



SERENDIPIA

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

Identidad Médica, Cultura Regional e Investigación en Salud



Baja California Sur y la Geografía de la Esperanza

Miguel Ángel de la Cueva

Informe: Transición hacia el OPD IMSS Bienestar

Asociación Médica

Hígado graso no alcohólico

Dr. Luis Alberto Contreras Ojeda

Semblanza del Dr. Juan Manuel Cota Abaroa

Dr. Dante de Jesús Avilés Meza

Vol. I
No. II

Época II
julio-agosto 2023
serendiabiabcs.com

CONVOCATORIA

El Consejo Editorial de la revista **Serendipia** extiende una amable invitación a colaborar en sus tres secciones de los siguientes números.

Lineamientos

Textos para **Maleconeando** y **Piolas y Chinchorros**: no hay extensión mínima, aceptamos colaboraciones breves desde un par de líneas (aforismos, microrelatos o expresiones del habla popular) hasta creaciones con un máximo de 6 páginas (anécdotas, reseñas, crónicas, cuentos, poemas, ensayos u otra forma de expresión literaria), en Arial de 12 puntos con interlineado de espacio y medio (1.5).

Para el arte gráfico: aceptamos trabajos de cualquier tipo (foto, pintura, collage, grabado, etc.) con resolución mínima de 150 ppp.

Las colaboraciones para la sección **Buzos** contempla la presentación de análisis de casos clínicos y artículos de divulgación científica, sobre:

- Trabajos terminados de tesis
- Trabajos presentados en congresos
- Publicaciones propias sobre el área de salud
- Comentarios críticos sobre un tema actual del área de Salud

Los trabajos para esta sección deberán ser en formato Word con letra Arial de 12 puntos e interlineado de 1.5 utilizando el modelo de citación APA e incluir cuando sea posible registro DOI de las referencias. La extensión máxima será de 3 cuartillas, contando bibliografía e imágenes. Las colaboraciones deberán incluir en el mismo documento: nombre completo del autor o autores, lugar de adscripción o institución y correo electrónico.

Las participaciones serán recibidas en la dirección de correo:

serendipia.rev@gmail.com



En caso de mandar más de una colaboración, favor de enviar cada una en su propio documento.



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 Olimón 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

Tesorera

Vocales

Dr. Carlos Arriola Isaís

Dra. Karla Lizette Villa Sánchez

Dr. José Manuel Junco Navarro

COMISIONES

Dr. Jorge Ricardo Pérez Mejía

Eventos Sociales y Culturales

Dra. Viridiana Olimón Aguilar

Eventos Académicos

Dr. Daniel Orlando Solís Garibay

Jornadas Médicas

Dr. Arturo Meza Osuna

Consejo Editorial *Serendipia*

Dr. Jorge Hernández Flores

Estatutos y Transición de Razón Social

Expresidentes de la Asociación Médica

Honor y Justicia



Consejo Editorial

Miembros fundadores

Dr. Arturo Meza Osuna
Dr. Josué Estrada Flores

Editores Generales

Dra. Francisca García Rodríguez
Dr. Arturo Meza Osuna

Editor de Imagen

Dr. José Octavio Flores Alonso

Editores

Dr. Adolfo García González
Dr. Luis Alberto Contreras Ojeda
Dr. Francisco Javier Warren Cano
Dra. Liliana Patricia Bolaños Sánchez

Comité de Redacción

Dra. Lillian Romero Silva
Dra. Karina Alemán Díaz
Dr. Rafael Carrillo Jiménez

Maquetación, diseño y logo

Ing. Ana Laura Amador Romero

Consejo Externo

Dr. Mehdi Mesmoudi
Mtro. Bryan Klett García

CONTENIDOS

- 6 **Carta Editorial**
Dra. Francisca García Rodríguez

MALECONEANDO

- 8 **Salvatierra, la ópera**
Dr. Arturo Meza Osuna

- 11 **Ecos de las Sesiones**

Baja California Sur y la Geografía de la Esperanza
Miguel Ángel de la Cueva

Senderismo interpretativo como estrategia de reactivación económica en la comunidad de San Antonio, Baja California Sur
Mtro. Javier Alberto Arce Meza

- 16 **La Galería**
Dr. José Octavio Flores Alonso

PIOLAS Y CHINCHORROS

- 17 **Informe: Transición OPD IMSS Bienestar**
Asociación Médica

- 22 **Del baúl: "El significado de la palabra *Serendipia*"**

- 23 **Reseña: Guillermo Arrambídez Arellano. *Un romance, cuentos y narraciones de Baja California Sur***
Dr. Arturo Meza Osuna

- 25 **Mi maestro, "El Nono".
Semblanza personal del Dr. Juan Manuel Cota Abaroa**
Dr. Dante de Jesús Avilés Meza

BUZOS

- 29 **Incidencia de pacientes con Cirrosis Hepática en el BHJMS (2017-2018)**
Dra. Astrid Kristel Rojas Hernández

- 37 **Hígado graso no alcohólico, un componente del síndrome metabólico**
Dr. Luis Alberto Contreras Ojeda

- 42 **Reto diagnóstico**
Dr. José Octavio Flores Alonso
Dr. Iván Arellano Plascencia
Dra. Karina Alemán Díaz

CARTA EDITORIAL

Dra. Francisca García Rodríguez

Presentamos el segundo número de **Serendipia** con la satisfacción de compartir con el lector la expresión de nuestros colaboradores sobre los diferentes aspectos de la identidad colectiva del Hospital.

Los Ecos de las Sesiones Culturales que se presentan refuerzan el privilegio de vivir en este estado para apreciar el paisaje sudcaliforniano, donde el mar, la sierra y el desierto se unen para desplegar una infinidad de matices en color y textura, que se transforman en emociones para quienes lo contemplan las majestuosas montañas y la vida intrépida de sus Sierras; los caminos y senderos de comunidades que guardan la historia de Baja California Sur, cuyos pobladores comparten con sencillez. Todo esto manifiesta la grandeza y tesoro del estado, que sus pobladores y visitantes debemos proteger y preservar: para los que están, para los que vienen.

Valorar lo que tenemos no se reduce a la naturaleza del estado —“yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo”, sentenciaba un filósofo español. Incluye por igual al obstinado y muy humano esmero por perdurar, como apreciamos en nuestra literatura y cine local. Comprende también al paisaje de nuestro sentir y pensamiento: la cultura y las artes. Todavía más, apreciar nuestra identidad comprende al desempeño profesional de los médicos del Hospital, su trayectoria institucional y legado en la formación del personal en el área de la Salud.

En febrero de este año se cumplieron 30 años de haber egresado la primera generación de Médicos Especialistas. Los 8 médicos graduados de las diferentes especialidades acordaron que el Dr. Juan Manuel Cota Abaroa, Médico Internista, fuese padrino de su generación. ¿Y quién mejor que uno de sus alumnos para ofrecernos un perfil de quien predicó con el ejemplo en la clínica, que la adquisición de los conocimientos y destrezas van de la mano con el humanismo? El Dr. Dante de Jesús Avilés Meza, representante de aquella primera generación, nos conmueve con un perfil de quien, desde su incorporación como médico especialista al Hospital en 1980, fue reconocido como *El Maestro*.



