheal and main bronchial diverticula using thin-sec- tion MDCT. J Korean Soc Radiol 2010;62:123-130
9. Randy Josué García Arguello, Atelectasia lobar, Revista Médica Sinergia, Abril 2017, Vol. 2, pag: 12-15.
10. Clauzure Marisol, Atelectasia de lóbulo superior del pulmón derecho: signos radiológicos, RAMR, 2018, Vol. 2, pag:125-128.



¡PROMOCIÓN DE REGRESO A CLASES!

0979325279

www.mibiogen.com

¡Atención papás y mamás!...

Por tan solo **\$10** le ofrecemos un importante control para sus hijos:

1. HEMOGRAMA AUTOMATIZADO
2. GRUPO SANGUÍNEO
3. COPROPARASITOLÓGICO

¿Para que sirven los resultados del análisis?

1. Para conocer tipo de sangre.
2. Revisar cómo están sus defensas
3. Medir su hemoglobina y ver si puede afectar su rendimiento de estudio.
4. Detectar parásitos que puedan afectar su estado nutricional.

Algunas consideraciones:

- No necesita estar en ayunas
- Aplica para estudiantes de primaria, secundaria y universitarios

ANUNCIO MEDIA CARTA

TU SALUD ES LO PRIMERO



GASTROENTEROLOGÍA

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS CON SEDACIÓN:

- Video endoscopia alta
- Video colonoscopia
- Test de aliento
- Balón gástrico
- Ligadura se hemorroides
- Biopsia patológica y test de ureasa
- Ligadura de varices esofágicas



DR. RUSLAN GOLOVLOV / CMP: 63157 RNE: 39606

Médico egresado de la Universidad Mayor de San Marcos.

Capacitado en la detección

ANUNCIO 1/4 CARTA

CONSULTA MÉDICA PRESE

963705795

www.ruslangolovlov.com

post procedimientos



Afiliados



Condiciones: Pago de contado, tarjeta

Exclusiones: No aplica descuento Hemodilatión, Pac.

ANUNCIO 1/4 CARTA



EL PAPEL ACTUAL DE LA NUTRICIÓN EN EL MANEJO DE LA DIABETES



ARTÍCULO DE REVISIÓN NACIONAL

EL PAPEL ACTUAL DE LA NUTRICIÓN EN EL MANEJO DE LA DIABETES

LN ED Mariel Lizzete Belem Reséndiz (1) (2)

1. Centro de Investigación en Enfermedades Hepáticas y Gastroenterología, Hidalgo, México.

2. Asociación Mexicana de Nutriología.

INTRODUCCIÓN.

El papel de la nutrición es fundamental en el tratamiento de la diabetes (en cualquiera de sus 4 categorías de clasificación de acuerdo a la American Diabetes Association).¹³ Sin embargo son pocos los profesionales de la salud que le dan dicha importancia a la colaboración multidisciplinaria o a la referencia de los pacientes al área de nutrición. El objetivo de este artículo es dar a conocer la complejidad de los procesos de atención nutricia, sus ventajas y beneficios implícitos directamente en la salud de los pacientes que viven con diabetes.

PRECEDENTES DE LA NUTRIOLOGÍA.

La nutriología es una disciplina joven dentro de las ciencias de la medicina. Fue diferenciada del resto como profesión desde inicios del siglo XX.¹

Las nutriólogas comenzaron a trabajar por primera vez en hospitales a finales del siglo XIX y posteriormente su incorporación fue más que nada propiciada a raíz de la primera guerra mundial. Siendo uno de sus principales objetivos ayudar a mejorar y monitorear la salud de los veteranos de guerra. Posteriormente las nutriólogas pasaron a incorporarse paulatinamente en la práctica pública y privada, cobrando mayor relevancia en su papel conforme el progreso científico de la época fue surgiendo, justo cuando se buscaba la comprensión del ser humano y la manipulación de su fisiología mediante los alimentos y los efectos de los nutrientes específicos en el organismo.

CÓMO ERA EL TRATAMIENTO NUTRICIÓN DE LA DIABETES A INICIOS DEL SIGLO XX.

La evidencia del descubrimiento en el antiguo Egipto del término "orina dulce" tiene aproximadamente 3,000 años y desde ese tiempo a las personas que viven con diabetes se les ha dado una serie de consejos sobre qué comer y qué beber con base a las creencias o teorías más que en base a la evidencia. Desde "dietas de hambre" es decir; dietas muy bajas o muy altas en carbohidratos, o dietas muy bajas o altas en grasas, hasta suplementos que prometen ser la "cura" de la diabetes.²

Según Hill and Eckman en 1917 así se trataba a una persona que vivía con diabetes: Después de ser hospitalizado, el paciente se mantenía en ayuno durante 48 horas para evaluar la magnitud de su diabetes. No se le permite ningún alimento a excepción de caldo, whisky (en adolescentes o adultos) o café negro: 1 onza cada dos horas de 7am a 7pm.

Esto les aportaba aproximadamente 800 Kcal. El whisky no era parte esencial del tratamiento, solo les proporcionaba algunas calorías y los tenía algo más cómodos mientras se mantenía el ayuno. Durante el ayuno de 1 a 2 días, se iba monitoreando el peso y los niveles de glucosa en la orina hasta que no existieran rastros de glucosa "sugar free". Posteriormente, se iban agregando a la dieta primero las proteínas (1 a 2 gramos/kg/día), después las grasas y un total de 10 gramos de carbohidratos al día. Se seguían vigilando los niveles de glucosa en orina. En caso de que volviera a aparecer glucosa en orina se repetía el proceso de ayuno y el reingreso gradual de los alimentos. Posterior a eso, el tratamiento nutricio consistía en un aporte de no más de 125 g. de carbohidratos al día en pacientes con una diabetes "menos severa".³ Hay que recordar que la clasificación de la diabetes no fue hasta 1936 por el doctor Sir Harold Percival Himsworth quien clasificó la diabetes como tipo I y tipo II ya que antes se diferenciaba como diabetes leve o diabetes severa.⁵ No fue hasta 1996 que la American Diabetes Association cambió la nomenclatura y migró a escribir Diabetes Tipo 1 y Diabetes Tipo 2, así mismo agregó una tercera y cuarta clasificación etiológica de la diabetes: la Diabetes Gestacional y la de otros tipos específicos de diabetes.¹⁵

Antes de que Charles Best y Frederick Banting descubrieran la insulina en 1921, los niños que vivían con Diabetes Tipo 1 sobrevivían un promedio de 11 meses tras el diagnóstico y la "Dieta Allen" era la única opción para prolongar la vida de quienes vivían con ella.

