



SERENDIPIA

REVISTA ELECTRONICA BIMESTRAL DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA DEL
BENEMÉRITO HOSPITAL GENERAL CON ESPECIALIDADES JUAN MARÍA DE SALVATIERRA

Identidad Médica, Cultura Regional e Investigación en Salud



Del baúl: El Microscopio

Dr. Arturo Meza

Serendipia: Recuerdos desde la sala de partos

Dr. Josué Estrada Flores

Ecos de las Sesiones Culturales

Dr. Mehdi Mesmoudi

Semblanza del Dr. José Santa Ana Piñeda

Dr. Gustavo Farías Noyola

Vol. I
No. I

Época II
mayo-junio 2023
serendipiabcs.com

REGRESA SERENDIPIA

Revista electrónica bimestral de la Asociación Médica del Benemérito Hospital General con Especialidades Juan María de Salvatierra

CONVOCATORIA

El Consejo Editorial de la **Revista Serendipia** saluda a sus lectores y extiende una amable invitación a obstetras de la pluma, cronistas crónicos, patógrafos, estudiosos clínicos y demás aficionados a la cultura y la ciencia, para colaborar en sus siguientes números, ya sea con imágenes o textos originales.

- **Para las secciones Maleconeando y Piolas y Chinchorros:** No hay extensión mínima, aceptamos colaboraciones desde un par de líneas hasta un máximo de 6 páginas (microrelatos, anécdotas, representaciones de la identidad regional, reseñas, crónicas, cuentos, poemas, ensayos u otra forma de expresión literaria), en Times New Roman de 12 puntos con interlineado de espacio y medio (1.5), prefiriendo las referencias a pie de página.
- **Arte gráfico:** Aceptamos trabajos de cualquier tipo (foto, pintura, collage, grabado, etc.) con resolución mínima de 150 dpi o 2500 px de ancho.

En caso de mandar más de una colaboración, favor de enviar cada una en su propio documento, incluyendo nombre o seudónimo del autor.

serendipia.rev@gmail.com





Benemérito Hospital General "Juan María de Salvatierra"

Autoridades

Dr. Bogdan Ariaga Benis
Director del Hospital

Dr. Jorge Arturo Edgar Marichalar
Subdirector Médico

Lic. Vicente Abraham Collins Burgoin
Subdirector Administrativo

Dra. Viridiana Olimon Aguilar
Subdirectora de Enseñanza, Investigación y Calidad



**Asociación Médica, A.C
Benemérito Hospital General
"Juan María de Salvatierra"**

**Mesa directiva de la Asociación Médica
Periodo octubre 2022 – septiembre 2023
Salud, Ciencia y Trabajo**

Dra. Francisca García Rodríguez

Presidente

Dr. Juan Diego Hernández Valdez

Vicepresidente

Dra. Lillian Romero Silva

Secretaria

Dra. Liliana Patricia Bolaños Sánchez

Tesorero

Vocales

Dr. Carlos Arriola Isais

Dra. Karla Lizette Villa Sánchez

Dr. José Manuel Junco Navarro

COMISIONES

Dr. Jorge Ricardo Pérez Mejía

Eventos Sociales y Culturales

Dr. Daniel Orlando Solís Garibay

Jornadas Médicas y Eventos Académicos

Dr. Arturo Meza Ozuna

Consejo Editorial *Serendipia*

Dr. Jorge Hernández Flores

Estatutos y Transición de Razón Social

Expresidentes de la Asociación Médica

Honor y Justicia



Consejo Editorial

Editor General

Dr. Arturo Meza Osuna

Editor de Imagen

Dr. José Octavio Flores Alonso

Editores

Dra. Liliana Patricia Bolaños Sánchez

Dr. Luis Alberto Contreras Ojeda

Dra. Francisca García Rodríguez

Dr. Francisco Javier Warren Cano

Comité de Redacción

Dra. Karina Alemán Díaz

Dr. Josué Estrada Flores

Dr. Rafael Carrillo Jiménez

Maquetación, diseño y logo

Ing. Ana Laura Amador Romero

Consejo Externo

Dr. Mehdi Mesmoudi

Mtro. Bryan Klett García

Portada: Freepik

CONTENIDOS

6 **Bienvenida**
Dra. Francisca García Rodríguez

8 **Carta Editorial**
Dr. Arturo Meza Osuna

MALECONEANDO

10 **El dios de la Tía Chofi**
Dr. Arturo Meza Osuna

12 **Ecos sesiones culturales**
Dr. Mehdi Mesmoudi

PIOLAS Y CHINCHORROS

15 **Dr. José Santa Ana Piñeda**
Dr. Gustavo Farías Noyola

17 **Serendipia: recuerdos desde la Sala de Partos**
Dr. Josué Estrada Flores

18 **Del baúl: "El microscopio"**
Dr. Arturo Meza Osuna

21 **Reseña: *La Recua***
Dr. José Efraín Torres Valdós

23 **Reseña: *Crónicas de cacería***
Dr. Arturo Meza Osuna

BUZOS

26 **"Etiología y mortalidad de la Oclusión Intestinal en el Be-nemérito Hospital General con Especialidades Juan Ma-ría de Salvatierra", disertación de tesis en Cirugía General por el Dr. Edgar Emmanuel González Hernández**
Dr. Arturo Meza Osuna

34 **Reto diagnóstico**
Dr. José Octavio Octavio Flores Alonso

BIENVENIDA

Dra. Francisca García Rodríguez

Es importante advertir al lector que lo que ahora tiene enfrente no es una “publicación hospitalaria” por parecerse a aquellas que todo paciente podría encontrar en los revisteros de una sala de espera para curarse de aburrimiento. La revista electrónica bimestral **Serendipia** es *hospitalaria*, sí, aunque por distintos motivos, en el sentido amplio de la palabra. Primero, por haber nacido en los últimos años del siglo xx entre la comunidad del Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra de la ciudad de La Paz, BCS. Segundo, es una revista hospitalaria en virtud de su inclusión con amplia cortesía y buen recibimiento al lector no especializado. En este sentido, no se trata de una “revista de Medicina”, es en cambio una *revista de médicos, para su sociedad presente y futura*. Es decir, realizada por profesionistas de la Salud comprometidos con la significación social de sus esmeros: una revista cuyos contenidos no se limitan a la disciplina como técnica y campo particular del conocimiento, ni excluye expresiones de la sensibilidad cultural y artística de la sociedad que cobija al profesionista en Salud. Todo lo contrario, porque el auténtico Médico es también un *humanista*, ante todo un ser humano que convive y comparte con otros.

El 26 de enero de 1977, el Dr. José Santa Ana Piñeda y otros 29 profesionistas

del área médica del Hospital gestionaron licencia ante la Secretaría de Relaciones Exteriores para constituir una asociación civil dedicada al desarrollo y conservación del mismo. Con este gesto, sus miembros elevaban entonces al Hospital como una institución significativa para la vida médica del estado en sus tres actividades fundamentales (la asistencia, la enseñanza y la investigación), pero todavía más importante: se habían reconocido en ella. Así, registrada ante notario público para una duración de 50 años, el 25 de febrero del mismo nace la “Asociación Médica del Hospital General Juan María de Salvatierra”.



En el transcurso de 46 años, la Asociación Médica ha llevado a cabo múltiples actividades con apego a sus estatutos, destacando la organización de Jornadas Médicas y Sesiones Culturales, así como la difusión de los trabajos en investigación clínica que realizan los médicos de la institución.

En 1998, por la iniciativa de dos entusiastas médicos del Hospital —el Cirujano General, Dr. Arturo Meza Osuna y

el Médico Internista, Dr. Josué Estrada Flores, en ese entonces Presidente de la Asociación Médica—, nace para el gremio médico la polifacética revista **Serendipia**, que incluyó temas científicos y culturales, anécdotas personales, eventos cotidianos de la vida hospitalaria y mucho más, sin desatender los trabajos de investigación y análisis de casos clínicos. La revista circuló de mano en mano durante casi 2 años por los pasillos del Hospital, leída y comentada por sus trabajadores y seguramente uno que otro paciente que se topó con ella por casualidad.

Para los que recordamos esa época, la revista ha permanecido en nuestra memoria, advirtiendo la supervivencia en la conciencia del Hospital de aquellas paginitas llenas de vocación, incluso entre los que no la leyeron de primera mano. Sin imaginarlo sus médicos fundadores, **Serendipia** encarna el sentido pleno de su nombre: el *valioso hallazgo* de una identidad colectiva en el Benemérito Hospital.

Al asumir la presidencia de la Asociación Médica para el periodo octubre 2022-septiembre 2023, uno de los propósitos de quien suscribe estas palabras fue estimular la unión de los miembros de la sociedad médica, cultivar la cooperación armoniosa entre el gremio y el personal del Hospital, extendiéndolo a otras asociaciones e instituciones médicas y educativas. Las diferentes Comisiones que se integraron en la mesa directiva de la Asociación para este periodo, tienen como objetivo común

cumplir con dichos propósitos, haciendo eco del espíritu de asombro y hospitalidad de la **Serendipia** de aquellos años, preservando la ceniza ardiente del Fénix. Es así como en la Comisión Editorial, bajo la coordinación del Dr. Arturo Meza, se planteó el triunfal regreso de la revista veintitrés años después de su última publicación. Hoy el mito se vuelve a hacer presente y **Serendipia** es ya una realidad que nos llena de entusiasmo a los integrantes del equipo de trabajo.

Disponible para la comunidad del Hospital y la sociedad que nos cobija, para la persistente Sociedad Médica y el curioso lector distraído de su natural camino, deseamos que reciban, disfruten y compartan con mismo ánimo el primer número de la revista en su segunda etapa. Para estos casos es usual un brindis, así que: ¡Salud, Comunidad y **Serendipia!** 🍷

CARTA EDITORIAL

Dr. Arturo Meza Osuna, fundador de *Serendipia*

Para celebrar el regreso de *Serendipia* es pertinente hacer un poco de historia. En el año de 1998 se fundó la revista de la Asociación Médica del Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra. Inicialmente de hojas tamaño oficio dobladas y engrapadas por la mitad que en total nos daban cuatro páginas. La publicábamos periódicamente con la intención primordial de reunir las inquietudes creativas del personal, informar sobre las actividades de la Sociedad Médica y difundir trabajos de investigación.