Nuestra circunstancia, decíamos. Desde su creación en octubre de 1943, la Secretaría de Salud ha pasado por transformaciones en su nombre que permiten identificar la forma en que la sociedad y sus gobiernos han concebido los objetivos y condición de la institución. Con la fusión de la Secretaría de Asistencia Social y el Departamento de Salubridad, surgió la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Luego, con la descentralización de los servicios de salud en 1985, pasó a ser la Secretaría de Salud —a la cual desde su creación el Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra perteneció—, preservando hasta la fecha las siglas (SSA) que daban simbólica identidad a la institución y a la calidez de nuestros servicios.

Actualmente, por decreto presidencial emitido en agosto de 2022 se crea el Organismo Público Descentralizado IMSS



Bienestar, con lo cual los establecimientos de atención médica de la Secretaría de Salud pasarán a formar parte de dicho OPD. El 19 de mayo del presente año se llevó a cabo una reunión de seguimiento de los procesos de transición OPD IMSS Bienestar en el Estado de Baja California Sur, a la cual la Asociación Médica del Hospital fue invitada. En este número se presenta el informe que se rindió en la Asamblea General de la Asociación Médica en el mismo mes, sobre los temas que se trataron en la reunión.

Del baúl de *Serendipia* rescatamos un artículo donde se explicaba el origen de la palabra a sus lectores de hace 20 años, enriquecida con un poco de información actual.

Quienes profundicen y lleguen a la sección de **Buzos** podrán encontrar un artículo con información recientemente publicada del nuevo componente del Síndrome Metabólico; así como el condensado de una tesis “de casa”, del 2018. Ambos artículos nos describen la patología de un mismo órgano afectado: el hígado.

Para quienes los retos representen un motivo de estudio, por mera curiosidad o bien para saber si acertaron en el reto diagnóstico del primer número, podrán encontrar el resultado de aquél y un nuevo reto. Esperamos disfruten de la lectura de este segundo número y lo compartan, más o menos, como se solía hacer antes. Pero ahora en vez de mano en mano, será por vía electrónica. Enhorabuena a todos los colaboradores y al comité de la revista. **Hasta el próximo número, ¡Comunidad, Salud y Serendipia!** 🇲🇽

SALVATIERRA, LA ÓPERA

Dr. Arturo Meza Osuna



La presencia de los jesuitas en la Antigua California fue realmente heroica. Comandados en un principio por el Padre Juan María de Salvatierra recorrieron veredas, abrieron caminos, batallaron con indios mostrencos; construyeron edificios, introdujeron sus técnicas para la agricultura y la ganadería, enseñaron oficios y también edificaron sueños —la agustiniana “Ciudad de Dios”. Sueños que verían estrellarse aquellos jesuitas expulsados en 1769 después de casi setenta años de estancia en estas arduas regiones. Algo que ya no vería el Padre Salvatierra, fallecido en 1717.

Oriundo del norte de Italia, de familia noble, Salvatierra llegó a la Nueva España muy joven. En la Nueva España ocupó

cargos importantes en la jerarquía de la Iglesia, entre ellos, Visitador de las Misiones del Norte, donde conoce al P. Francisco Eusebio Kino, quien le mete el gusanito de explorar y evangelizar la California. Una empresa harto difícil que ya se había intentado en varias ocasiones, la última, la del Almirante Atondo y Antillón que sucumbió a la falta de agua, a las condiciones climáticas... a la soledad. Cara, muy cara, le salió a la corona española, por tal razón, la consideraron una empresa imposible. Sin embargo Kino, que había participado en esta última expedición, creía que sólo era viable si la estancia en California era apoyada con avituallamientos desde Sonora y Sinaloa —donde habían encontrado excelentes tierras para la ganadería y la agricultura.

Así, con el plan del P. Kino como valedor, Salvatierra se obstinó en venir a la entonces Isla de California. Fueron años de insistencia para la obtención de la Cédula Real que permitiera a los jesuitas



evangelizar la región. Era el lugar idóneo para llevar a cabo una conquista espiritual y la construcción de misiones modelo, así como la habilitación de hombres y mujeres virtuosos, entregados a dios. Hombre culto, de gran presencia y prestigio, consigue dicha cédula en 1697 y ese mismo año, en noviembre, después de un viaje de seis días, arriba a la Bahía de San Dioniso, un poco al norte de Loreto. Ahí se mantuvo junto con el Padre Piccolo y unas diez personas más; luego emprenderían la construcción de la hoy Loreto, no sin antes pasar penurias por la falta de víveres, el clima, confrontación con los indios y una serie de dificultades que venció a sus 51 años, un hombre viejo para la época.

Con la ayuda de Ugarte, Bravo, Guillén, Piccolo y otros, planearon las siguientes misiones hasta que en 1717, veinte años después de su llegada, fue llamado por el Virrey para enterarlo del trabajo de los jesuitas en California y cuál era la verdad acerca de las habladurías y mitos que se contaban sobre la península. No alcanzó a llegar, el P. Salvatierra ya estaba a punto de cumplir los setenta años y padecía fuertes dolores provocados por piedras en el aparato urinario. Cuando llegó a San

Quienes conocemos desde la infancia cerros, veredas, cuevas y serranías de la región admiramos la fortaleza, el ímpetu que los jesuitas pusieron en el empeño, solo una fuerza superior, una gran pasión podía ser capaz de lograr las transformaciones de lo que finalmente fue el sistema misional.



Blas, Salvatierra ya no pudo caminar, tenía fiebre, estaba débil. Entre varios neófitos fue cargado y así lo llevaron hasta lo que es hoy Tepic; ya rumbo a Guadalajara, moriría en el camino. Mucho se ha escrito acerca de estos hechos: las Cartas de Salvatierra, de Jaime Bravo; el diario de Clemente Guillén, libros como el de Venegas y Miguel Del Barco que fueron testigos, igual que Juan Jacobo Baegert, después, Clavijero (que aunque no participó en California, a mediados del siglo XIX elaboró una especie de síntesis en su Historia de la Antigua o Baja California). En la actualidad, han sido Don Miguel León-Portilla, Don Ignacio del Río, extranjeros como Mathes, los historiadores que más aportaciones han hecho a los sucesos de la conquista espiritual de California, además de investigadores de la UABCS y del Seminario de Historia Regional que continúan proveyendo material para la comprensión de esta fabulosa empresa.

Existen además de estos estudiosos profesionales, algunos diletantes que gozan esta historia y se han adentrado en ella.