TRATAMIENTO MÉDICO-NUTRICIONAL DE LA DIABETES

Hasta hace no tantos años, las guías de nutrición en todo el mundo hacían recomendaciones con base a porcentajes de distribución de macronutrientes (proteínas, lípidos y carbohidratos) sin embargo en recientes años con el desarrollo del Tratamiento Médico Nutricio4 (TMN) en 1994 esas recomendaciones pasaron de ser anecdóticas a recomendaciones basadas en la evidencia. Un ejemplo de esas recomendaciones es la aun famosa creencia de que las personas que viven con diabetes “no deben” comer azúcar o alimentos que contengan azúcar. Esta información se basa meramente en asumir que como los azúcares son moléculas de fácil absorción y tienen que ver con la elevación de los niveles de glucosa en sangre no importa su fuente, es decir que comer 15 gramos de azúcares presentes en una manzana sería lo mismo que comer 15 g de azúcares de un caramelo, lo que es totalmente arbitrario. Compréndase al TMN como el uso de servicios de nutrición específicos para tratar una enfermedad, lesión o condición e involucra dos fases:⁷

- 1) Evaluación del estado nutricional del paciente.
- 2) Tratamiento, que incluye terapia nutricional, asesoramiento y el uso de suplementos nutricionales especializados.

Desde el 2011 diferentes organizaciones han publicado dentro de sus guías de tratamiento basadas en evidencia la promoción del tratamiento individualizado, centrado en el paciente y haciendo hincapié primero en la calidad de los macronutrientes de la dieta, seguido de la cantidad o distribución, y aquí recalco que esto se hace sin declarar ninguna distribución específica ya que esta depende totalmente del paciente, sus gustos, costumbres, objetivos de vida, religión, comorbilidades, objetivos de salud, health literacy, capacidad cognitiva, acceso a alimentos y hasta región geográfica.⁸⁻¹²

Estos cuatro pasos son necesarios para ayudar a los pacientes a adquirir y mantener el conocimiento, las habilidades, las actitudes, los comportamientos y el compromiso para enfrentar con éxito los desafíos del autocontrol diario de la diabetes.¹⁴

Las recomendaciones del TMN sugieren seguir un patrón dietético de alimentación saludable el cual consiste en consumir una gran variedad de alimentos de alta calidad, densos calóricamente, que promueven una salud óptima y bienestar. Este patrón dietético se enfoca en la calidad de los alimentos y en una elección saludable, y menos en los porcentajes de distribución, es decir, que una persona podría consumir una dieta considerada “energéticamente alta” y presentar niveles de glucosa adecuados, así como de triglicéridos, colesterol, peso y otros marcadores metabólicos.

La densidad de los nutrientes es la medida de la cantidad de nutrientes que contiene un alimento comparado con el número de calorías, por ejemplo: las frutas, las verduras, los cereales de grano entero, la leche, las leguminosas.

Efectividad del Tratamiento Médico Nutricio.

Las guías de práctica clínica reportan que con un adecuado TMN aplicado por nutriólogas certificadas se pueden reducir los niveles de Hemoglobina glucosilada (A1C) de un 0.3 a 2% en adultos con diabetes tipo 2 después de 3 meses de intervención, y bajar de 18 a 61 mg/dL de glucosa en ayuno en el mismo periodo. Continuando con un adecuado TMN los niveles de A1C mejoran o se mantienen de un 0.6 a 1.8% por más de 12 meses.

En adultos que viven con diabetes tipo 1 se pueden reducir los niveles de A1C de 1 a 1.9% a los 6 meses de TMN continuo.⁸

EL TRATAMIENTO MÉDICO-NUTRICIONAL DE LA DIABETES VA MÁS ALLÁ DE SOLO DAR UNA DIETA.

Esta idea preconcebida de que solo se va a la nutrióloga para que les diga a los pacientes qué sí y no comer ha sido perpetuada por años, incluso entre mismos profesionales de la salud diferentes a la nutrición debido a que se ha considerado una ciencia relativamente joven dentro del campo de la salud. Sin embargo, la labor del nutriólogo va mucho más allá y esto es evidente cada vez más tanto en las guías como en la práctica clínica.⁸⁻¹²

La educación en diabetes es parte fundamental del tratamiento de las personas que viven con diabetes y prioritario que los profesionales de la salud que vean pacientes que viven con diabetes conozcan lo básico sobre esta área.

Ayudar a las personas que viven con diabetes a desarrollar comportamientos de salud positivos y mantener el bienestar psicológico son fundamentales para lograr los objetivos del tratamiento de la diabetes y maximizar la calidad de vida. Para lograr estos objetivos son esenciales: la educación y el apoyo para el autocontrol de la diabetes (por sus siglas en inglés DSMES), la Terapia Médico Nutricia, la actividad física de rutina, el asesoramiento para dejar de fumar cuando sea necesario y la atención psicosocial.