Serendipia fue creciendo y ganando lectores hasta llegar a 12 páginas en 1999, tiempo en que ya no fue posible sufragar el costo de la publicación. Su distribución era como lanzar mensajes al mar: los quinientos ejemplares que llegamos a sacar alguna vez se dejaban en el reloj checador, en la oficina del personal o los repartíamos de mano en mano. Ello suscitaba la unión entre médicos y el personal en general, pues el contenido de *Serendipia* se convertía en tema cotidiano de conversación. Los números pululaban por todo el Hospital y su distribución se hacía completa, pues nuestra revistilla se hojeaba, se leía, se la dejaba por ahí y se pasaba a los siguientes turnos; otros quizás se la llevaban a casa hasta que, así como llegó, desaparecía. Por eso, después de casi 25 años, conseguir una *Serendipia* es

punto menos que imposible. Sin embargo, la Dra. Teresa Magaña tuvo la deferencia de guardar en su oficina dos o tres números que nos ha prestado para recordar los heroicos y románticos tiempos de la revista.

Por iniciativa de la Dra. Francisca García, actual Presidente de la Mesa Directiva de la Asociación Médica del Benemérito Hospital General con Especialidades Juan María de Salvatierra, rescatamos el proyecto de frente a un nuevo horizonte en formato digital, con casi los mismos fines de la *Serendipia* jurásica. En ésta, su segunda época, el lector encontrará creaciones literarias, novedades culturales, asuntos sociales, guiños humorísticos y trabajos críticos o de divulgación sobre temas médicos. Con su renovación electrónica, los contenidos de la revista se presentan ahora distribuidos en tres secciones permanentes, aludiendo a distintos espacios y modos de encuentro con la cultura regional.



En la primera sección, **Maleconeando**, como es costumbre en estas tierras, uno asiste para encontrarse con otras personas: saludar de pasada, comentar

novedades, compartir algún chiste o mitote. Se trata de la sección más social y presente, donde caben creaciones literarias, anécdotas, actualidades y demás misceláneas de lo que la comunidad en general quiera compartir.

La segunda sección se refiere a lo que nos lanza o conecta culturalmente. **Piolas y chinchorros** incluye reseñas (de libros, música, cine, etc.), crónicas y notas variadas de identidad que versen sobre la realidad de nuestro entorno: desde personalidades de la historia regional, institucional y del gremio, así como del sabor local. Asimismo, cada número contará en esta sección con una nota sobre las Sesiones Culturales organizadas por la Asociación Médica, acompañada de la semblanza de sus ponentes; además de algún texto rescatado del “baúl”, la primera época de **Serendipia**.

La tercera sección, **Buzos**, nos lanza por partida doble a la exploración de las profundidades. Por una parte, refiriéndose al lector que ha llegado al fondo de la revista; por otra, se trata de la discusión especializada: los avances de la ciencia, el estudio de casos clínicos, la difusión de los trabajos realizados por los médicos del Hospital –como las tesis de posgrado que, luego del examen profesional, suelen quedar legadas al olvido– y demás asuntos académicos. Esta sección procurará incluir la sinopsis de algún trabajo de la comunidad médica a resguardo en nuestra Biblioteca, o que fueron publicados en alguna revista médica, presentados en

sesiones o en congresos. También se incluirá un “Reto Diagnóstico” para promover en el médico lector el estudio y análisis de casos, partiendo de la observación.

Por otra parte, sirva la ocasión para invitar a participar con colaboraciones de todo tipo (textos o imágenes). Algunos aficionados a la fotografía nos han pedido una especie de Rincón Fotográfico; otros, devotos a la pesca, ofrecen contar sus aventuras; expertos motociclistas que han viajado grandes distancias en tándem nos escribirán sus memorias y así, según sus aficiones. Conocemos, entre el personal, apasionados de la astronomía, la ópera, la pintura, la jardinería y las experiencias de viajes. Para ello, en cada número podrán encontrar nuestra convocatoria permanente, los criterios de extensión y formato, para colaborar con nosotros en este reencuentro del médico con su sociedad. 🇨🇷

EL DIOS DE LA TÍA CHOFI

Dr. Arturo Meza Osuna

Era uno de los primeros pacientes que me tocó atender, como Cirujano, en los servicios de Urgencias del Hospital Salvatierra. Un hombre maduro de unos cuarenta años, que había desarrollado una pancreatitis aguda por culpa de unas piedras de la vesícula biliar que se metieron a una vía donde no deberían meterse. En cinco días la pancreatitis curó sin complicaciones. En la misma hospitalización, sin darlo de alta, había que operarlo, extirpar la vesícula y sacar el cálculo que se había encajado en el conducto biliar. Fue una larga operación: la piedrecilla no salía. Batallamos durante casi seis horas hasta que finalmente, al cuarto intento, la maldita piedra salió ante la zozobra de su primo, un excelente Médico Internista que, en ese tiempo, era el encargado de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Salvatierra.

El paciente, un hombre simpático, dicharachero y hablantín, en todo momento se encomendaba a dios. Por cualquier cosa respondía que dios estaba presente y le ayudaría. Al otro día de la operación, las cosas no estaban bien: tenía fiebre elevada, el intestino no funcionaba y su dolor era intenso. Su primo nos ayudó con la analgesia, cambió de medicamentos consiguiendo los mejores, ensayó métodos y nada. El dolor seguía en el centro de nuestras

preocupaciones. Estaba de nuevo presente el fantasma de la pancreatitis.

Al tercer día decidimos volver a operar. Era necesaria una exploración. En efecto, el páncreas estaba deshecho, abundante líquido en el abdomen y buena parte del intestino oscuro. Se había quedado sin circulación, teníamos que extirpar el intestino muerto que empezaba a tener mal olor. Era tanta la afectación intestinal que, después de extirparlo, solo quedaron 50 centímetros. Una situación incompatible con la vida... o eso pensábamos.



Hablamos con él, le explicamos la situación. Que había que alimentarlo de una manera especial, que el asunto era grave. A todo respondía que su señor dios intercedería, que la fe mueve montañas, que Jesucristo todo lo puede, que todo lo dejaba en manos divinas. Unos dos, tres días buenos, y regresó la fiebre. Los ruidos intestinales no se escuchaban, su abdomen se puso duro y doloroso. El ultrasonido nos reveló una colección cerca del páncreas, por detrás del estómago. Era un absceso por una perforación del estómago que al abrirlo drenó cerca de medio litro de pus. No había manera de cerrar el abdomen; la

desnutrición y las múltiples operaciones habían dañado los tejidos de la pared abdominal que se desgarraba con los puntos de sutura, decidimos dejar el abdomen abierto.



En Terapia Intensiva se complicó con una neumonía hospitalaria, luego con infección de vías urinarias y a los quince días de estancia en Terapia Intensiva, septicemia por el catéter central. La fiebre seguía día y noche, bajaba de peso, su piel pálida, el pulso rápido, jadeaba para respirar. No dejaba de encomendarse a dios, de entregarse al Todopoderoso. Sabía que dios lo salvaría. Estaba seguro. Cada vez que hablábamos con él para explicarle la nueva complicación respondía con esa fe envidiable; que su fe en dios triunfaría, que dios lo tenía reservado para cosas superiores. El sufrimiento, al parecer, era su aliciente. Era el tipo de sufrimiento del cristianismo primitivo, de mortificación del cuerpo, en que la vida espiritual es primordial y el organismo una carga que se debía soportar. El cuerpo como un vehículo, un transporte, un envoltorio, un paquete. Aguantaba todas las pruebas con

estoicismo, encomendado, siempre, a dios. era inquebrantable.

Llegó a estar en situación agónica. Eran las últimas respiraciones, trabajosas, penosas, con un gran cansancio. Una noche me hablaron para que acudiera al fin, estuve toda la madrugada esperando. Cada respiración sería la última. Quería decirle que dejara de luchar, que era demasiado. Cuando amaneció, Rosendo – me platicaría– estaba entrando a un túnel oscuro, que tenía, a lo lejos una luz clara y resplandeciente. Hacia ella se dirigió, habló con un luminoso, de barba luenga, túnica blanca, que flotaba sobre de una nube blanca, como si fuera algodón. El ser le dijo que no era su hora. Desde entonces, desde ese día, desde la agonía de más de 24 horas, empezó a mejorar. La fiebre desapareció, mejoró el color, los signos vitales eran estables, empezó a tener movilidad en piernas y brazos.

A la semana cerramos el abdomen y al otro día se levantó a caminar. Tomaba los alimentos del hospital y pedía colaciones entre comidas. Había bajado más de veinticinco kilos en todo el proceso. Empezó a ganar peso, se notaba. Después de tres meses en el hospital, los últimos quince días mejoró ostensiblemente, era casi milagroso. No se podía explicar. Retiramos sondas, drenajes, medicamentos, exámenes de laboratorios, radiografías; caminaba alrededor de la cama, después por los pasillos. Una noche, burló la guardia de seguridad y salió a vagar por la calle aledaña al

hospital, donde lo encontré. Quería darle las gracias a dios.

Finalmente lo dimos de alta. Ningún agradecimiento a nosotros, todo a dios. Lo vi dos veces en la consulta externa. En la cicatriz quirúrgica desarrolló una hernia que debía repararse, aunque tuvimos que dejar pasar al menos un año. Tal cosa no se pudo hacer porque un día, por la mañana, su primo el médico me alcanzó para informarme: “A Rosendo lo atropelló un

carro, está en urgencias”. “Vamos a verlo”. Cuando llegamos ya estaba muerto.

Incomprensible final de un hombre de fe. Recordé de inmediato aquel poema de Sábines que empieza “Me encanta Dios. Es un viejo magnífico que no se toma en serio. A él le gusta jugar y juega, y a veces se le pasa la mano y nos rompe una pierna o nos aplasta definitivamente. Pero esto sucede porque es un poco cegatón y bastante torpe con las manos”. 🏆

SESIONES CULTURALES EN EL HOSPITAL SALVATIERRA

Dr. Mehdi Mesmoudi

El Hospital Salvatierra lleva a cabo el último miércoles de cada mes una Sesión Cultural que consiste en la presentación de un tema de interés médico y social, así como involucra a la formación integral de los residentes y de la planta médica. Con estas actividades se pretende conformar significativamente un espacio de diálogo e intercambio de ideas, así como la generación de una comunidad comprometida y sensible ante las temáticas de carácter social y cultural.