Tenemos por ejemplo el caso del Dr. Carlos Arriola, ginecobstetra del Hospital Salvatierra, quien en su búsqueda de la tumba de Juan María de Salvatierra, encontró un día, en una biblioteca de Guadalajara, un libro acerca de las óperas que se han escrito y musicalizado en México. La primera sorpresa fue que se contaran en setecientas las óperas mexicanas, la segunda, que entre ellas apareciera una obra dedicada a la gesta del P. Salvatierra. Su título es, en efecto, *Salvatierra*.

La música de la ópera *Salvatierra* es del compositor Héctor Leonel Seemann Corral (1934-2003) oriundo de Cd. Obregón que falleció en Tijuana hace más de diez años. El guión fue escrito por Héctor Benjamín Trujillo Campos (1940). Al parecer, dicha



ópera nunca se ha representado de manera íntegra, sin embargo, se conocen y se han interpretado algunos pasajes como la "Danza sagrada", orquestada por Eduardo Hernández Moncada y presentada en los EU con músicos mexicanos y norteamericanos, producto de convenios y proyectos culturales binacionales. Tal fragmento de la ópera *Salvatierra* puede apreciarse en la red:

<http://www.youtube.com/watch?v=Q6EiMFd2Kp8>

Sólo un proyecto cultural de largo aliento podría, alguna vez, poner en escena dicha obra. Una tarea casi imposible pero un buen reto para los creativos promotores culturales sudcalifornianos y para las instituciones del estado. 🇺🇸

Ecoss • ecos • ecos • ecos • ecos • ecos • ecos • ecos de las **Sesiones Culturales y Académicas**

Las Sesiones Semanales son actividades que se realizan desde hace ya seis décadas en el B. Hospital Salvatierra, desde sus inicios como sede de formación de Médicos Internos de Pregrado. Empezaron siendo sesiones clínicas sobre casos de pacientes atendidos, centrándose en las enfermedades, su abordaje clínico y tratamiento. En la década de 1980, con la inauguración del Auditorio del Hospital que se ubicaba en la calle Bravo, dan inicio las Sesiones Culturales a cargo de la Asociación Médica del Hospital, la última semana de cada mes. Actualmente se presentan los miércoles con horario de inicio a las 8 am. Esta sección está destinada a recordar, destacar o simplemente compartir algunas de ellas con nuestros lectores, pudiendo ser sobre temas culturales, clínicos o ambas; ocasionalmente también rescataremos algunas del baúl de la primera etapa de Serendipia.

BAJA CALIFORNIA SUR Y LA **GEOGRAFÍA** DE LA ESPERANZA

Miguel Ángel de la Cueva

Magnífica la conferencia de Miguel Ángel de la Cueva en el aula magna del Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra (29 de marzo de 2023). Por medio de transparencias y explicación, foto por foto, nos fue tejiendo una historia y nos brindó un viaje por la Sierra de la Giganta y la Sierra de Guadalupe. Con la maestría que ha acumulado en sus muchos años detrás de la cámara, nos ha mostrado la vegetación, la fauna, los caminos, las cumbres, los llanos y sobre todo, los fenómenos de surgimiento del agua, que se antojan impensables, improbables en un espacio tan desértico —aparentemente— como es nuestro estado.

Sudcaliforniano por elección primero y luego por adopción, Miguel Ángel, con

aspecto de Indiana Jones, ha convertido su cámara en un vehículo para descubrirle, a los propios sudcalifornianos, las maravillas que ha develado en sus constantes ires y venires a bordo de su vehículo rudo por donde se puede y por donde no, con mulas y bestias en las que Miguel Ángel ha conocido las ranherías más profundas de las serranías. Por donde ha acumulado amigos en el camino, amigos del alma en los rancheros que visita una y otra vez, que lo guían por bosques de encino, por pinturas rupestres, por arroyos, lagos temporales, flora exótica, fauna prodigiosa; amigos que le enseñan los trucos de la sobrevivencia, la raíz de sus costumbres, sus formas de vida y todo, *todo* lo convierte en imágenes, esa inveterada manía de

mirar detrás de una lente, calcular luz, evaluar contrastes, apuntar a un objetivo, alternar fondos, forma y en el instante preciso —ni más, ni menos— ¡click!, una imagen con las más altas exigencias de calidad.

En casi treinta años de bregar por litorales, montañas, desiertos de Baja California Sur, Miguel Ángel ha llegado a conocer la profundidad del alma sudcaliforniana. Sus muchos años en el estado, lo han llevado no solo a recorrer sus paisajes con el ojo del fotógrafo profesional, del artista que ha llegado a ser, sino a querer la tierra, amar sus gentes, especialmente a ese ranchero de existencia difícil, al pastor chivero, al vaquero de cuera que batalla todos los días con los elementos y que mantiene la tradición sudcaliforniana del rancho.



Por tercera ocasión Miguel Ángel de la Cueva participa en las sesiones culturales de la Asociación Médica. La anterior fue en agosto de 2016 con el tema “Paisaje y Patrimonio Natural de Baja California Sur”, y hace 25 años, en febrero de 1998, muy joven, acabado de llegar del centro de la República, De la Cueva acudió al viejo

Hospital Salvatierra a darnos una conferencia e invitarnos al taller fotográfico que inauguraba en la Casa de la Cultura. Evento que ya no recordábamos, pero en el número 2 de la *Revista Serendipia* (marzo de 1989), hay un testimonio de aquella ocasión. Algo que, al fotógrafo, le dio mucho gusto constatar y sirvió de pretexto para alargar la conversación con médicos y personal del Hospital.

Ha sido un gusto enorme volver a ver a Miguel Ángel de la Cueva, sentirlo tan orgulloso de su trabajo, de sus logros, de su profesión. En este tiempo la publicación de su primer libro, *Oasis de Piedra* (2006), con la colaboración de Bruce Berger, le valió la medalla de plata en la Expo Libro América NY. Ese mismo año fue mencionado por la revista *Earth Magazine* y recibió el premio Rising Star Award del Centro Fotográfico Palm Beach durante su XVI Festival Internacional Fotofusión. Ha sido becario del FONCA y publicado tres magníficas obras, la más reciente en colaboración con Bruce Berger y Exequiel Ezcurra: *La Giganta y Guadalupe, Saberes del Agua, Paisajes de la Esperanza* (Planeta Península y Sociedad de Historia Natural Niparáj, 2011). Ha trabajado con las mejores revistas mundiales como *National Geographic*, *Discovery* y *México Desconocido*, entre otras. Ha participado en muchas exposiciones y conferencias, en fin, se ha mantenido activo, viajando y extrayendo del paisaje sudcaliforniano la luz y la imagen como sólo un profesional, un apasionado de la región y de la fotografía como arte pueden hacerlo.



“Presenciar cómo la Sierra de La Giganta se hunde en el Golfo de California, mi corazón quedó atrapado. Fue una visión tan impactante que a partir de ese momento mi vida cambió por completo”. Miguel Ángel de la Cueva pertenece a la Liga Internacional de Fotógrafos por la Conservación:



<http://www.ilcp.com>

trabaja actualmente para contribuir, con sus imágenes de la Giganta y Guadalupe, al

proceso de consulta y decretar Reserva de la Biósfera esa región de 1600 hectáreas: “No se puede conservar lo que no se ama”, ha dicho.