CONCLUSIONES

Existen diferentes tipos de dietas o patrones dietéticos que se asocian a una mejora en el tratamiento de la diabetes, si hay que nombrar alguna que sea la "ganadora" podríamos decir que la dieta mediterránea se lleva el puesto número unos, sin embargo hay muchos puntos a considerar: el principal es que en México no podemos llevar fielmente este tipo de dieta porque incluye una variedad de alimentos que no tenemos o no acostumbramos en nuestro país, por lo que nuestra mejor alternativa es "tropicalizarla" a un patrón dietético de nuestra región, por ejemplo, la dieta de la milpa. Ahora, recordando que no hay un porcentaje ideal de carbohidratos, proteínas y lípidos para el tratamiento nutricio de la diabetes.

La calidad de las grasas y carbohidratos son más importantes que la cantidad consumida de estos macronutrientes.⁸⁻¹² Es decir, NO existe un porcentaje recomendado de macronutrientes, lo mejor será individualizar siempre las recomendaciones del Tratamiento Médico Nutricio de cada paciente por parte de una nutrióloga capacitada.

Dentro de la consulta de nutrición es preciso incluir sesiones de educación en diabetes con temas puntuales como conteo de carbohidratos, carga e índice glucémico, lectura de etiquetas, prevención de complicaciones agudas de la diabetes (hipoglucemia e hiperglucemia), técnica de inyección de insulina, importancia de la toma de los medicamentos, interacciones farmacológicas con alimentos, identificar signos y síntomas de comorbilidades asociadas a la diabetes, etc.

Declaración de conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cannon G. The rise and fall of dietetics and nutrition science, 4000 BCE-2000 CE. Public Health Nutr. 2005;8(6a):701-5. DOI <https://doi.org/10.1079/phn2005766>.
2. Franz MJ, MacLeod J, Evert A, et al. Academy of Nutrition and Dietetics Nutrition Practice Guideline for Type 1 and Type 2 Diabetes in Adults: systematic review of evidence for medical nutrition therapy effectiveness and recommendations for integration into the nutrition care process. J Acad Nutr Diet 2017;117:1659–1679.
3. Edwards A (2015) An introduction to carbohydrate counting in type 1 diabetes. Journal of Diabetes Nursing 19: 73–7
4. Pastors JG, Warshaw H, Daly A, Franz M, Kulkarni K. The evidence for the effectiveness of medical nutrition therapy in diabetes management. Diabetes Care. 2002 Mar;25(3):608-13. doi: 10.2337/diacare.25.3.608. PMID: 11874956.
5. Himsworth, H. P. (1936). Diabetes mellitus. Its differentiation into insulin-sensitive and insulin-insensitive types. Lancet, 230, 127-130.
6. Hill LW, Eckman RS (1915) Starvation (Allen) Treatment of Diabetes. WM Leonard, Boston, MA, USA
7. American Dietetic Association: ADA's definition for nutrition screening and nutrition assessment. J Am Diet Assoc 94:838– 839, 1994
8. Academy of Nutrition and Dietetics. Diabetes type 1 and 2 evidence-based nutrition practice guideline for adults, 2015. Academy of Nutrition and Dietetics Evidence Analysis Library. Available from <http://www.andeal.org/topic.cfm?menu=5305>. Accessed September 2016.
9. Evert AB, Boucher JL, Cypress M, et al. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. Diabetes Care 2013;36:3821–3842.
10. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Nutrition therapy. Can J Diabetes 2013;37:S45–55.
11. Dyson PA, Kelly T, Deakin T, et al. Diabetes UK evidence-based nutrition guidelines for the prevention and management of diabetes. Diabet Med 2011;28:1282–1288.
12. American Diabetes Association; Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. Diabetes Care 1 January 2022; 45 (Supplement_1): S1–S2.
13. American Diabetes Association Professional Practice Committee; 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. Diabetes Care 1 January 2022; 45 (Supplement_1): S17–S38.
14. Tinker LF, Heins JM, Holler HJ: Commentary and translation: 1994 nutrition recommendations for diabetes. J Am Diet Assoc 94:507–511.
15. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus; Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1 January 2003; 26 (suppl_1): s5–s20.

DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL



LABORATORIO CLÍNICO



DICESA

LABORATORIO DE
ANÁLISIS CLÍNICOS
en el dispensario médico a muy bajo costo

·PROXIMAMENTE

ANUNCIO FULL PAGE



CLÍNICA DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA

Ofrece a nuestros afiliados
al presentar su tarjeta:



\$450.00
CONSULTA CON EL
ESPECIALISTA

50%
de descuento en
• TRATAMIENTO
SUBLINGUAL
• VACUNAS ESPECIALES
• ESTUDIOS
DE LABORATORIO

Bajío 189, Col. Roma Sur,
Del. Cuauhtémoc, CP 06760, México, CDMX.

Teléfono: 5564 00 ANUNCIO CARTA

MÁS ALLÁ DE LA MEDICINA EL ARTE EN LA MEDICINA

ERICK ALBERTO LICONA SAMPERIO

"La práctica de la medicina es un arte basado en la ciencia" -William Osler, médico canadiense.

RESUMEN

Por múltiples razones, existe una tendencia creciente a utilizar la palabra técnico para referirse al médico. Nadie habla ya de la medicina como un arte. Las palabras tienen significados y contextos que se deben rastrear en el pasado, para poder utilizarlas correctamente. El pasado nos da referencias éticas de enorme importancia para el ejercicio profesional.

ABSTRACT

For multiple reasons, there is a growing tendency to use the word Technician to refer to the Physician. No one talks about Medicine as an Art anymore. Words have meanings and contexts that must be traced back to the past, in order to use them correctly. The challenge is not minor because the very definition of current medicine is at stake. The past gives us ethical references of enormous importance for professional practice.