El día Miércoles 25 de enero, el Dr. Arturo Meza (quien es además un excelente cronista sudcaliforniano), compartió con los asistentes el origen del vocablo “serendipia”, que bautiza la revista del Hospital Salvatierra y que, por



décadas, ha sido testigo de la historia de esta institución, recogiendo los testimonios, las inquietudes y las aspiraciones de los individuos que han formado parte. Serendipia fue una revista local de circulación comunitaria que funcionaba como un periódico; es decir, una vez leída se cedía a otro miembro del hospital y éste a su vez cedía la antorcha, por lo que

Serendipia es una llama que había mantenido la tradición y los valores constitutivos del Hospital Salvatierra. En esta sesión, el Dr. Meza habló de la importancia que tiene esta revista y la necesidad de recuperarla como una forma de hacer memoria desde nuestros días.

La sesión que siguió fue el Miércoles 22 de febrero llevada a cabo por el Dr. Mehdi Mesmoudi, editor general de *Panorama*. Revista de la Universidad Autónoma de Baja California Sur, sobre los vínculos que existen entre la literatura y la salud mental. En una jornada posterior a los días de Carnaval, los asistentes pudieron apreciar cómo los escritores franceses del siglo XIX reflejaron en sus diferentes obras sus testimonios de lo que vivían, sentían y padecían: desde la expresión de la angustia de un condenado a muerte que espera su ejecución, un poeta con un cuadro esquizofrénico que narra sus episodios oníricos, hasta un paciente que le envía a su doctor tratante una carta donde relata sus jornadas de duelo con su doble, hasta que termina en un suicidio.



En esta sesión sobre la literatura y la salud mental se pudieron explorar los diferentes fenómenos de malestar social como la angustia, la melancolía y la esquizofrenia, hasta los casos de suicidio abordados por el sociólogo francés Émile Durkheim, el primer científico social en alertar sobre un problema problema de salud pública que amenazaba a la sociedad francesa y requería de una intervención por parte del Estado. Los autores mencionados en la sesión como Victor Hugo, Gérard de Nerval y Guy de Maupassant pueden ser considerados ejemplos empíricos, puesto que sus textos son los primeros documentos con valor histórico, además de ser antecedentes para la medicina psiquiátrica. La literatura se convierte, de esta manera, en la posibilidad de anticiparse a la realidad que nos rodea al poseer un espíritu visionario y una postura crítica de la sociedad, sin olvidar que puede aportar, al mismo tiempo, un lúcido itinerario para los que padecemos estos males de la mente y de la psique humana. 🇵🇸



Dr. Mehdi Mesmoudi (Tánger, Marruecos, 1987)

Es doctor en Ciencias Sociales, con orientación en Globalización e Interculturalidad (2019) y mención *Cum Laude* por la Universidad Autónoma de Baja California Sur. Profesor-Investigador desde 2011 y Miembro del Cuerpo Académico en Estudios Humanísticos del Departamento Académico de Humanidades de la UABCS. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Miembro del Sistema Estatal de Investigadores por el Consejo Sudcaliforniano de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Fue Jefe del Departamento de Vinculación de la UABCS de 2020 a 2022. Es el Editor General de *Panorama. Revista de la Universidad Autónoma de Baja California Sur*.

Integra el Consejo Externo de la revista *Serendipia* del Benemérito Hospital con Especialidades Juan María de Salvatierra. Ha coordinado varios Seminarios Interinstitucionales con la UNAM, la Universidad de Colima y la Universidad de Guadalajara. Ha organizado más de 35 eventos internacionales, regionales y nacionales de literatura, ciencias sociales, propiedad intelectual, y relaciones entre Marruecos y América Latina. Ha participado en más de 30 congresos internacionales y nacionales. Es autor de 18 capítulos de libro y artículos científicos, y 25 artículos de difusión. Tiene un libro en edición y está en proceso de escribir otro sobre la vida, la figura y la obra del escritor mediterráneo, Mohamed Chukri. 🇵🇸

Contacto: m.mesmoudi@uabcs.mx

Dr. José Santa Ana Piñeda

(1929-2013)

Fundador de la Asociación Médica

Dr. Gustavo Farías Noyola



En el Hospital Salvatierra, hubo alguna vez un médico inolvidable: el Dr. José Santa Ana Piñeda. Resulta imposible comprender la historia de la profesionalización de la Medicina en Baja California Sur sin referirse al Dr. Santa Ana. Nació en Todos Santos y se recibió de Médico en la Facultad Nacional de Medicina de la UNAM en 1954. De 1955 a 1964 ejerció de manera sobresaliente la medicina general en Santa Rosalía.

Por esa época en la zona sólo había 3 médicos, uno en Guerrero Negro y dos en Santa Rosalía. Sin carreteras, trasladarse de Guerrero Negro a Santa Rosalía tomaba de 12 a 14 horas, y a La Paz dos días; de manera que tuvo que hacer todo sin traslados de pacientes, resolviendo

diagnósticos y tratamientos para pacientes con tuberculosis pulmonar activa, diabetes descompensada, infartos cardiacos, hemorragias uterinas anormales, niños deshidratados, etc. De igual modo, se vio en la necesidad de realizar cirugías programadas o de urgencia como hernioplastias, apendicetomías, amigdalectomías, fracturas y histerectomías obstétricas, auxiliado con máscara de Ombredanne de éter a cargo de una enfermera empírica. Allá siempre se le recordó como incansable, desempeñándose en el Hospital, su consultorio y en los domicilios por las mañanas, tardes y más de mil noches.

En 1964 decidió sacrificar su "gran estatus" económico, social y profesional para trasladarse al Instituto Nacional de Cardiología durante 2 años y graduarse como especialista en Cardiología en 1967. Al término de esa etapa, regresó a BCS, esta vez a La Paz, donde instaló su consultorio, que fue sumamente acreditado por más de 40 años y fungió como Director del Centro de Salud Urbano durante 1 año. En 1968 fue nombrado subdirector del Hospital Salvatierra donde, entre muchas otras cosas, organizó un programa de actualización médica con sesiones semanarias. En 1974, el Gobernador del

la Unidad de Terapia Intensiva y organizó la unidad por servicios de especialidades. La Facultad de Medicina de la UNAM le otorgó el aval que tiene hasta la actualidad para Estudios de Especialización Médica. Se construyó un magnífico auditorio que fue sede de múltiples eventos académicos y culturales, como las Jornadas Médicas Sudcalifornianas (de las que él presidió las 3). Por si fuera poco, fue Presidente Fundador de la Asociación Médica.

Al margen de su reconocido desempeño a cargo de la dirección del Hospital, fundó el Colegio Sudcaliforniano de Medicina Interna y Cardiología. En ese tiempo también participó activamente al servicio a la comunidad presidiendo el Club Rotario de La Paz –incluso fundó el Club Rotario Guaycura.

Participó en innumerables cursos y congresos de actualización, en muchos de ellos como conferencista, tanto en Baja California Sur como en diversos lugares del país. Coordinó la formulación propuesta, fundamentación y consecución para que el Congreso del Estado otorgara el nombramiento de “Benemérito” para el Hospital Juan María de Salvatierra. Su paso por el Hospital dejó una estela de transformación y modernización de los servicios, pero su legado más valioso son el ejemplo de su liderazgo e infatigable compromiso, emparejados por su labor a todas horas con estricta cordialidad, a favor no sólo de los pacientes, sino de la institución y su personal. 🇲🇽



SERENDIPIA:**RECUERDOS DESDE LA SALA DE PARTOS**

Dr. Josué Estrada Flores, fundador de Serendipia

A finales de los '90 del siglo pasado al interior de la Asociación Médica del Hospital General Juan María de Salvatierra, tuvimos conciencia que requeríamos de un medio de comunicación que nos uniera e hiciera compartir desde artículos médicos hasta una amplia variedad y variopinta gama de textos entre el gremio y el personal del B. Hospital Juan María de Salvatierra. Y quien mejor que el Dr. Arturo Meza Osuna, el mejor escribano médico para encabezar esa tarea y de cuya cabeza surgió la idea de bautizar a ese instrumento escrito de enlace como "Serendipia", que es todo aquel hallazgo valioso que se produce de manera accidental o casual. Y qué les cuento, pues la sala de prensa fue pretexto para convocar a muchos obstetras de la pluma, la curiosidad, la experiencia y las ganas de comunicar. Me viene como relámpago el Dr. Fernando Elorriaga, a la "cobra Parker", a Taiko la química y sus poemas y la muy estimada María Antonieta, y a todos aquellos y cada uno de los colegas queridos de los cuales esta memoria de sexto piso perdió sus nombres.

A mi me tocó la tarea logística de ser el tramoyista de esa iniciativa de la letra escrita. Éramos médicos desconocedores de los intrínquilis de la impresión y difusión, pero lo suplíamos con muchas ganas. Fue un verdadero ejercicio técnico, rústico y desde luego con el picante que nos movía:



la pasión de servir y mantener una comunión como familia que formábamos en el añorado y Honorable Hospital Salvatierra.

Para estos tiempos tan tecnologizados de web 2.0 este breve relato puede sonar algo anacrónico, pero las épocas apreciados compañeros fueron tan reales como real es que aún soy médico Internista. La mayoría de aquellas entregas que publicamos eran de circulación interna hospitalaria, más algunos otros ejemplares que los sacábamos al aire de las calles de la ciudad. Arturo, el escribano médico, preparaba el bosquejo de lo compilado y escrito en cada emisión y me lo entregaba

para realizar todo el periplo al centro de copiado de la “Papelería Agruel”, incluidas las filas, la espera, las correcciones o rectificaciones con el empleado impresor que ni siempre era asertivo ni estaba de buenas.

Y no se crean que todo se resolvía en una hora o una tarde. No. Ahí los ejemplares se imprimían en ese ya olvidado color sepia para posteriormente entregarme días después todo el material que llevaba a la Asociación Médica, ubicada en el Hospital Salvatierra de Nicolás Bravo #1010. Ahí reiniciaba el proceso de parto de los hijitos de genes multi parentales para doblar las hojas y con la ayuda de una

solitaria engrapadora preparar a los de chamacos impresos de tinta para que recorrieran la nueva vida de los pasajes de nuestro Hospital.