Al final de su conferencia, Miguel Ángel de la Cueva pudo departir con miembros de la asociación Médica del Hospital Salvatierra en su asamblea mensual y disfrutar unos bocadillos, además de firmar libros que fueron adquiridos por el personal del Hospital. Una visita fructífera y estu-penda que, esperamos, se repita. 🇺🇸

“No se puede conservar lo que no se ama”

Miguel Ángel de la Cueva

Fundador de Planeta Península A.C., dedicada a la preservación del patrimonio natural y cultural de la península de Baja California. Miembro de la International League of Conservation Photographers. Ha registrado el paisaje de Baja California Sur desde 1999 y es autor de los libros *Oasis de Piedra* (2006) y *La Giganta y Guadalupe: saberes del Agua, paisajes de la Esperanza* (2011).



SENDERISMO

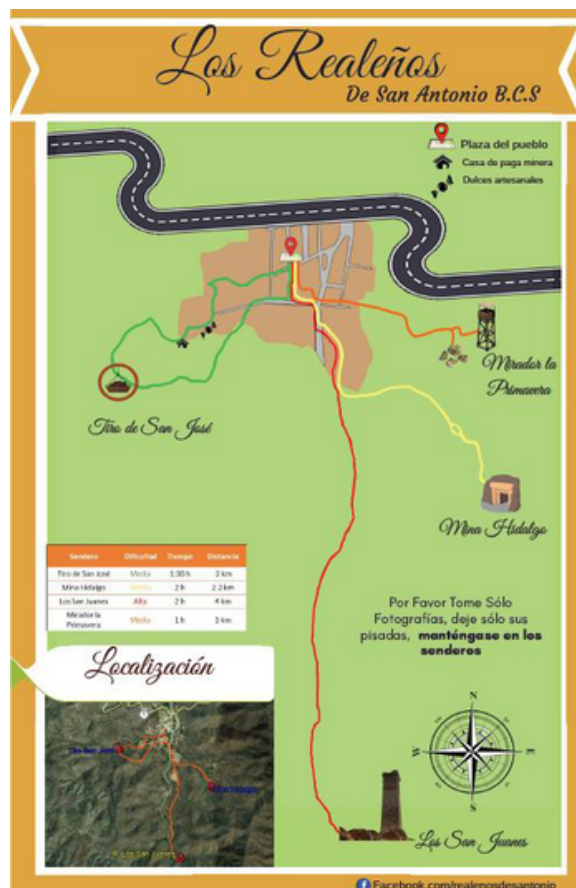
INTERPRETATIVO COMO ESTRATEGIA DE REACTIVACIÓN ECONÓMICA EN LA COMUNIDAD

DE SAN ANTONIO, BAJA CALIFORNIA SUR
Mtro. Javier Alberto Arce Meza

El turismo ha experimentado un crecimiento exponencial en las últimas décadas. Su diversificación ha sido clave tanto para la consolidación de los mercados como para la conservación del medio ambiente y la promoción del desarrollo. Precisamente, los viajes relacionados con la naturaleza y la cultura se han posicionado como una modalidad dentro de las actividades rurales, donde el visitante interactúa con el sitio para conocer más de su historia y patrimonio. Como una actividad específica, el senderismo ha adquirido relevancia para pequeñas comunidades al brindarles, en algunos casos, la oportunidad de capacitarse e insertarse favorablemente en la dinámica del turismo.

Entre las estrategias para promover el turismo comunitario en Baja California Sur se cuenta la que se ha desarrollado en la comunidad de San Antonio, en el municipio de La Paz. Su objetivo es la reactivación económica de la localidad, identificando los puntos de interés histórico, cultural y natural representativos de la región, y definiendo el sendero por el cual se guía al turista, con la participación comunitaria. Esta actividad promueve la reactivación económica y, al mismo tiempo, permite a la comunidad preservar sus costumbres, creencias y rasgos distintivos.

San Antonio es un antiguo pueblo minero en el Municipio de La Paz, a 52 kilómetros de la ciudad capital por la Carretera Transpeninsular a San José del Cabo. Debe su origen a los yacimientos de oro y plata que prosperaron con el establecimiento de esta industria, cuyo auge se dio en el siglo XIX en los poblados sureños de la media península. Entre ellos se encuentra San Antonio, que en bonanza llegó a superar los 10,000 habitantes —algunos originarios de países como Francia, Italia,



China e Inglaterra, quienes llegaron en busca de fortuna.

A partir de un curso-taller con la comunidad de San Antonio, impartido por personal de la UABCS acerca de su patrimonio histórico, cultural y natural, se hizo un diagnóstico tanto del territorio como de su entorno inmediato con el fin de identificar con precisión cuáles son sus fortalezas a potencializar por medio del turismo comunitario. Obteniendo una amplia aceptación para las actividades de Senderismo Interpretativo y el Aviturismo.

La comunidad identificó tres Senderos principales en el pueblo, dos sobre sitios de ruinas mineras denominados sendero “El Tiro de San José”, el segundo mina “El Hidalgo”; el tercero son las ruinas de la planta “Los San Juanes” contemplando también la riqueza arquitectónica del centro del pueblo, El Camino Real, y su actividad económica. A partir de diciembre de 2018 la comunidad brinda el servicio de Senderismo con los tres senderos antes mencionados. Adicionalmente, se ofrecen a



Participantes de la comunidad de San Antonio en el curso-taller impartido por la UABCS de sensibilidad con la comunidad sobre Senderismo Interpretativo.

los visitantes el servicio de campamento con observación sideral en uno de los miradores que tiene la comunidad, así como el servicio de alimentos por parte de las familias de la comunidad involucradas en el proyecto.

Se cuenta con una página de Facebook denominada “Los Realeños de San Antonio”, donde la comunidad promociona sus servicios y a su vez hacen las reservas de los visitantes. 🇺🇸