INTRODUCCIÓN

La Medicina, además de ciencia y habilidades técnicas, también es empirismo, "ojo clínico", conocimiento de la realidad del paciente en su contexto biopsicosocial, es experiencia y sentido común.^{1,2,3}

"Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experimentum periculosum, iudicium difficile" que significa: "La vida es breve, el arte es largo, la ocasión fugaz, la experiencia peligrosa, el juicio difícil". Este es el primer aforismo de Hipócrates; expone allí las dificultades de toda disciplina práctica más allá de la medicina.³

Arte y técnica no son sinónimos, si bien tienen una raíz común. En el devenir histórico se produce una escisión en el significado de las palabras que diferencia "arte" de "técnica". En el presente al arte se le atribuye un sentido estético, mientras que, a la palabra técnica, se le atribuye un sentido utilitario y el carácter de brazo ejecutor de la ciencia.^{3,4}

En la sociedad actual en la que estamos inmersos, gracias al progreso de la ciencia, la técnica se ha desarrollado vertiginosamente, lo que permite dar solución a casi todas las necesidades vitales del cuerpo, mientras que el arte se ha enclaustrado, y se mantiene como un oasis en el desierto, que permite obtener agua para algunas necesidades fundamentales del espíritu. La creación artística busca provocar algo en alguien, que no se sabe quién es, pero que se sabe estará allí recibiendo un mensaje.⁴

HUMANISMO EN EL EJERCICIO MÉDICO

«Quien sólo de medicina sabe, ni medicina sabe» -Letamendi

El ser humano sano o enfermo, desnudo ante sí mismo, despojado de toda vacuidad, humildemente liberado de toda veleidad, como sujeto y destino de nuestra curiosidad científica y responsabilidad como médicos, es un ser animado que sueña y que sufre, es una individualidad que gravita en tiempo y espacio, sometida a las características propias de su entorno ambiental y sociocultural, pero igualmente dependiente de condiciones generales, universalmente aceptadas como propias de su condición humana.^{5,6}

Coincidimos con el sujeto de paciencia, razonablemente etiquetado como paciente,

en esa situación de temporalidad que nos aproxima, por circunstancias puramente fortuitas de obligada complementación: el uno está enfermo y el otro debe analizarlo, estudiarlo, diagnosticarlo y sanarlo. Pero el contacto inicial se establece a partir de un trato impersonal, cuando no distante, que le confiere a la relación médico paciente, como esencia fundamental del acto médico, unas bases injustamente precarias: la confianza y la esperanza del enfermo son sustituidas por aprensión, desencanto, escepticismo y frustración finales. No aprendimos a escuchar al paciente, a interpretar sus silencios y a investigar la razón de ser de sus actitudes. Olvidamos que la medicina es arte y ciencia al servicio del hombre, para aliviar su dolor, prevenir la aparición de enfermedades, promover una vida saludable y rehabilitar su perdida integridad física y mental.^{4,5,6}

INDUSTRIALIZACIÓN EN LA MEDICINA

Hemos ido perdiendo, de manera acelerada, el respeto y el afecto se nuestros conciudadanos y, en consecuencia, hemos descendido en la escala zoológica humana en la misma proporción que nuestro superego nos ha bloqueado la capacidad de presentir, avisar y, finalmente, constatar la catástrofe. La relación médico paciente pasó de ser un ejercicio saludable de la amistad, la solidaridad y el respeto por la dignidad humana, fundamentados en una vocación de servicio a nuestros semejantes, a un encuentro de individuos que no se presentan, tampoco se aproximan ni mucho menos tendrán puntos de convergencia. No se dispone del tiempo suficiente para saludar con calidez, conversar con genuino interés sobre la estructura de su núcleo familiar y sus antecedentes patológicos y, mucho menos, sobre los conflictos de su entorno laboral, sociocultural, religioso, ambiental y sexo afectivo.⁵

La imagen contemporánea del médico en ejercicio es la del mercader que oferta y vende sus servicios a un alto costo, interesado en recuperar a muy corto plazo y lo antes posible, la inversión monetaria de su entrenamiento, obcecado en acrecer su patrimonio económico y su estatus social, poco receptivo y preocupado por su paciente. Probablemente su excelente calificación académica y profesional no logre disimular su precaria condición humana.⁶

El médico no es un artista cuando entretiene, mientras la naturaleza cura la enfermedad. Se es un "artista", cuando hace bien su tarea, cuando técnicamente es excelente y, además, cuando ve al enfermo como un todo y sabe tratarlo de forma personal e individual.^{6,7}

RESCATANDO EL HUMANISMO MÉDICO

Se propone, de esta manera, considerar la necesidad de promover desde la academia la pedagogía con amor, evitando el maltrato hacia el estudiante, con una enseñanza que promueva valores y empatía hacia sus pares, sus superiores y, sobre todo, hacia sus pacientes.⁷

CONCLUSIÓN

El médico a partir de sus conocimientos aplica su arte. El arte médico persigue un fin práctico relacionado con la salud de un ser humano. Se requiere de juicio clínico, intuición, comprensión, compasión, empatía, utilización de las tecnologías esenciales: escuchar, mirar, hablar, tocar al paciente. La historia del arte médico demuestra que la profesión está condicionada por la vocación de servicio y el uso adecuado, mediado por códigos éticos existentes desde la antigüedad, del poder que otorga su ejercicio.^{6,7}

REFERENCIAS

- Adolfo Vera-Delgado, M. (2004). Humanismo y medicina, y algunas reflexiones pertinentes. Revista Colombiana de Cardiología, 270-276.
- Berenguer, D. Á. (2012). ¿Por qué la medicina sigue siendo un arte? Medicina y Sociedad: reflexiones, 1-36.
- Leguizamón, C. R. (2017). ¿Medicina: arte o ciencia? Una reflexión sobre las artes. EducaciónMédica, 359-368.
- Pentón, D. D. (2014). El arte de la medicina: ética, vocación y poder. Panorama Cuba y Salud, 31-41.
- Ponce, D. (13 de Abril de 2017). SI LA "MEDICINA ES UN ARTE", ¿EL MÉDICO ES UN ARTISTA? Obtenido de SI LA "MEDICINA ES UN ARTE", ¿EL MÉDICO ES UN ARTISTA?: <https://www.doctorponce.com/medicina-arte-medico-artista/>
- Salcedo, P. H. (6 de Noviembre de 2019). Revista UNAM. Obtenido de <https://www.revista.unam.mx/2019v20n6/observacion-la-importancia-del-arte-en-la-medicina/>
- TOPOLANSKI, D. R. (2010). EL ARTE Y LA MEDICINA. . CAPÍTULO 1 ALEGORÍAS. EL ARTE Y LA MEDICINA, 31-54.