Bien, toda tarea de parto tiene su merecida recompensa y nos alegraba el corazón ver las caras de los lectores de la revista Serendipia ubicados por todo el esqueleto hospitalario: desde urgencias, terapia, quirófanos, planta alta y baja, pasillos, áreas de gobierno. Y con esos seres de tinta chillante en sus manos brotaban las sonrisas llenas y las pícaras miradas rebosantes de alegría disfrutando la lectura de esa creación periódica con nombre de hallazgo casual: Serendipia. 🧠

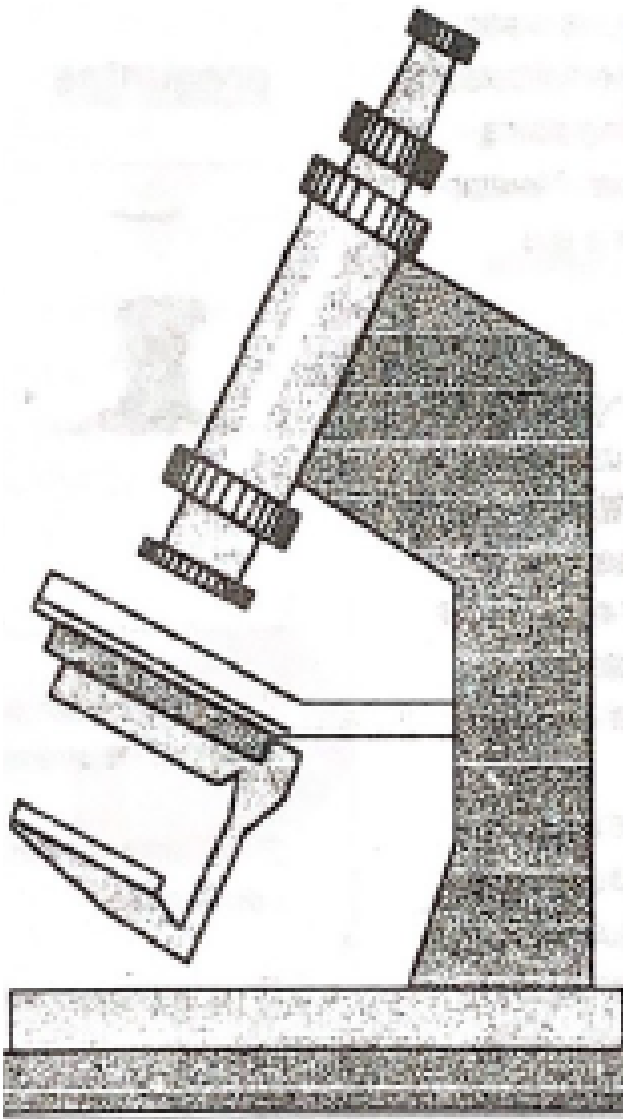
DEL BAÚL EL MICROSCOPIO

Dr. Arturo Meza Osuna, en Serendipia n. 6
(julio de 1998)

Su invención se adjunta a Antonio Van Leeuwenhoek, llamado por Paul de Kruif, "El primer cazador de microbios. El primero en asomarse en un mundo nuevo, poblado de millares de especies diferentes de seres pequeñísimos, ya feroces y aun mortíferos: ya útiles, solícitos y hasta indispensables para muchas ramas de la industria".

Antonio Van Leeuwenhoek nació en 1632, en Delft, en lo que hoy es Holanda. Poco se sabe de su juventud, rechazó los estudios universitarios en Ámsterdam y se regresó a Delft a atender una tienda de telas donde se desarrolla una extraña afición a tallar lentes, pues veía las cosas mas grandes de lo que se ven a simple vista.





Tallaba cristales, les daba vueltas por horas, los montaba en cuadros de metal, fabricaba unos pequeños, otros mas grandes. Aprendió a manejar la fragua y la retorta. Extraños vapores y olores salían de su casa. Consultaba con expertos alquimistas y trabajaba intensamente.

Naturalmente, sus vecinos pensaban que estaba chiflado. "Hay que perdonarlos, vista su ignorancia" -contestaba. 20 años trabajo de esta manera Leeuwenhoek; aislado y solitario observaba todo lo que podía: las escamas de su piel, la estructura

de un ojo de buey, lana de oveja, pelos de castor y liebre, cabezas de moscas, piojos, pulgas. Se extasiaba observando por horas las cosas más inverosímiles.

Hombre desconfiado e inculto, de pueblo. No sabía latín, sólo el holandés, que entonces era una lengua despreciada. Nada había escrito sobre lo observado hasta que conoció a Regnier de Graaf (el del folículo), quien se comunicó con la Real Sociedad de Inglaterra –antiguo "Colegio Invisible" donde participaban Newton y Boyle, entre otros distinguidos– que le pidieron describiera sus experimentos.

Leeuwenhoek contesto e ingenua carta que titulo: Exposición de algunas observaciones hechas por un microscopio ideado por Mr. Leeuwenhoek, referente a las suciedades que se encuentran a la piel, en la carne, etc., el aguijón de una abeja, etc. Naturalmente provoco la risa de aquellos sabio pero también quedaron maravillados de lo que el holandés afirmaba haber visto.

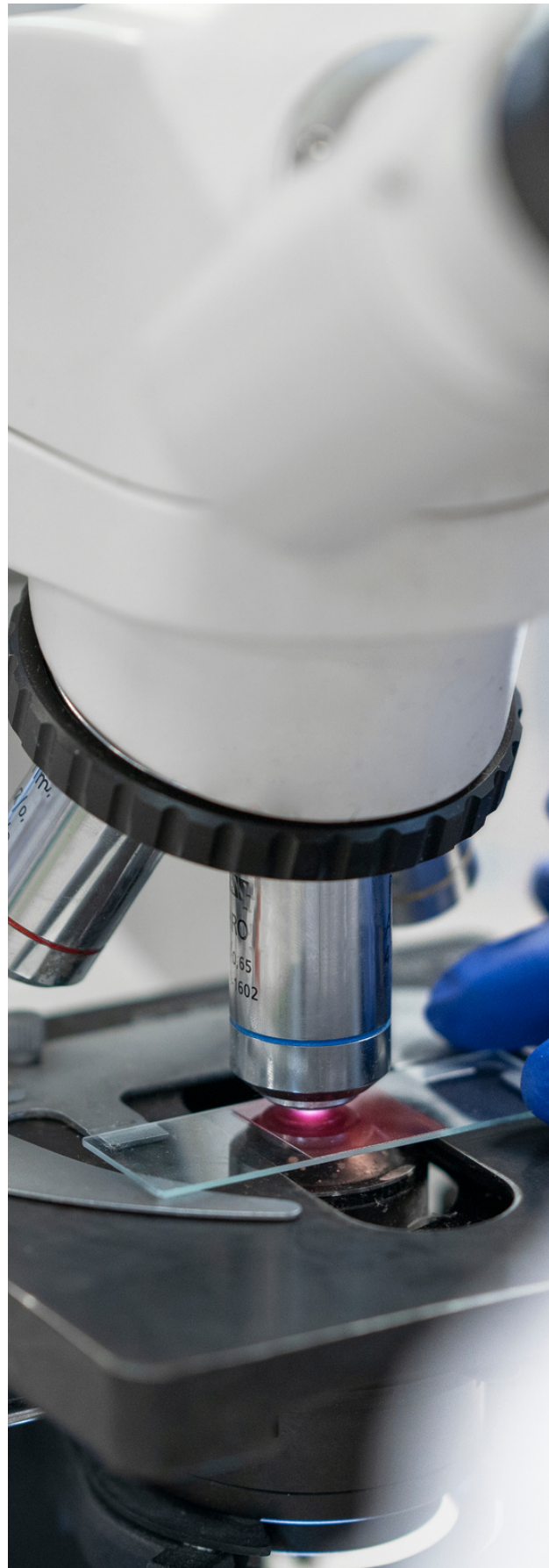
Fue esta la primera de una serie de 112 cartas que enviaría a la Real Sociedad en 50 años cada vez con descubrimientos mas sorprendentes, aunque su escasa información científica no le permitía encontrar unidades de medida y solía decir, por ejemplo, "Este animalillo es mil veces mas pequeño que el ojo de un piojo grande". Algunos científicos eran escépticos de las observaciones que en su carta describía Leeuwenhoek, por ello, la Real Sociedad le encargo a Roberto Hooke (padrino de la célula) y otros que

construyese microscopios con las especificaciones que les daba el holandés y en efecto, el 15 de noviembre de 1677, los filósofos y científicos exclamaron -¡Este hombre debe ser un observador mágico!. Un día grande para Leeuwenhoek por que a partir de esa fecha, se sucedieron las comisiones de hombre de ciencia a la casa de Antonio Leeuwenhoek para dar testimonio de su trabajo y narrar en latín -el lenguaje científico de la época- las observaciones que había hecho en 112 cartas que escribió a la Sociedad y su nombre fue reconocido en toda Europa.

Lo visito Pedro el Grande; la reina de Inglaterra fue a Delft a conocerlo; compartió escenarios con Newton, Boyle, Hooke, Molyneux, Leibnitz quienes lo conminaron a enseñar sus secretos en la fabricación de microscopios y sus

observaciones conminaron a enseñar sus secretos en la fabricación de microscopios y sus observaciones.

Muere en 1723 en el pueblo de donde jamás salió, dejando como legado dos últimas cartas explicativas de su trabajo final y en las que empezaba a reconocer que algunos bichos podían causar enfermedad en el hombre.👤



LA RECUA

(Trudi Angell y Dario Higuera, Bell Mare Productions, 2021)

Dr. José Efraín Torres Valdós

Desde hace mucho tiempo, me he preguntado sobre las costumbres, platillos favoritos, gustos y arraigos de los sudcalifornianos. La respuesta no ha sido fácil, de hecho, a 23 años de mi primer contacto con Baja California Sur (durante mi internado médico de pregrado), aún sigo explorando el tema. En mis primeros años, tras maravillarme por los atardeceres, el mar azul, y el inmenso semidesierto, adopté el gusto de comer hates, saludar a mis amigos con un *jueep!*, pistear ballenas y hasta me hice a la idea de cambiar los *wipers* achicharrados de mi carro cada año. Sin embargo, he sido testigo de un cambio continuo, con sus pros y sus contras, desde la vida rural a la ciudadina.

Describir la idiosincrasia multicultural de BCS no es algo nuevo –de hecho, ha sido un cuestionamiento constante por generaciones. Algunas personas la han explorado a través de la investigación y la escritura con libros dedicados a la genealogía de las familias sudcalifornianas, como las **Huellas ancestrales** (UABCS, 2001) de Rosa María Mendoza Salgado, la “maestra Rosita”.

Pero también en el cine se ha buscado celebrar la herencia y representar las costumbres de este bello estado. En específico, pienso en *Corazón Vaquero*:

the Heart of the Cowboy (Cody McClinckton, 2008), *Los otros californios* (César Talamantes, 2011) y, la reciente ganadora de festivales, *La Recua* (Trudi Angell y Dario Higuera, 2021). Estas obras marcan una trilogía de la pasión por describir una de las caras de la sudcalifornidad: la vida ranchera.