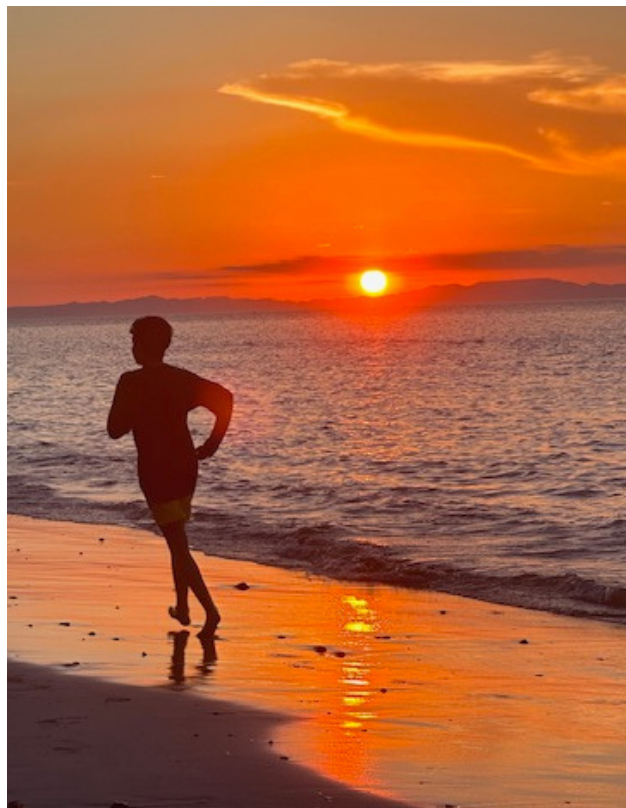
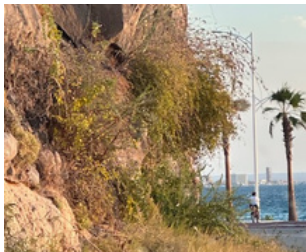
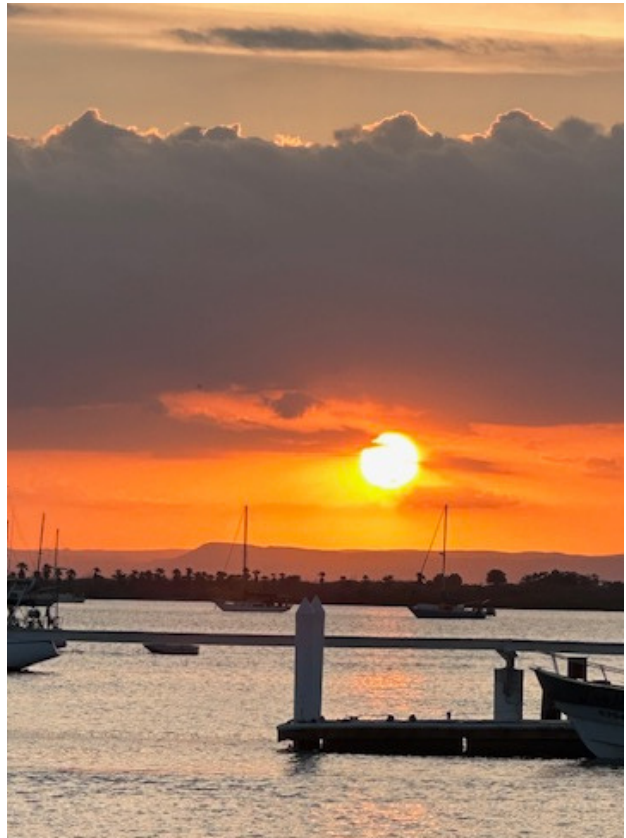
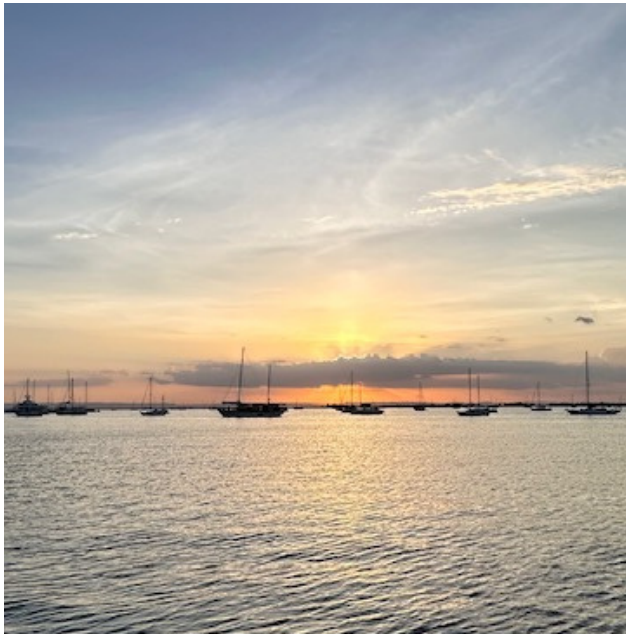
Mtro. Javier Alberto Arce Meza



Egresado del posgrado en Administración Estratégica de la Universidad Autónoma de Baja California Sur, responsable de la Unidad Académica Pichilingue de la UABCS, donde se realizan actividades de docencia, investigación y vinculación con diferentes sectores. Es integrante del grupo académico multidisciplinario de la UABCS en el Programa de Conservación para el Desarrollo Sostenible (PROCOCODES) de la Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas, que tiene como fin promover la conservación de los ecosistemas y su biodiversidad en regiones prioritarias del país.

LA GALERÍA

“Instantes eternos de luz”
Dr. José Octavio Flores Alonso



INFORME DE LA REUNIÓN ESTATAL SOBRE LA TRANSICIÓN OPD IMSS BIENESTAR EN BAJA CALIFORNIA SUR

Asociación Médica del Benemérito Hospital General con Especialidades Juan María de Salvatierra

El presente escrito es un resumen de lo que representantes federales y autoridades estatales expusieron en la reunión de seguimiento del proceso de transición para implementar IMSS Bienestar en el Estado de Baja California Sur, celebrada el viernes 19 de mayo de 2023 en la sede anfitriona, SNTSA secc. 61. Incluye principalmente información del segundo nivel de atención.

Por invitación de la Lic. Isabel de la Peña Angulo, Secretaria General de la sección número 61 del SNTSA, asistieron representantes de la Mesa Directiva de la Asociación Médica del Hospital:

- Dra. Francisca García Rodríguez, Presidente.
- Dra. Lillian Romero Silva, Secretaria.
- Dra. Liliana Patricia Bolaños Sánchez, Tesorera.

La sesión fue a su vez presidida por:

- Dra. Zazil Flores Aldape, Secretaria de Salud y Directora del Instituto de Servicios de Salud en BCS.
- Mtra. María Isabel de la Peña Angulo, Secretaria General de la sección núm. 61, SNTSA.
- Dra. Beatriz Valdez, Vicepresidente del Comité Ejecutivo Nacional, SNTSA.
- Lic. Bladimir Martínez Ruiz, Coordinador de Enlaces de la Dirección General del IMSS.
- Dr. Bogdan Arriaga Benis, Titular del OPD IMSS Bienestar en el estado.



La transición OPD IMSS Bienestar es un proceso constituido formalmente desde hace un año, que se trabaja de manera coordinada entre gobierno y sindicato; a nivel federal el Comité Ejecutivo Nacional junto con el maestro Zoé Robledo, a través del licenciado Vladimir Martínez.

La Secretaría de Salud es una gran institución que nace en 1943 y desde entonces trabaja en los programas prioritarios. Pero también sabemos que la Secretaría de Salud ha tenido dificultades en materias de presupuesto. Hoy, en México se destina el 6.4% del Producto Interno Bruto a la salud; presupuesto insuficiente por la demanda tan grande que se tiene de la población abierta, a la cual tenemos que atender. En ese sentido, se ha venido trabajando desde hace muchos años con diferentes programas para dar



respuesta a las necesidades de atención a la salud de la población sin derechohabencia.