**Beneficios para afiliados
de la tarjeta Médica A-1**



**Consulta de
Medicina General**
\$300. 00

**Consulta
Especialidad**
\$450. 00

Consultas al tel:
57798686
ext. 1437, 1434 y 1069

**35% de descuento en
servicios de laboratorio e
imagen (24hrs, 365 días)**
*Aplican restricciones.

Precio preferencial en:
Tomografía Simple,
Tomografía Contrastada
y Mastografías

**10% de descuento en
servicios hospitalarios**
*Aplican restricciones.

ANUNCIO 1/4 CARTA



Cuidamos
con amor,
servimos con
excelencia



**paquete
Check Up**



INCLUYE:

- Biometría hemática completa
- Química sanguínea (glucosa, urea creatinina, ácido úrico, colesterol y triglicéridos)
- Examen general de orina

Precio Especial

\$350.00

> Descuento

Aplica en Estudios de Rutina

20%

MATRIZ

Av. Revolución #1016 Col.
Periodistas, Pachuca, Hgo.

> Descuento

Aplica en Estudios de Especiales

10%

SUCURSALES:

Alende, Hospital General, Villas del Alamo, Club de Golf, San Javier, Palmar.
Aplican Restricciones

(771) 713 17 69
(771) 714 60 81

laboratoriocoahuila

www.laboratoriocoahuila.com

ANUNCIO 1/4 CARTA



Hospital
San Ángel Inn
UNIVERSIDAD

**SERVICIO
24 HORAS**

- Partos
- Cirugía
- Biopsias
- Cesáreas
- Urgencias
- Laboratorio
- Mastectomía
- Imagenología
- Lipoescultura
- Hospitalización
- By-Pass Gástrico
- Consulta Externa
- Manejo del Dolor
- Hemorroidectomía
- Fisurectomía Anal
- Circuncisión Adulto
- Clínica de Obesidad
- Herniplastía Inguinal
- Apendicectomía por Laparoscopia
- Laparoscopia Diagnóstica Ginecológica



www.hospitalsanangelinn.com.mx
contacto@dalinde.com

Av. Río Churubusco 601

ANUNCIO MEDIA CARTA



HISTORIA DE LA CASA MÉDICO HIDALGUENSE

M.C.E. MARÍA GEORGINA ZAPATA MENCHACA

M.C.E. NORMA PATRICIA REYES BRITO

M.C.E. ADRIANA EDITH PASTEN ZAPATA.

INTRODUCCIÓN.

Conocer nuestro patrimonio cultural, es conocer nuestra identidad. Este documento pretende ser el inicio de un trabajo, que se ha planeado para conocer los antecedentes históricos del hoy Colegio Médico Hidalguense, Federación de Colegios Médicos del Estado de Hidalgo. En este momento solo haré una descripción de la información que he teniendo en mis manos, a la que doy un gran valor y de la que he disfrutado conocer, además de sentirme orgullosa de lo encontrado y con respeto quiero compartir.

La revista "Acta Médica Hidalguense" es un documento de donde tome la mayor parte de mi narración, de los libros que han escrito compañeros médicos, algunos para mantener el recuerdo de un familiar, actor de una etapa del desarrollo del Colegio, otros para compartir el espejo de la sociedad, la cultura y de los individuos que nos inspiran y la crean; obtenidos a través del recurso de la historia oral de médicos y familiares. He dividido la información en 4 estapas: I. Sindicato Médico Hidalguense de 1926 a 1977 (51 años), Colegio Médico Hidalguense de 1977 a 2006 (29 años), Colegio Médico Hidalguense, Federación de Asociaciones, Sociedades y Colegios del Estado de Hidalgo del 2006 al 2011 (5 años), y del 2011 a la fecha como Colegio Médico Hidalguense, Federación de Colegios Médicos del Estado de Hidalgo (10 años).

Describiré a fondo la primera fase, porque considero que es el cimiento de lo que somos, y es prioritario conocerla; las demás etapas las mencionare, para después realizar una descripción más detallada. Éste es el inicio de un documento tan completo hasta donde sea posible, a través de una investigación profesional que se ha planeado por la actual administración y que se consolidará en un libro histórico.

SINDICATO MÉDICO DE HIDALGO.

Es difícil tener una fecha exacta de la constitución del Sindicato Médico Hidalguense, aunque según la investigación histórica realizada por el Dr. Silvete A. Sánchez Meneses refiere que los Médicos que trabajaban en el primer Hospital Civil de Pachuca, en el Sanatorio Beneficencia Española y en consultorios particulares, siempre en competencia con los curanderos y charlatanes que a menudo llegaban a Pachuca y que contaban con el apoyo o la indiferencia de las autoridades sanitarias, tenían fervientes seguidores y admiradores, lo que no sucedía con los médicos que esperaban a ser primero conocidos por los pacientes para ganarse su confianza, a fin de que regresaran a sus consultorios. Cabe mencionar que en ese tiempo el médico no utilizaba los medios de promoción como el periódico porque lo consideraba una grave falta de ética profesional, por el contrario en los periódicos se leían diversos anuncios de prácticas y "medicamentos mágicos".