La Recua nos invita a encontrarnos con las costumbres de los antiguos californios que, hasta la fecha, se reflejan en las ropas, comida y estilo de vida de los rancheros sudcalifornianos.



Fue en 1697 cuando los españoles, tras abandonar la idea de conquistar a los pueblos originarios, decidieron cambiar la estrategia e iniciaron el proceso de evangelización por la Compañía de Jesús. De esta forma, la orden de los Jesuitas, comandados por el padre Juan María de Salvatierra, fundaron en Loreto la primera Misión permanente de Baja California Sur. A partir de este momento, la península cambió su estatus político en múltiples ocasiones. Transitó desde la pérdida de la

Alta California (actualmente California, Estados Unidos), a manos del ejército estadounidense, hasta el reconocimiento de un estado independiente y soberano de nuestro país el 8 de octubre de 1974. Desde este periodo, los asentamientos españoles y sus descendientes han mantenido las costumbres y tradiciones que, actualmente, denominamos “vida del rancho”.



El antecedente audiovisual más antiguo y directo de La Recua fue realizado por un estadounidense que, maravillado por las costumbres, ropas, comida y el territorio, filmó el documental *Corazón Vaquero* en el año 2008 (asesorado por Fermín Reygadas, profesor de Historia y Arqueología de la uabcs). En esta película, hablada en inglés y español, los futuros directores de La Recua, Dario Higuera (México) y Trudi Angell (Estados Unidos) iniciaron su inquietud y deseo por filmar un nuevo documental que mostrara, especialmente a las nuevas generaciones, la necesidad de reconocer y cultivar sus tradiciones. En compañía del equipo de Producciones Cormorán, productora sudcaliforniana, Higuera, su nieto y amigos alistaron su recua de burros y se aventuraron a recorrer el famoso Camino Real (300 km desde Los Comondús hasta la ciudad capital de Baja California Sur) para recrear el trayecto que realizaban sus antepasados con la intención de vender carne seca, dátiles, queso y vino misional.

El largometraje, que goza de la magnífica fotografía de Elizabeth Moreno y Alejandro Rivas, nos transporta a través de la Sierra de La Giganta para reencontrarnos con un pasado vivo y que late fuertemente en el corazón de los sudcalifornios. Retrata la añoranza y la búsqueda por recuperar el arraigo de la vida rural en nuestro México, esa vida que se ha diluido con el paso del tiempo por la idea de que sólo en las grandes ciudades puede existir el progreso.

Desde mi punto de vista, *La Recua* puede enmarcar el inicio de una reflexión profunda sobre la mexicanidad regional y la recuperación de las tradiciones en enoroste de nuestro país. La recepción de la película ha sido como pocas, tanto en México como en Estados Unidos, logrando aplausos sostenidos e, incluso, el llanto de personas que conectan con el mensaje sincero que transmiten sus creadores. Si bien es cierto que el documental recrea los lazos con los antepasados y la idiosincrasia de Baja California Sur, también es capaz de transmitir su esencia y provocar los mismos sentimientos en cualquier mexicano que asista a su exhibición. Sin duda alguna, deberá ser considerada, junto a otras joyas audiovisuales registradas en la tesis doctoral de Lefteri Becerra (uabcs, 2022), como patrimonio de la cultura sudcaliforniana. En propias palabras del ranchero sudcaliforniano Dario Higuera: “una lindeza de regular pa’ arriba” que corona la gran tradición documental de Baja California Sur. 🐾



La Recua

Duración: 86 minutos. Idioma: Español.
Compañías productoras: Bell Mare Productions. Productora: Trudi Angell
Guión: Andrés Ozawa. Fotografía: Alejandro Rivas, Elizabeth Moreno, Erik Stevens. Edición: Sergio Castro, Andrés Ozawa. Sonido: Rogelio Muñoz, Álvaro Castro. Música: Alejandro Guerrero.

Fotos: cortesía de Producciones Cormorán.

La película aún se encuentra en circuito de festivales y cineclubes.

Para más información visita:

<https://www.facebook.com/LaRecuaMovie>.

CRONICAS DE CACERÍA

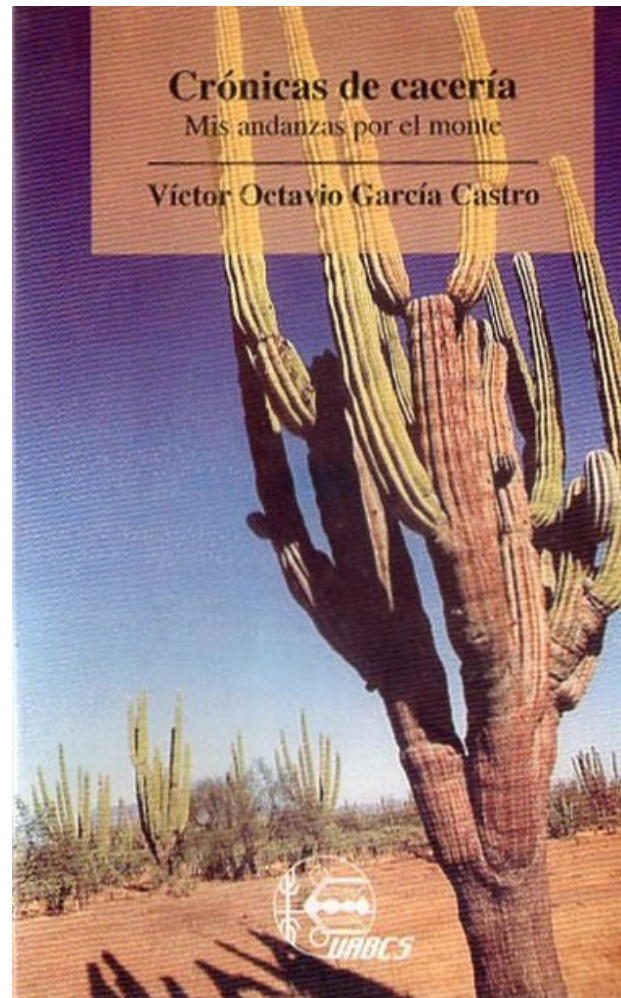
Mis andanzas por el monte
(Víctor Octavio García Castro, UABCS, 2013)
Dr. Arturo Meza Osuna

De una sentada me leí *Crónicas de cacería*, un libro del periodista Víctor Octavio García Castro editado por la uabcs. Se trata de una serie de textos, casi todos publicados en periódicos y portales locales, en los que García Castro narra con singular pericia sus experiencias en la caza de venados. Muy aleccionador, seguramente hasta didáctico para quienes se interesan en el ejercicio de la cacería en los parajes sudcalifornianos; para quienes no, son la redacción, el estilo, la forma que usa Víctor Octavio García para trasladar al lector a sus andanzas.

Ciertamente coloquial, alejado de las ostentaciones intelectuales y la rimbombancia académica, el lenguaje de

Víctor Octavio es de quien cuenta alrededor de la fogata familiar un aspecto de las viejas tradiciones sudcalifornianas: salir a cazar venados. Sin adornarse, sin selección meditada de palabras, así como viene, así como se va presentando (y con la misma) Víctor Octavio deleita realmente con el ritmo y la cadencia que imprime al relato. Aún cuando sus textos pudieran ser pasto de redactores y correctores de estilo, se encuentran con algo que no puede ser corregido porque en estos textos, la expresión auténtica lo es todo. Imagino a los editores universitarios vueltos locos porque aparecen con demasiada frecuencia palabrejas que no están –ni van a estar– en el diccionario, o porque el tal disparate ni se pronuncia ni se escribe como manda la Real Academia.

En este libro, el desierto cobra vida, el periodista le da otra dimensión al aparente paisaje uniforme y monótono; invita al lector al monte, a discernir entre un arbusto y otro, entre los olores y las temporadas de retoños, pastos y floraciones; a entrarle a ese mundo silvestre en el que no reparamos los ciudadanos apretados en la ciudad y esas satisfacciones especiales del que camina incansable, sube lomas, otea desde las colinas y avanza por valles y cañadas en busca de un pretexto para quedar extasiado con la naturaleza: una emoción que tan bien sabe Víctor Octavio transmitir al lector. El pretexto es la caza del venado, sin embargo, hay textos en los que sólo por el gusto de pajarear, liberarse del estrés, pasarse un rato con los amigos



entre el juego de baraja y la guitarra, unos tragos y un buen puchero. La caza del venado pasa a segundo término, es más, la palabra “venado” jamás se menciona.

Una de las actividades dominantes que se describen con la mayor sabrosura es sin duda la comida, se podrá acusar a Víctor Octavio de no ser muy buen tirador, de andariego mediano, de discapacitado auditivo, pero jamás de anorético. La alimentación campera –toda una especialidad– está presente en cada página. No es sólo la mención del menú, también la manera de confeccionar el guisado que, a querer o no, se antoja. Sin complicaciones, con el mínimo de

ingredientes, dos o tres especias, una pieza de carne, una fuente de calor cualquiera y el milagro de la exquisitez que bien señala con detalles el narrador que se extasía en el hervor de la sartén, con la ebullición de la cafetera, el chirrido de la grasa. Es el alimento, sin duda, un tema central de la obra. Esa forma de comer que el *ranchero sudcaliforniano* ha obtenido en muchos, muchísimos años de campeo, de conocimiento del medio; de una tradición que se condice con las condiciones ambientales, se come lo que hay.

Es la exaltación de la amistad, otra de las descripciones estupendas de *Crónicas de cacería*. La confianza, las bromas, los apodos, la solidaridad de los miembros que componen los diferentes grupos de cazadores. Sin las poses de esa especie de gurú del periodismo político de la media península que ha llegado a ser, conocedor del lenguaje políticamente correcto con el que emprende casi a diario sus textos críticos y aguerridos, de toma de posición, de mensajes implícitos, Víctor Octavio le entra a una especie de jerga sudcaliforniana, simple, llana, elemental, pero que enriquece con el contexto, las expectativas y la cadencia que imprime a las narraciones como si fueran esas conversaciones de sobremesa, donde la humanidad fundó su mundo cultural, distinto al natural.

En suma, la estrella de la obra es, sin duda su lenguaje. Quizá en algunas partes incomprensible para el *fuereño*, para el

recién llegado a estas tierras, palabras como *mampostear*, *mesteño*, *juellas*, *veintidocito*, *martajada*, *enmontada*, *pajuelazo*, *bofo*, *panguingui*, *destender*, *crillón*, *parajear*, *trilladeros*, *machucar*, *aviada*, *coyotito*, *pelechado*, *patagorrilla*, *guasanga*, o inflexiones del lenguaje como “y con la misma...” que *con la misma* le dan continuidad al relato, le confieren velocidad de tertulia sin necesidad de puntos y comas, como en una plática informal.