No se trata de descubrir el hilo negro en materia de salud con el OPD IMSS Bienestar. Se está trabajando permanentemente, y en ese sentido, como organización sindical, se han sentado las bases en materia laboral. Había mucha incertidumbre sobre lo que va a ocurrir con los trabajadores sindicalizados en este país. Muchos temían el fin de la Secretaría de Salud. Se cuestionaba su desaparición por contar con programas muy claros y que ha venido trabajando en el territorio con la gente más desprotegida; aunado a la incertidumbre sobre lo que ocurriría con los derechos laborales.

Arrancó la OPD IMSS Bienestar en el mes de abril de 2022, primero en 3 Estados muy pequeños de la República: Nayarit, Colima y Tlaxcala. Decían los que hoy están en el OPD IMSS Bienestar que se debería pedir perdón a los trabajadores de esos 3 Estados, porque llegaron sin tener ningún lineamiento legal establecido, lo cual promovió muchas circunstancias en el resto del país.

Gracias a la intervención de un enlace que surgió como necesidad por esa experiencia de inicio, el Lic. Bladimir Martínez Ruiz fue designado como Coordinador de Enlaces de la Dirección General del IMSS, y resultó ser pieza clave para que se acercaran al SNTSA y reconocer que no era posible hacer una transición en materia de salud si no participa el sindicato mayoritario. Actualmente, y en particular en BCS, se está trabajando de forma conjunta para que el sistema de salud, si bien no será el mejor en el mundo, sí sea un sistema de salud correcto, con la infraestructura necesaria, donde contemos con medicamentos, material y equipo apropiados para el desarrollo de las actividades y, sobre todo, en donde tengamos una plantilla *completa* de trabajadores haciendo justicia laboral.

Se cuenta con un tabulador para el nuevo esquema de los contratos, que pasarán a ser bases federales para los trabajadores de OPD de IMSS Bienestar, y en donde

Se dijo que en lo que compete a los trabajadores, hoy sindicalizados del apartado B, no hay una sola modificación a sus condiciones generales de trabajo, y se acordó además construir nuevas condiciones generales de trabajo para la OPD IMSS Bienestar. Para los nuevos trabajadores (hoy de contrato, mañana de base), entrarán también en el apartado B y en la organización sindical mayoritaria.

las condiciones generales de trabajo tienen muy clara la defensa de los derechos laborales de los trabajadores.

Se mencionó que no puede haber compañeros, trabajadores de contrato, que ganen más que un trabajador sindicalizado; por lo tanto, **el nuevo tabulador que ya fue aprobado por Hacienda Federal es idéntico al concepto 07 de los trabajadores al servicio del Estado.** El tabulador de la SSA contiene 221 códigos de plazas; el tabulador de los que serán las plazas OPD IMSS bienestar contiene solamente 30 códigos y ninguno de ellos está por encima de los trabajadores sindicalizados. Quienes actualmente en BCS tienen contratos con INSABI, con el Seguro Social ordinario o del programa IMSS Bienestar del IMSS, pasarán a ser trabajadores de base con apartado B, con un tabulador en el que ninguno está por encima de los salarios actuales de los trabajadores sindicalizados.

La nueva reforma laboral es una reforma a la Ley Secundaria en Materia de Salud, a la Ley General de Salud, fue aprobada ya por la Cámara de Diputados y por la Cámara de Senadores, que seguramente en los próximos días habrá de publicarse y automáticamente se trabajará de manera coordinada, en donde los servicios estatales de salud pasarán a ser el eje rector de la

Se ha iniciado con el proceso de centralización de la atención médica. Se contextualiza la salud en dos aspectos: la salud colectiva y la atención médica; lo que se va a centralizar es el tema de la atención médica.

la responsabilidad en materia de salud y habrá de iniciar los trabajos en atención médica de manera directa. Estamos buscando cuál va a ser el patrón sustituto, porque aún todavía en la ley no se tiene definido, RFC INSTITUCIONAL – UNIFICACION DE CUENTAS.

A pesar de esta reforma que se viene a la Ley General de Salud, la cual aún no existe, **habrá de manejarse el Sistema de Salud de manera híbrida.** ¿Qué quiere decir esto? Que habremos de estar dentro de un hospital con 2 condiciones generales de trabajo, con 2 direcciones en cuanto a la responsabilidad laboral que conlleva; de tal forma que se está buscando la figura legal del patrón sustituto y hasta que se tenga, habremos de someternos a los acuerdos que vengan de esta reforma laboral para dejar muy claro el tema.

Se fundamenta en el artículo cuarto constitucional que confiere garantías por el simple hecho de ser mexicanos y también a los extranjeros que se encuentran en el país, el acceso universal a la salud digna y gratuita.

Se integra a Baja California Sur dentro de los estados con los que se inicia este modelo en el país. Se está avanzando muy rápido y ya se cuenta con un representante estatal que será el enlace con la federación, y una vez que se publique, el Dr. Bogdan Arriaga tendrá el nombramiento como responsable de coordinar todo este esfuerzo en el estado de BCS.

La condición del sistema de salud en México justificó regresar a la centralización, que independientemente de la fragmentación natural (institucionalmente compuesta



por IMSS, ISSSTE, hospitales del ejército, de la Marina), había además 32 sistemas de salud, con diferencias en los códigos, que implica 32 formas de administrar los servicios de salud. Así difícilmente se podía hacer una política Pública.

Existen tres IMSS en este momento: el IMSS ordinario, cuyos trabajadores pertenecen al Apartado 15 y al Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Otro IMSS, primo hermano del ordinario, llamado IMSS Bienestar con medio siglo de haberse fundado; surge como apoyo para la población sin derechohabencia, preferentemente en zonas rurales, y sus trabajadores pertenecen también al apartado A (cotizan al IMSS y pertenecen al sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social).

El tercero, OPD IMSS Bienestar, nace con la publicación de agosto del 2022. Ya tiene estructura y una directora nacional, la Dra. Gisela Lara, quien tiene una Junta de gobierno que preside Zoé Robledo, Director

General del IMSS. Los trabajadores de este tercer tipo de IMSS, van a pertenecer al apartado B cotizando al ISSSTE y van a pertenecer al sindicato mayoritario. Aunque la ley ahora obliga a la libre determinación de los trabajadores, se está trabajando con el sindicato mayoritario, que es el SNTSA.

Se mencionó que debemos adaptarnos a un nuevo modelo de atención centrada en la prevención, que no sólo lo va a tener que implementar el naciente OPD IMSS Bienestar, si no por todas las instituciones: IMSS ordinario, IMSS Bienestar, ISSSTE y los hospitales de las fuerzas armadas.

Se explicó también que para aprovechar las instituciones consolidadas una vez que se centralice el sistema de salud, si algún trabajador requiere de un nivel mayor de atención para su salud, se tendrá la facilidad de referirlo a otra institución sin tener que haber un convenio; el pago se obtendrá de la OPD.