Un gran número de médicos de la ciudad de Pachuca tenían la intención de poner en funciones la primera agrupación médica local de la que se tiene memoria, con el objetivo de buscar el mejoramiento intelectual y material de sus agremiados, los médicos luchan a través de la organización desde mayo del 1926, por resolver los problemas sociales, en lo referente a la parte económica, las condiciones generales de la humanidad, discutir casos clínicos, presentar trabajos de revisión sobre tópicos de actualidad de interés común, o temas culturales sobre la historia o el arte así como reuniones sociales con participación de las familias.

Ya en Tampico se había formado la primera agrupación médica, por lo tanto, Pachuca sería la segunda, apoyados principalmente por los médicos más notables del país, por el Instituto del Progreso Médico, el Instituto Científico y Literario, el Presidente Municipal el C. Atanacio Hernández y por el Gobernador Coronel Matías Rodríguez. La agrupación sentó las bases para organizar el Sindicato Médico Hidalguense, en ese tiempo nombre que se utilizaba como sinónimo de agrupación de lucha gremial.

Los fundadores fueron los médicos: Enrique Rojas Corona, José Efrén Méndez, Leopoldo Gómez Jaurégui, Librado Gutiérrez, Guadalupe Vargas Lugo, Adrián Maya, Luis Zanolini, Eduardo del Corral, Buenaventura Morales, Pompeyo Cravioto, Pilar Licona Olvera y Méndez Albarrán, José Millán y Luis R. Lara.

Se establecieron como fines de la organización: Pugnar porque la práctica profesional de médicos y trabajadores de la salud se sujetara a los principios éticos, estableciendo una perfecta armonía entre los profesionales y el público, también entre los profesionistas entre sí. Procurar el mejoramiento académico de sus asociados. Defender los derechos de sus agremiados usando la influencia y el poder de todos y Proveer la ayuda mutualista en caso de enfermedad o muerte.

Entre las funciones, que merecían comisiones especiales estaba la lucha contra la charlatanería, el mutualismo y la publicidad. Generándose el boletín informativo donde hubo cabida a casos y temas importantes de la práctica médica. La justicia necesitaría de una comisión para arbitrar equilibradamente entre las diferencias que surgieran en el ámbito profesional, entre dos o más agremiados, lo mismo que en los casos de acusaciones contra un profesionista hecho por particulares, ya fuera para apoyarlo o sancionarlo, pudiendo llegar hasta la expulsión del seno del Sindicato.

Los agremiados además de tener un título profesional, debieron someterse a la oposición y ser aceptados con el 66% o más de los votos.

Las obligaciones de los asociados incluían la lucha por alcanzar las finalidades comunes del Sindicato: Acatar la voluntad de la mayoría. Desempeñar con toda su capacidad las comisiones que les fueran encomendadas y Asistir con regularidad a las sesiones.

Al final de la Guerra Civil Española, en Presidente de la República Mexicana el General Lázaro Cárdenas del Río le abrió las puertas del país a miles de refugiados que tuvieron que huir de su madre patria, amenazados de muerte por sus actividades en apoyo al derrotado partido del Presidente Manuel Hayaña.

De ese gran número de inmigrantes, en los que abundaban los profesionales de la medicina, de la literatura, de tecnología y agricultura, Hidalgo recibió a cinco médicos que tuvieron una brillante actuación en el ejercicio profesional y en sus actividades gremiales. Ellos fueron los doctores: Antonio Aparicio, Pelayo Vilar, Francisco Herraiz, Domingo Cabrera, y Enrique Alisedo.

La revista "Acta Médica Hidalguense", fue un proyecto presentado por el Dr. Pelayo Vilar, aprobado en el mes de enero del 1948, nombrándolo Director. Su objetivo era ser portavoz del Sindicato Médico Hidalguense; las publicaciones fueron bimestrales; formato: en cuarto; número de páginas: un mínimo de 16; tiro: 500 a 1000 ejemplares; secciones: a) Editorial, b) Trabajos originales, c) De la práctica diaria, d) Reuniones, congresos y academias, e) Análisis de libros y revistas, f) Vida sindical y g) Notas. El perfil de la revista fué fundamentalmente científica y en segundo término sindical. Las editoriales debían ser supervisadas por la directiva del Sindicato y en el resto de las secciones el director tenía plena libertad. En cuanto al financiamiento estaba bajo responsabilidad del director. La difusión fué para los médicos del Sindicato, médicos del estado, para un grupo selecto de maestros del estado de México, en el extranjero a Estados Unidos, Brasil, Argentina, Venezuela, Francia y España.

Sosteniendo intercambio con más de 24 sociedades nacionales y extranjeras. Se logró la inclusión de los trabajos publicados en la revista en el "Quarterly" Cumulative Index Medicus de Chicago. En el año 1953 el recién creado Centro de Documentación Científica y Técnica de la UNESCO y de la SEP de México les adjudicó la abreviatura internacional para las fichas bibliográficas: Acta med. hidalgo.

Con el superávit generado por el acta médica Hidalguense, el 7 de septiembre de 1948 se creó el reglamento y la beca de estudios para los alumnos procedentes de la escuela de medicina del Instituto Científico y Literario Autónomo del Estado de Hidalgo, denominada "Beca Acta Médica Hidalguense". Esta se otorgó por tres años consecutivos, suspendiéndose debido al poco interés que mostró el propio Instituto para su formalización.

En 1949 la mesa directiva organizó el Primer Congreso Médico del Centro, con sede en el Hospital Civil y en las aulas de la Escuela de Medicina, contando con la participación de médicos de los estados de Guerrero, Querétaro, Morelos, Puebla, México, Tlaxcala y el anfitrión, Hidalgo.

Para perpetuar la memoria del primer congreso del centro, se plantó un árbol en los jardines del Hospital Civil, abonándolo con tierra que trajeron los congresistas de sus respectivos estados. La placa permanece hasta la fecha en el mérito del arriate.