Sucede igual con las famosas “malas palabras”, que el autor usa sin malicia ni doble sentido, pues simplemente forman parte del habla popular –como decir *chingadazo* por un *balazo*. Surgen enriquecedores, también, los topónimos de los sitios de caza, de las zonas como El Cantil de Abajo, Los Brellalitos, El Ancón, Los Columpios, Los Horconcitos, La Tinaja de la Vieja, Los Peludos, Las Tarabillas, La Cardonosa, Cerro Blanco, Huatamote y más de cien surgidos de la imaginación, la costumbre, la tradición.

Como decía al principio, es un libro picador. Se lee en una sentada, se viaja al centro de la sudcaliforniedad y ahorra la venadeada. ¡Qué tal! ¡Échense ese trompo a la uña! 🍷

Para reconocer la labor formativa del Benemérito Hospital General con Especialidades Juan María de Salvatierra y los esmeros de su personal médico, Serendipia incluirá sinopsis de productos de investigación realizados con anterioridad en la institución para beneficio de las nuevas generaciones de residentes, quienes podrán tenerlas como ejemplo y referencia sobre temas y tipos de estudios que se han realizado, sus métodos y alcances. El propósito de esto es difundir los trabajos que se encuentran a resguardo y disponibles para su consulta en la Biblioteca del Hospital.

ETIOLOGÍA Y MORTALIDAD DE LA OCLUSIÓN INTESTINAL EN EL BENEMÉRITO HOSPITAL GENERAL JUAN MARÍA DE SALVATIERRA

Disertación de tesis de especialidad en Cirugía General (sin publicar). México, UNAM, 2015.
Disponible para su consulta en la Biblioteca del BHGJMS.

Dr. Edgar Emmanuel González Hernández

Médico especialista en Cirugía General que formo parte de la 23ava generación de médicos especialistas del Benemérito Hospital General con Especialidades Juan María de Salvatierra egresado en febrero de 2016.

“ *Identificar las causas de la Oclusión Intestinal en nuestro medio hospitalario facilita la sospecha diagnóstica causal y por lo tanto, un pronto establecimiento terapéutico, ahorrando tiempo para establecer el diagnóstico y actuar oportunamente con menor manejo* ”



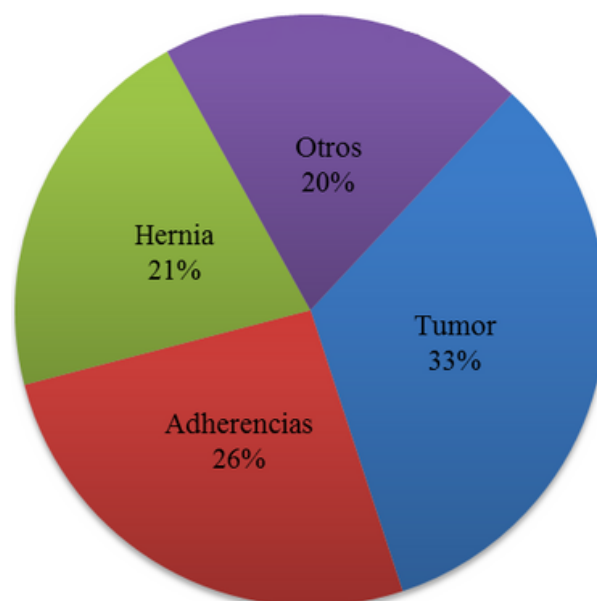
Resumen

Estudio retrospectivo y análisis estadístico de expedientes de pacientes que ingresaron al Servicio de Urgencias del bhjms a lo largo de dos años (2012-2013) por un cuadro congruente con el diagnóstico de Oclusión Intestinal (oi). Desde un enfoque etiológico, el objetivo fue identificar las principales causas reportadas de dicha alteración y la tasa de su mortalidad general. Identificar las causas de la Oclusión Intestinal en nuestro medio hospitalario facilita la sospecha diagnóstica causal para establecer un tratamiento oportuno del paciente.

Metodología

Para identificar apropiadamente la mayor cantidad de casos, se determinó el cuadro de Oclusión Intestinal por la presencia simultánea de dolor abdominal, distensión, náusea o vómito y ausencia de canalización de gases o evacuaciones. Previo al análisis, se recopilaron los ingresos al Servicio de Urgencias en un periodo de dos años (desde el primero de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2013) con diagnósticos de Oclusión intestinal, Hernia Inguinal, Hernia Umbilical, Hernia Diafragmática, Hernia Ventral, Linfoma, Adherencias, Perforación Intestinal, Tumor de Tubo Digestivo, Tumor de Útero y Anexos. En esta etapa se contemplaron 221 casos.

Para la selección de los casos susceptibles de estudio, se determinaron los siguientes criterios de inclusión-



exclusión: 1) Pacientes mayores de 18 años. 2) Mención de causa de ingreso compatible con oi. 4) Diagnóstico presuntivo causal en su hospitalización. Se excluyeron de la muestra expedientes incompletos, de pacientes menores de 18 años, casos incompatibles con el cuadro de oi y aquellos en los que no se definiera el agente causal a pesar de presentar un cuadro de oi.

Tras la depuración, la muestra quedó reducida a 43 casos que se integraron en una hoja de cálculo para su análisis estadístico, observando: edad, sexo, ocupación, lugar de nacimiento, lugar de residencia, el agente causal, fecha de ingreso, los días de estancia hospitalaria, tipo de tratamiento, tipo de egreso, antecedentes quirúrgicos y antecedentes crónico-degenerativos. A seguidas, se revisó la causa, porcentaje de morbilidad, tipo de tratamiento y días de estancia hospitalaria. Finalmente, los datos se compararon con la bibliografía.

Resultados

Respecto a la muestra, se distribuyeron las causas de OI reportando como principal motivo las Adherencias (26% de los casos), de las cuales se notó su razón en orden descendente: por Laparotomía por trauma, Cesárea, Colectectomía abierta, Histerectomía abierta y Apendicetomía abierta. Las Hernias fueron la tercera causa de oi (21%), destacando la Umbilical (55%) e Inguinal (33%). Se reportaron asimismo otras causas de oi que de forma independiente representaron menos del 5% del total de los casos, pero que en conjunto sumaron 20%. De éstos, los más frecuentes fueron Constipación intestinal, Enfermedad de Crohn, Hematoma retroperitoneal secundario a traumatismo y Vólvulo intestinal.

De los 43 pacientes, 65% se sometieron a tratamiento quirúrgico, sin embargo, son de notar diferencias importantes según el diagnóstico: se le dio tratamiento

quirúrgico al 100% de los casos de hernia inguinal, al 57% de los pacientes con tumor y tumor y en el 54% cuyas causas fueron las adherencias. La mortalidad general fue de 16%. 26% se presentó con tratamiento conservador y el 10% en tratamiento quirúrgico. La edad promedio de mortalidad fue de 61 años. En cuanto a la estancia hospitalaria, en promedio fueron de 7.8 días, aunque al dividir las causas de la OI, el porcentaje manifestó variaciones de 5.5% y 4% en pacientes por adherencias y hernias respectivamente, y de 14 días para los pacientes con tumor.

Discusión

El Colegio Americano de Cirujanos define a la Oclusión Intestinal como la interrupción del tránsito intestinal causada por un elemento que imposibilite el libre movimiento intestinal o de alguna dificultad funcional para la contracción de los

Gráfico 2. Mortalidad, según tipo de tratamiento.

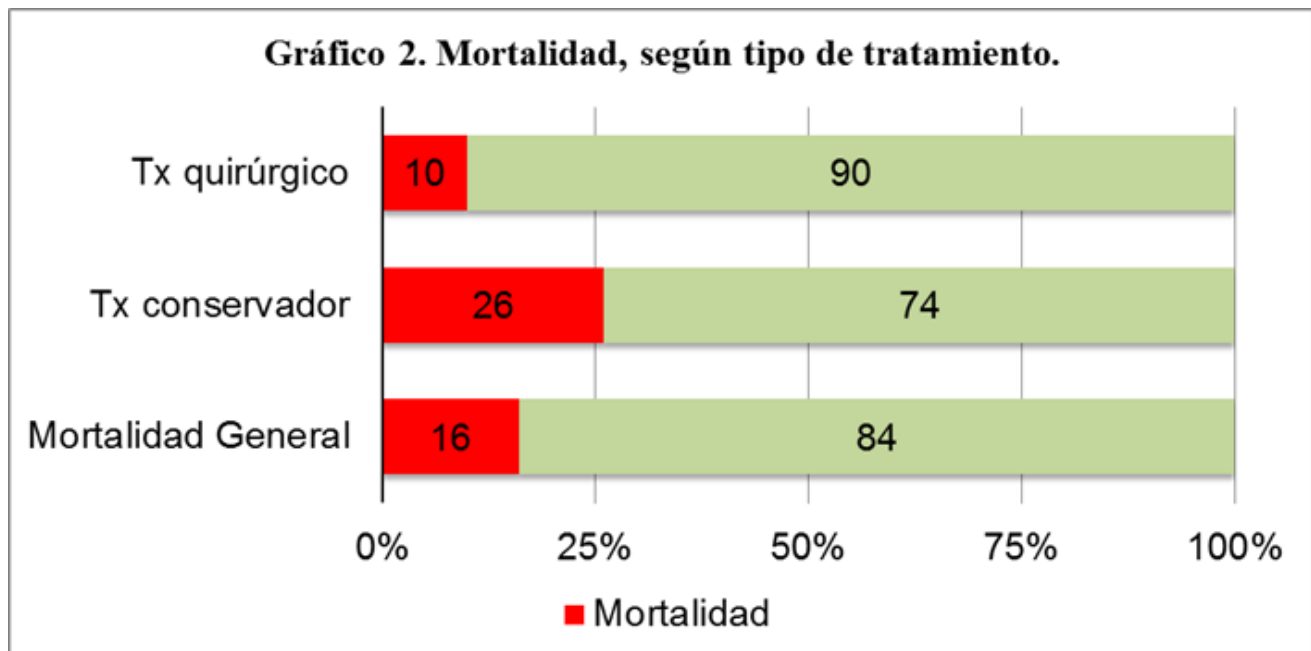
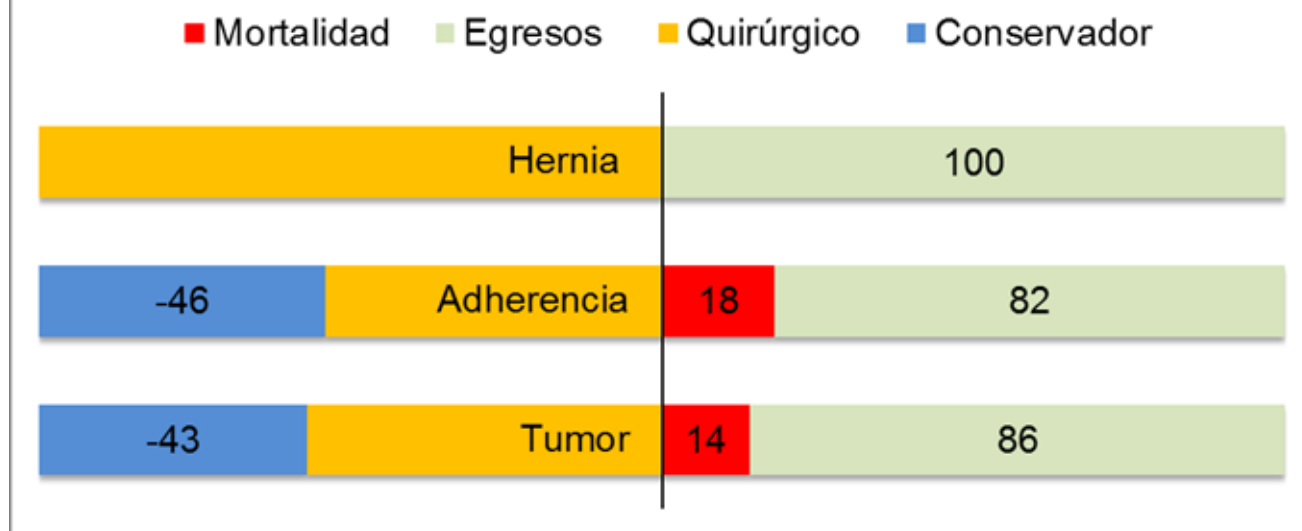