La OPD tendrá 3 fuentes de financiamiento, por el momento para este año va depender de una firma de coordinación fiscal con los Estados para que el dinero que antes llegaba de las aportaciones federales para la atención médica, ahora se transfiera a un fideicomiso.

La Secretaría de Salud no desaparecerá, la rectoría, que es la conducción de las políticas públicas en materia de salud, y la gobernanza, que es dictar, cuidar y hacer reglas, leyes y reglamentos de salud pública para beneficio del Estado y su gente. Las Jurisdicciones Sanitarias se van a llamar Distritos y se quedan en la Secretaría de Salud, para seguir coordinando las políticas públicas en favor de la

salud colectiva. También permanecen en la Secretaría de Salud: la Regulación Sanitaria, las UNEMES y los Bancos de Sangre.

Existe incertidumbre sobre la atención a la salud mental aún, y el Dr. Hugo López Gatell definirá exactamente qué se queda en la SSA y qué pasa a la OPD.

Para el Modelo de atención se identificaron los siguientes rubros:

- Al personal de salud se le van a respetar sus derechos de las condiciones generales, con justicia laboral tanto para los que tienen muchos años, como para quienes se les va a dar la base y que tengan ya la seguridad laboral.
- Fortalecer abasto de medicamentos y material de curación, mediante el modelo de administración que se va a operar a nivel nacional, para que siempre se tenga stock suficiente y se vaya con mucha anticipación e identificando los faltantes para que no se esté pidiendo una semana antes o algunos días antes, si no que se cuente con un stock con base en promedios de consumo mensuales que se tendrá por unidad.
- Se hizo el levantamiento del diagnóstico en los Estados para tener el equipamiento necesario.

- La infraestructura, contempla desde la conservación hasta el crecimiento necesario para la atención médica de calidad.

Se mencionó que para los médicos y personal de enfermería en las unidades de salud ya se cuenta con un número determinado de personal que se requiere, y se está en espera de que salga la clave



presupuestal, probablemente en la siguiente semana de la reunión se podría empezar con las clasificaciones. Luego se firmarían los convenios, se le presentarían a los gobernadores los resultados, y se podrían iniciar con las mesas de transición, las mesas de trabajo, de abasto y de infraestructura, para afrontar lo que sigue. 🙌

DEL BAÚL

El significado de la palabra *serendipia*

Señores serendipios, les escribo para explicarles el significado de la palabra “**serendipia**”. En principio no pierdan tiempo en el diccionario de español, no lo van a encontrar –lo que no indica que no exista– la Real Academia de la Lengua Española no la ha aceptado a pesar de que la palabra se acuñó hace más de 230 años.* Su introducción se debe al inglés Horace Walpole en 1754, tampoco les voy a contar toda la historia y, para no hacerles el cuento largo fue en 1945, Walter B. Cannon, el gran fisiólogo –que lo médicos conocen porque fue el habilitador de la palabra *shock* como falla en la perfusión tisular– quien usó **serendipia** (*serendipity*) para denotar **la capacidad de hacer descubrimientos por accidente y sagacidad, cuando se está buscando**

*La palabra “serendipia” ingresó al Diccionario de la RAE en 2012.

otra cosa. Así explicó el descubrimiento de la contracción muscular inducida por corriente eléctrica por Galvani; de la relación páncreas-diabetes por Von Mering y Minkowski; de la vitamina K por Damn y otros ejemplos más.

**La sexta edición de Siglo XXI es de 2005.

En México la palabra serendipia la ha definido claramente el Dr. Ruy Pérez Tamayo, excelente patólogo y divulgador de la ciencia –no es ningún poeta loco– que ha escrito varios textos de patología que se llevan en casi e todas las escuelas de medicina de América Latina. Es, en consecuencia, un término utilizado en las disciplinas técnico-científicas. Por lo tanto, quien quiera rastrear el vocablo con todos sus antecedentes y extensión, puede leer el libro de ensayos científicos que el Dr. Ruy Pérez Tamayo tituló precisamente *Serendipia*, que editó Siglo XXI en 1980, serie Salud y Sociedad.** 🐣

Atentamente: *Señorita Casimira del Oráculo y Conaculta*

RESEÑA

Guillermo Arrambídez Arellano (2016)

Un romance, cuentos y narraciones de Baja California Sur

Instituto Sudcaliforniano de Cultura

Un librazo, es lo único que se me ocurrió decir cuando terminé de leer *Un Romance, Cuentos y Narraciones de Baja California Sur* de Guillermo Arrambídez. Editado por el Instituto Sudcaliforniano de Cultura en 2016 y compilado por Antonio Sequera quien explica en sus “Apuntes para la Lectura”, que el libro fue editado en 1976, que la actual edición trae algunas modificaciones que enriquecen, después de cuatro décadas, la obra. Se conservan además, una presentación del maestro Trasviña Taylor, otra del escritor Carlos Domínguez Tapia y un prólogo escrito por el Dr. Francisco Javier Carballo.

La obra inicia con “Polvos del Camino Andado” redactada a modo de cuento, al segundo párrafo sabemos que es una autobiografía, en la que cambia su nombre por Jacobo, el niño al que le amputan la pierna a los seis años de edad. Por algunas personas que conocieron a Guillermo Arrambídez, sabíamos que al escritor le faltaba una pierna —que en realidad nunca le hizo falta— y que usaba una prótesis, así, deja constancia de una vida llena de cambios familiares, de subidas y bajadas, de mudanzas por todo el territorio nacional hasta que, a una edad madura, llega a Baja California Sur como empleado de la Secretaría de Recursos Hidráulicos encargado de recopilar información y establecer estaciones hidrométricas, por lo tanto, de recorrer y conocer la geografía estatal.

Arrambídez llega al Territorio de Baja California Sur, se aboca a realizar su trabajo montado en un rudo vehículo americano, desecho de la segunda guerra mundial, de los llamados *comandos*. Viaja por montes, veredas, cañadas, serranías, visita ranchos, pernocta en playas, duerme a la luz de las estrellas, conversa con la gente de los pueblos del entonces territorio y va convirtiendo su mirada de viajero, en la del observador que indaga todo: desde la gastronomía, el transporte, los lazos familiares, la endogamia territorial, la historia de los pueblos, la ocupación de sus habitantes, las costumbres, el lenguaje. Luego, con el tiempo, se enamora de la tierra, echa raíces y se vuelve un sudcaliforniano más. Arrambídez —Jacobó— finalmente para, frena su vida errante, la gente, el paisaje lo hechizan y se queda a vivir entre nosotros.

La obra tiene cuadernos de viaje como “Un viaje al Vizcaíno”, “Las Ballenas”, “La Isla de Santa Cruz”, “Un viaje a La Giganta”, o “Cuando las lluvias vienen”, piezas de experiencias personales que describen las dificultades del camino, las proezas de los hombres y mujeres de la región para sobrevivir, la escasez de agua y la búsqueda del alimento. Arrambídez enaltece las características del habitante que lucha, todos los días, contra los elementos, la enfermedad, el viento y la arena, les confiere un halo de heroísmo.