En 1950 la revista se encontraba madura, destacando sesiones del Sindicato ampliamente relatadas, documento considerado de suma validez. Cabe destacar que el volumen se constituye hasta por 200 páginas de texto y 56 grabados diversos.

En 1951 se abrió la sección "Bodas de Plata", sección para distinguir a los médicos con 25 años de profesión, publicando su fotografía y títulos de trabajos originales.

En ese año igualmente, se realizó un cambio transitorio en la dirección de la revista, ya que meses después, la nueva administración tuvo problemas, y reasumió la dirección el Dr. Pelayo Vilar.

Siendo Secretario General del Sindicato Médico Hidalguense el Dr. Nicolás Licona Ruiz, se crea en el año de 1950 la Comisión Pro-Casa del Médico, constituida por el Dr. Nicolás Licona Ruiz como presidente, Dr. Librado Gutiérrez Samperio como Secretario, Dr. Antonio Aparicio como Tesorero, Dr. Pedro Espínola Noble como Secretario General, quienes elaboraron el anteproyecto del Reglamento aprobado en asamblea del mes de diciembre de 1950 y cuyo objetivo era la construcción de la Casa del Médico Hidalguense. Para que la comisión cumpliera su función se le otorgó un terreno y debió reunir fondos para su construcción.

El terreno se cedió por decreto del Congreso del Estado de acuerdo al Diario Oficial No. 27 del 16 de julio de 1956, las escrituras fueron firmadas a principios de 1957 a nombre de Sindicato Médico Hidalguense. Se colocó la primera piedra por el C. Gobernador Constitucional del Estado de Hidalgo Sr. Quintín Rueda Villagrán. Se convocó a concurso la construcción ganandolo e Ing. Arnulfo Guzmán, iniciando las obras en el mes de marzo de 1957. En 1958 concluyó la primera parte del edificio social que contaba con oficinas para el sindicato y la revista "Acta Médica Hidalguense", un salón de sesiones de directiva, que además funcionaba como biblioteca y un amplio auditorio. El 28 de septiembre de 1958 se inauguró la Casa del Médico Hidalguense por el Gobernador Constitucional del Estado Lic. Alfonso Corona del Rosal, con planes en una siguiente fase construir la casa de guarda, la cocina, el comedor anexo al auditorio y en el segundo piso una biblioteca, salón de recreación social y algunas habitaciones para hospedar a médicos, esta fase sin lograr consolidarse.

La revista en 1958, manifestó envejecimiento, con ausencia casi total de autores hidalguenses, se pasó de asiduos colaboradores a cuanto mucho, críticos o lectores, también ausencia de referata, baja calidad de sesiones científicas, por lo que hubo una renovación, integrando a médicos jóvenes y cambios sistemáticos que finalmente terminaron en decadencia. Perdimos información del Acta Médica Hidalguense a partir de un último volumen en enero – abril 1963.

Para 1959 el Sindicato Médico Hidalguense, ya contaba con el Reglamento Interno de la casa del Médico Hidalguense, teniendo como finalidad: efectuar todas las reuniones, que con carácter social o cultural, organiza el Sindicato; Servir de lugar de radicación, de todos los bienes que posea el Sindicato; Servir de fomento al proselitismo sindical y a las mejores relaciones de sus miembros; Servir de desemvolvimiento económico del sindicato, facilitando sus servicios; Servir de alojamiento a médicos que visiten la ciudad con motivo de algún evento organizado por el sindicato; Servir como casa de estudios; y Servir de casa habitación de los miembros que queden en total desamparo.

En 1959 se creó la Comisión de Mutualismo bajo la presidencia del Dr. Lamberto Lagarde, cuyo principal objetivo era generar polizas de seguros de vida para los médicos, con un monto de \$5,000.00 (cinco mil pesos) y para este año, 42 médicos se adhirieron. En este mismo año, el 6 de diciembre, la mesa directiva incrementó la protección a todos sus compañeros con un seguro temporal de grupo, éste a cargo del Dr. Antonio Aparicio, quien fue nombrado comisionado para la creación del grupo.

Para fortalecer las actividades académicas después de múltiples reuniones y consultas se organizó la Semana Médica Hidalguense con sede en las nuevas instalaciones del Hospital Civil, presentándose, casos problema para diagnóstico y tratamiento, con la participación docente de médicos con diferentes especialidades de la ciudad de México, dictando una o dos conferencias en el salón de actos.

En los meses de marzo y abril de 1961, en la sección de la Vida Sindical, actividades de la mesa directiva, el Dr. Adán Villegas compartió la siguiente información: "hace una atenta invitación al cuerpo médico, para que pertenezca a la asociación y les indica que la nueva Ley de Profesiones del Estado de Hidalgo establece la formación de un Colegio Médico, por lo que automáticamente surge del propio Sindicato, y al cual deberían pertenecer por Ley todos los médicos que laboraran en el estado.

En la sesión ordinaria del mes de marzo, se discutió y aprobó parte de las modificaciones que se harían a los estatutos del Sindicato al transformarse en Colegio Médico del Estado. Carecemos de información del período de 1961 a 1977.

COLEGIO MÉDICO HIDALGUENSE

El 8 de diciembre de 1977 se constituyó el Colegio Médico Hidalguense, A. C. con el objeto de la vigilancia del ejercicio profesional para que se realice dentro del más alto plano legal y moral, para fomentar la cultura, las relaciones en los colegios similares del país o del extranjero, prestar la más amplia colaboración al poder público, ser cuerpo consultor y representar a sus miembros o asociados ante cualquier autoridad. La mesa directiva la constituyó el Dr. Waldo Lechuga Traspeña como presidente, la Dra. Lucía Silvia Márquez Cabañas como secretaria y el Dr Octavio España Arenas como tesorero.