Grafico 3. Porcentaje de mortalidad, relacionado a etiología/tipo de tratamiento y etiología/mortalidad



músculos intestinales. Se trata de un padecimiento que ha afectado a la humanidad todo a lo largo de su existencia, pudiendo presentarse en cualquier etapa de la vida, con lo cual resulta relevante el estudio de sus causas, tratamiento y posibles consecuencias por su frecuencia, recurrencia y la alta morbilidad asociada. Los antecedentes históricos nos refieren una variedad de opciones terapéuticas afines con los mismos principios considerados a la fecha, aunque a simple vista pudieran parecerse lejanas. No es sino a finales del siglo XIX que, estableciéndose la cirugía como una práctica segura, se convierte en opción terapéutica de la OI.

Los avances en el conocimiento de la fisiología, la fisiopatología, las técnicas quirúrgicas, los estudios de gabinete y

laboratorio han ampliado el panorama del conocimiento que se tiene de esta enfermedad, y han dado como resultado una reducción en la tasa de morbimortalidad de este padecimiento en el último siglo.

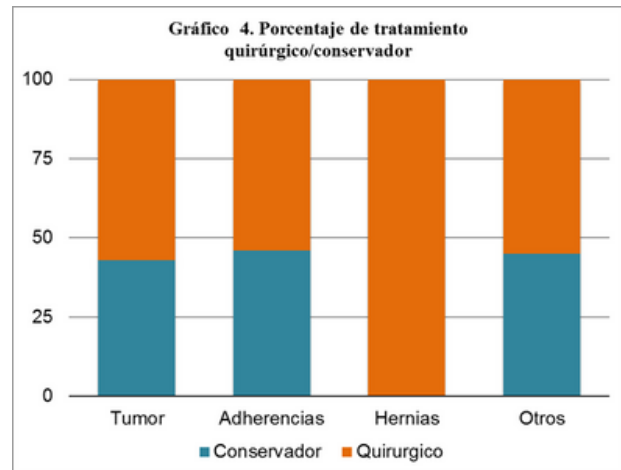
La fisiopatología de la oi inicia cuando se crea un sitio de obstrucción y, como respuesta del intestino, éste aumenta la frecuencia y fuerza de las contracciones peristálticas, con la finalidad de impulsar la causa de la obstrucción. Si el aumento del peristaltismo no venció el sitio de la obstrucción, el intestino se fatiga, se dilata y disminuye notablemente los movimientos peristálticos, mientras que en su luz se acumulan líquidos y electrolitos. Tal acumulación favorece la colonización con *Escherichia Coli*, *Stereptococcus Faecalis* y *Klebsiella*, lo que produce translocación

¹ Welch JP. Bowel obstruction. Differential diagnosis and clinical management. Ch. 1. WB Saunders Company; Philadelphia, PA, USA: 1990. p. 3-27.)

bacteriana a ganglios mesentéricos y otros órganos además de deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico. La dilatación intestinal aumenta la presión abdominal, comprometiendo la ventilación por la disminución de la movilidad diafragmática. También reduce el retorno venoso portal, ya de por sí abatido, lo que puede llevar al paciente a un estado de choque. Asimismo, el aumento de la presión intramural intestinal –favorecido por la dilatación de asas que colapsa el flujo sanguíneo– puede producir isquemia, llegando a necrosis y perforación intestinal con la consecuente peritonitis.

Para integrar el diagnóstico y establecer un plan de tratamiento se requiere una anamnesis y exploración física meticulosa, acompañadas de radiografías simples de abdomen. En algunas ocasiones serán necesarios otros estudios más sofisticados si el diagnóstico y la causa son inciertos. Los cuadros de OI secundarios a Adherencias (60%), se deben sobre todo a procedimientos de la zona pélvica, entre las que destacan las intervenciones ginecológicas, apendicectomías, resección de colon y recto. En la segunda causa de OI se reportan las hernias con un 20% destacando las hernias umbilicales y las hernias inguinales. Los tumores con un 10% se describen como tercera causa, siendo principalmente lesiones metastásicas como consecuencia de implantes peritoneales propagados a partir de un primario intrabdominal o por compresión extrínseca secundaria a efecto

de masa de tumor, ovario, páncreas, estómago y colon son los más reportados. Otras causas también descritas, pero menos comunes son: vólvulos, intususcepción, enfermedad de Crohn, bezoar, parasitosis, absceso peritoneal, ilio biliar, entre otras.

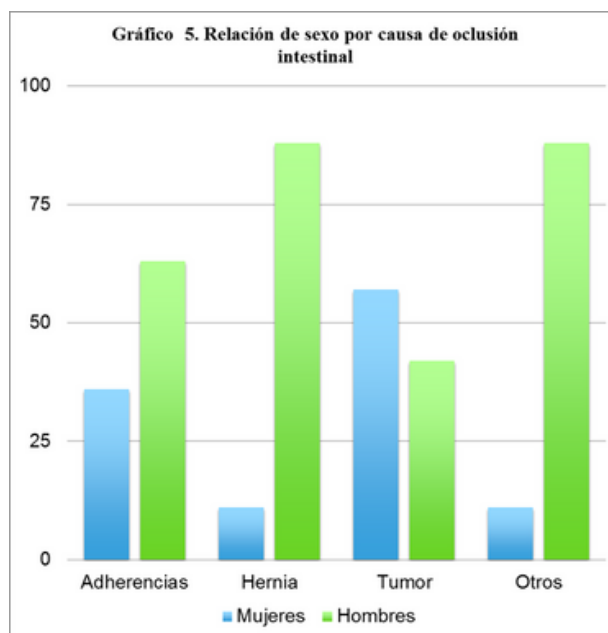


Las causas varían según la ubicación geográfica, el tipo de institución donde se realice el estudio, las políticas del sistema de salud, o el grupo de edad que es analizado. También se observan variaciones al revisar diferentes épocas. Con tratamiento oportuno, 70% de los casos de OI se resolverán con manejo conservador, el 30% requerirá tratamiento quirúrgico, al cual se asocia 5% de mortalidad cuando no hay estrangulamiento intestinal pero que se cuadruplica a 25% en caso de haberlo. En todos los pacientes deberá realizarse estudios de RX simples de abdomen (9), preferentemente en dos posiciones. El autor de la tesis sugiere realizar, también, una telerradiografía de tórax en bipedestación, pues puede evidenciar

signos de neumoperitoneo por aire subdiafrágico –una indicación de tratamiento quirúrgico inmediato, agregando que la tac no debe realizarse de rutina y que la ultrasonografía tiene utilidad limitada. De ahí deriva la importancia de realizar una anamnesis completa y establecer un diagnóstico integral, pues diversos estudios muestran que el cuadro clínico y los síntomas cardinales de la OI (tales como dolor, vómito, distensión y constipación, no son suficientes y determinantes para decidir y orientar la necesidad de realización de un tratamiento).

El tratamiento apropiado debe iniciar en cuanto se establece un diagnóstico. Los indicadores para la realización de tratamiento inmediato son: Datos clínicos compatibles; Datos de estrangulamiento; Datos de perforación; Hernia irreductible; Carcinoma; Datos clínicos de fiebre, leucocitosis, acidosis metabólica y signos clínicos de irritación peritoneal. En caso de ausencia de alguno de estos datos, puede iniciarse tratamiento conservador por 72 horas, siempre y cuando no hayan indicadores de la necesidad de tratamiento quirúrgico. En pacientes con cuadros repetitivos, este manejo puede mantenerse hasta por 14 días bajo la misma condición que consiste en ayuno,

sonda nasogástrica, hidratación intravenosa, antibióticos intravenosos y apoyo nutricional. Bajo un manejo conservador, puede realizarse un tránsito intestinal con 50 a 150 ml de contraste hidrosoluble, y en caso de haber presencia de contraste en colon a las 8 hrs, hay una relación positiva de que no se requerirá tratamiento quirúrgico en las siguientes 72 horas.



Los elementos que han demostrado tener un valor positivo para orientar la necesidad de tratamiento quirúrgico son: 1) Gasto de sonda nasogástrica mayor a 500 ml en 24 horas; 2) Presencia de taquicardia, fiebre, leucocitosis, niveles elevados de lactato; 3) Elevación de proteína C reactiva; 4) Incremento de CPK. (11 y 13).