En 1999, siendo presidente el Dr. Miguel Ángel González Sosa, hace un intento por reactivar el Acta Médica hidalguense, como "Nueva Era" con escasos números y ésta pronto desaparece. En el año 2001 nuevamente se realiza otro intento por el Dr. Francisco Chong Barreiro, modificando su estructura esclusivamente con fines informativos.

COLEGIO MÉDICO HIDALGUENSE, FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES, SOCIEDADES Y COLEGIOS A. C.

El 19 de diciembre del 2006 se promueve el cambio de denominación a Colegio Médico Hidalguense, Federación de Asociaciones, Sociedades y Colegios, A. C. siendo presidente el Dr. José María Bustillo Villarreal, Secretario el Dr. Miguel Benítez Pérez, Secretario de Actas el Dr. Jordan Zamora Godínez y tesorera la Dra. María Teresa Calva Chavarria.

En protocolización del día 11 de septiembre del 2008 se destacó la reelección del Dr. José María Bustillo Villarreal y la elección del vicepresidente el Dr. Vicente Gil Noble.

El 18 de noviembre del 2010 el Dr. Vicente Gil Noble presentó su renuncia como presidente, asumiendo el cargo el Dr Luis Carlos Romero Quezada. En este período se conformó la capacitación específica para la formación de peritos médicos.

COLEGIO MÉDICO HIDALGUENSE, FEDERACIÓN DE COLEGIOS MÉDICOS DEL ESTADO DE HIDALGO, A. C.

El 27 de mayo del 2011, bajo la gestión del Dr. Carlos Romero Quezada cambia la denominación a Colegio Médico Hidalguense, Federación de Colegios Médicos del Estado de Hidalgo, A. C. con el objetivo de dar cumplimiento a la legislación aplicable en la materia. Así mismo lleva a cabo la construcción del salón de ex presidentes.

Bajo la presidencia del Dr. Juan Francisco Martínez Campos se integró el Comité de Peritos Médicos del Colegio Médico Hidalguense, se creó el "Mural: 90 años de unidad", se renovaron las instalaciones y se llevó a cabo el proyecto "Cápsula del tiempo" que concentró la información relevante de Colegios Asociaciones y Sociedades y sus miembros para guardarla en el salón Dr. Enrique Gil Verano con el plan de aperturarla en el año 2068.

Durante la gestión del Dr. Fernando Alvarez Chaparro se restauró el Auditorio "Fuerza Médica" y la fachada principal del Colegio así mismo se instaló placa conmemorativa para recordar a los compañeros médicos por Covid -19 recientemente iniciada.

Hoy, 2020-2021 nuestro mayor reto como gremio, es minimizar los riesgos contra la pandemia de Covid-19, con la integración de un gran equipo, sin importar si pertenecemos al sector público o privado, simplemente médicos que nos debemos a nuestra sociedad y pacientes. Apostamos a la promoción a la salud, la capacitación continua, la unidad gremial, el cumplimiento legal, la transparencia financiera, el fortalecimiento de la bioética, el desarrollo en investigación científica, la editorial de la revista médica, entre otros proyectos.

Sin lugar a duda, resulta interesante, y a la vez desafiante conocer el alcance de nuestros maestros y colegas a través de la historia, valorar su compromiso, su trabajo en equipo, su mente abierta y el deseo de innovación y de mejora, sus grandes éxitos, logros que nos causan respeto y admiración, un ejemplo a seguir el legado que que nos motiva a soñar y visualizar un Colegio Médico Hidalguense, Federación de Colegios Médicos del Estado de Hidalgo como "la casa del médico" un lugar que propicia el desarrollo, siempre anteponiendo ante todo la seguridad y calidad que nos merece nuestro paciente y la sociedad.



BIBLIOGRAFÍA

- Silvestre A. Sánchez Meneses (2011). Los Hospitales de la ciudad de Pachuca (1925-2009) (pp. 5-341). México. Historia y Patrimonio.
- Dr. César Gutiérrez Samperio (2016). Medio siglo bien librado. (pp. 114-116). México. Costa-Amic.
- Gutierrez, L., Espinola, P., Aparicio, A., & Loperena, F. (1949). Acta Médica Hidalguense (1.a ed., Vol. 7). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Espinola, P., Aparicio, A., & Vilar, P. (1953). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 7, Número. 32). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Espinola, P., Aparicio, A., & Vilar, P. (1953). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 7, Número. 33). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Espinola, P., Aparicio, A., & Vilar, P. (1954). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 8, Número. 40). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Espinola, P., Aparicio, A., & Vilar, P. (1955). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 9, Número. 41). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Espinola, P., Aparicio, A., & Vilar, P. (1956). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 10, Número. 49). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Espinola, P., Aparicio, A., & Vilar, P. (1958). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 12, Número. 63). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Espinola, P., Aparicio, A., & Vilar, P. (1959). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 13, Número. 67). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Villegas, A., Aparicio, A., & Vilar, P. (1960). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 14, Número. 71). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Villegas, A., Aparicio, A., & Vilar, P. (1960). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 15, Número. 74). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Villegas, A., Aparicio, A., & Vilar, P. (1960). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 15, Número. 75). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Villegas, A., Aparicio, A., & Vilar, P. (1960). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 15, Número. 76). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Villegas, A., Aparicio, A., & Vilar, P. (1961). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 16, Número. 78). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Villegas, A., Aparicio, A., & Vilar, P. (1961). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 16, Número. 79). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Villegas, A., Aparicio, A., Espinola, P., Barranco, G., Quiroz, L., & Vilar, P. (1961). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 16, Número. 81-82). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Villegas, A., Ortega, E., & Morales, J. (1963). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 18, Número. 87-88). Portavoz del sindicato médico hidalguense.
- Villegas, A., Arroyo, A., & Alisedo, E. (1962). Acta médica hidalguense (1.a ed., Vol. 17, Número. 83). Portavoz del sindicato médico hidalguense.