² Lorenzo de la Garza-Villaseñor. "Etiología de la oclusión intestinal". *Rev Gastroenterol Mex*, Vol. 66, Núm. 4, 2001, pag:194

³ Catena F, Di Saverio S, Kelly MD. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2010 evidence-based guidelines of the World Society of Emergency Surgery. *World J Surg* 2010; 6: 2-24.

En el caso de las hernias, que ocuparon el tercer peldaño por frecuencia, las umbilicales y las inguinales fueron las más comunes al igual que en la mayoría de las publicaciones revisadas. Comparando los resultados con otros dos estudios de nuestro país (De la Garza-Villaseñor, 2001; y Athie et al, 1999), aunque en aquellos estudios la adherencia, la hernia y el tumor oscilan entre los tres principales causantes de OI, el orden es diferente. En ambos, la causa tumoral no alcanza el 10% de los casos; esto podría ser consecuencia de diferentes factores ambientales, geográficos, políticas de salud, aunque cabe decir, que tanto el Distrito Federal –donde se realizaron los dos estudios– como Baja California Sur se encuentran, a nivel nacional, entre los primeros cinco estados con tasa de mortalidad más alta secundaria al cáncer de colon (5).

La mortalidad general de la OI antes de la década de 1990 se reportaba en 30 a 50% (19), pero en actualizaciones, con un correcto diagnóstico del cuadro y un buen tratamiento, pueden llegar a disminuir estas cifras de mortalidad hasta un 3 a 5% (19 y 20).

Tasa de mortalidad por tumor maligno del colon, según entidad federativa.



En nuestra revisión, la mortalidad general fue de 16%, sin embargo, al hacer una comparación de la mortalidad entre los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico (10%) contra aquellos que recibieron tratamiento conservador (26%) se observa una clara diferencia.

El manejo conservador contra el manejo quirúrgico temprano con ausencia de signos de alarma sigue siendo controvertido, aunque se ha observado que el primero tiene éxito en 43 a 73% de los casos con OI completa. Esto arroja un porcentaje de fracaso de 57 a 27%; dichas cifras son clínicamente altas, más aún, con las complicaciones a las que puede asociarse una oclusión completa con isquemia, necrosis y perforación; por lo que el seguimiento de un paciente al que se le ha decidido proporcionar tratamiento

⁴ Mohammad S, Salamah A. "How predictive are the signs and symptoms of small bowel obstruction". *Oman Medical Journal* 2012; 27: 281-284.

⁵ Díaz J, Bokahary. "Practice management guidelines for small bowel obstruction". *Eastern A Surg Traum* 2007; 46: 2228-2232.

⁶ Sarraf-Yazdi E, Shapiro ML. "Small bowel obstruction, the eternal dilemma of when to intervene". *Scan J Surg* 2010; 99: 78-80.

⁷ Branco B, Barmparas G. "Systematic review and meta-analysis of the diagnostic and therapeutic role of water soluble contrast agent in adhesive small bowel obstruction". *Br J Surg* 2010; 97:470-478.

conservador deberá efectuarse con vigilancia estrecha buscando de forma intencional datos de alarma, puesto que los indicadores clínicos de fiebre, leucocitosis, taquicardia, dolor continuo y acidosis, además el tratamiento quirúrgico temprano tanto en la obstrucción parcial como completa con tasas más bajas y tiempo más largo libre de recurrencias en comparación con el manejo no quirúrgico (18). En el trabajo, el tratamiento conservador se asoció además con un incremento en la mortalidad, por lo que queda nuevamente pendiente el dilema de si el tratamiento conservador deberá ofrecerse como línea de tratamiento, o solo ser un manejo temporal para mejorar el estado general del paciente como preparación para el tratamiento definitivo quirúrgico de la enfermedad.

Conclusiones

- Las principales causas de oclusión intestinal en el Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra, son en primer lugar tumores, adherencias y hernias con 33, 26 y 21% respectivamente. Una mortalidad general de 16%.

- Las causas principales de OI en el estudio son similares a las repostadas por la bibliografía, sin embargo, difieren de forma importante en la frecuencia con que éstas se presentan.
- La mortalidad general de la población estudiada fue de 16%. Entre los que recibieron tratamiento conservador fue de 26% mientras que entre los que se resolvió por vía quirúrgica fue del 10%. La edad promedio de la mortalidad fue de 61 años.⁸

⁸ Sarraf-Yazdi E, Shapiro ML. Small bowel obstruction, the eternal dilemma of when to intervene. *Scan J Surg* 2010; 99: 78-80.

⁹ Ilgen JS, Marr A. Cancer emergencies the acute abdomen. *Emerg Med Clin North Am* 2009; 27: 381-399.

¹⁰ Mohammad S, Salamah A. How predictive are the signs and symptoms of small bowel obstruction. *Oman Medical Journal* 2012; 27: 281-284.

¹¹ McEntee G, Pender D, Mulvin D, McCullough M, Naeeder S, Farah S, *et al.* "Current spectrum of intestinal obstruction". *Br J Surg*. 1987; 74:976–80. Y Fevang BT, Fevang J, Stangeland L, Soreide O, Svanes K, Viste A. "Complications and death after surgical treatment of small bowel obstruction". *Ann Surg*. 2000; 231:529–37.

RETO DIAGNÓSTICO

Dr. José Octavio Octavio Flores Alonso

En esta sección se presentan casos clínicos para establecer un diagnóstico mediante la observación y análisis de las imágenes que se presentan con un breve resumen clínico.

El primer reto es dermatológico, disciplina clínica caracterizada por la observación directa de las manifestaciones en la piel, lo cual usualmente representa no solo afecciones localizadas sino también un compromiso sistémico.

Esperamos nos compartan los diagnósticos que establezcan, describiendo el análisis semiológico que los llevaron a realizarlo, al correo serendipia.rev@gmail.com, con fecha límite del 19 Junio 2023.

En el siguiente número de la revista se presentará el resultado de este reto y se hará el reconociendo de los nombres o seudónimo de quienes fueron asertivos para el mismo.

Caso clínico No. 1

Paciente femenino de 25 años con una dermatosis en cuadrante inferior derecho de tórax posterior constituida por placa eritematoescamosa de forma oval de 20mm x 12mm límites precisos; la escama es delgada fina y en bordes como en grumos.

Evolución aguda y no pruriginosa.

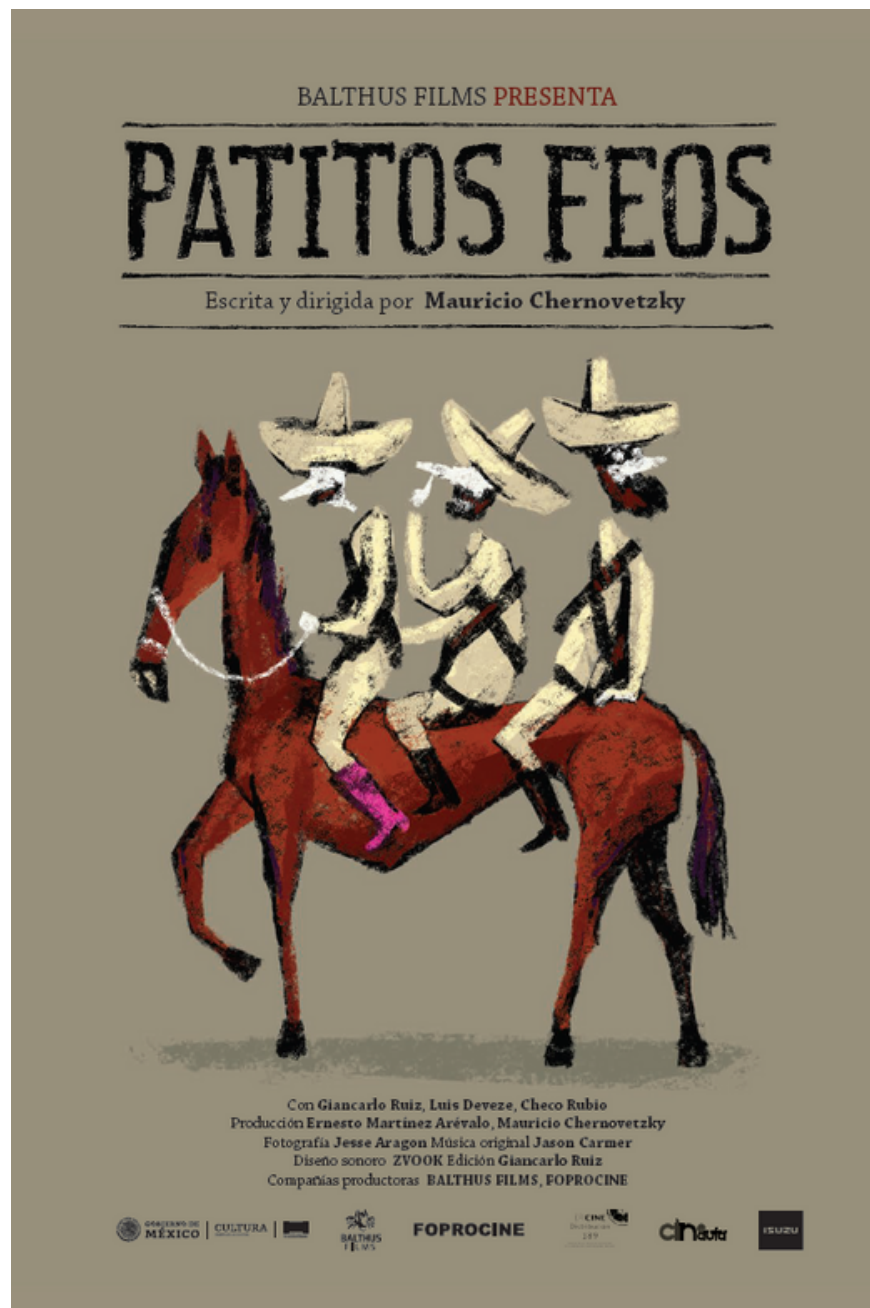
La cual apareció hace 15 días sin mostrar cambios hasta la fecha.



El Colegio Médicos Cirujanos del Estado de BCS, Sección Colegiada La Paz invita a la Sesión Cultural del mes de mayo a la presentación del largometraje **Patitos Feos** el día Martes 23 de mayo a las 21 hrs en las instalaciones del Colegio Médico ubicado en Dibujantes 1625 e/Chiapas y Durango, La Paz, Baja California Sur, 23070.



Entrada gratuita





SERENDIPIA

Vol. I, No. I, Época. II, Mayo 2023

Revista de la Asociación médica del hospital Salvatierra para compartir temas de investigación, cultura, anécdotas y mitotes.

serendipiabcs.com