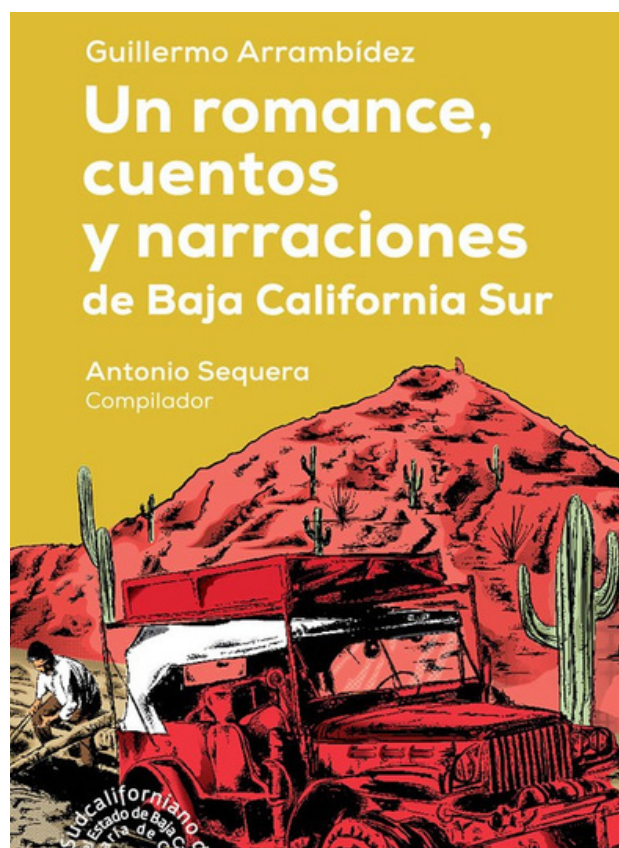
Poco a poco, el escritor coahuilense va entendiendo los códigos, los silencios, el humor peculiar del sudcaliforniano, va asimilando sus formas de vida y se transforma en uno más. La obra de Arrambídez está tan bien compilada con mucho sentido por Antonio Sequera que el lector, en la medida que avanza en la lectura, observa la transformación del fuereño que llegó y al final, decidió por la sudcaliforniedad.

Los cuentos de Arrambídez son geniales en su construcción, serios, graves, ásperos, la mayoría narra tragedias. Como “La última pesca”, en el que un pescador ha sido mordido, días antes, por un zorrillo, cosa casi olvidada cuando sale a por tiburones junto con otro pescador, en plena faena se empieza a sentir mal y aparecen los síntomas de la rabia. Desesperado no alcanza respiración y ataca al compañero, luchan denodadamente y la panga se vuelca cuando está rodeada de tiburones que se hacen de un festín con los dos desgraciados. Cuando no llegan de regreso a la costa, todo el campo pesquero se hace a la mar a buscarlos. Lo único que encuentran es la panga y la cimbra de anzuelos llenas de tiburones. Cuando, de regreso a la costa con la carga de tiburones, puestos a destazarlos, encuentran los restos de ambos pescadores, una pierna, una mano, los ojos, un cachete, etc.

El cuento *Un Romance, Cuentos y Narraciones de Baja California Sur* en que un pescador solitario, en una ranchería adquiere un perro que es toda su compañía. Hombre y perro en una playa solitaria trabajan, conviven, hasta que el perro sufre una enfermedad febril y muere. El pescador

desquiciado, encuentra un cartucho de dinamita, se lo coloca en la cabeza y lo acciona. El cuento estrella es, sin duda, “Se los tragó el desierto”. Un chofer y un ingeniero, en las inmediaciones de la Laguna de San Ignacio caen en un médano, el carro se atasca, ni para atrás ni para adelante, las llantas patinan. No pueden salir. El sol es inclemente, no hay un alma que los ayude. Pasan una noche, se acaban los alimentos y al final se acaba el agua: “ya merodeaban los buitres los restos de ingeniero y el Ronco. Cuando Leree los encontró, su único comentario fue: ‘otros que se tragó el desierto’ ”.

La portada es también bella. Un dibujo, recreación de un jeep atascado en el desierto, sacada, quizás de una fotografía del propio Guillermo Arrambídez que viene en el interior del libro. Una obra que no debe faltar en la biblioteca sudcaliforniana. 🇺🇸



Mi Maestro, “El Nono”

Semblanza personal del Dr. Juan Manuel Cota Abaroa (1946-2015)

Escrita por el **Dr. Dante de Jesús Avilés Meza**, Médico Internista de la Primera Generación (1990-1993) “Dr. Juan Manuel Cota Abaroa” de Médicos Especialistas egresados del Benemerito Hospital Juan María de Salvatierra de La Paz, BCS.



Nuestras vidas son los ríos
que van a dar en la mar,
allí los ríos caudales,
allí los otros medianos
y más chicos;
y llegados, son iguales.

Jorge de Manrique

Estudiaba el segundo año de Medicina en la misma Facultad donde él se formó y coincidí con un pasante que hacía trámites para su examen profesional, quien me platicó que en el Hospital Salvatierra de La Paz, donde él terminaba su internado, había un Internista fuera de serie: “Un superdotado —me dijo— el Médico más completo que te puedas imaginar, egresado del Español, es de La Paz. Es muy chingón”. Y en la definición englobó una serie de peculiares cualidades académicas y notables destrezas: “Cota Abaroa, se apellida”, dijo. Ese nombre, el nombre y las cualidades descritas se mantuvieron en mi pensamiento y con el tiempo, ya sea por coincidencia o porque las buscaba, tenía más referencias de él, algunas por cierto curiosas: que era vegetariano, que era muy enigmático, que parecía turco, que no había algo que no curara, y finalmente, después de años lo pude conocer. El destino y mi deseo de cursar mi primer año de residencia en Medicina Interna en el Hospital General Juan María de Salvatierra me lo iban a permitir.

Juan Manuel Cota Abaroa nació en La Paz, BCS, un 28 de noviembre de 1946 en El Manglito, barrio de pescadores y constructores de embarcaciones. Su madre, María Elena Abaroa, fue ama de casa y miembro de esa tradicional familia de constructores de lanchas y barcos. Su padre, Don Manuel ‘Tito’ Cota fue trabajador de Pemex. Primogénito de 4 hermanos, estudió la escuela pública como correspondía a cualquier paceño de aquellos años y posteriormente, en 1970, se graduó de la Facultad de Medicina de la UNAM.



Tenía un aire de personaje de teatro y voz de locutor de radionovela, su personalidad misma denotaba juventud, apariencia física, inteligencia y misterio detrás de una fachada enigmática y gran elocuencia verbal.

“Trabajé algunos años antes de hacer la residencia”, me dijo en alguna ocasión. En 1972 regresó al Estado y se instaló en Santa Rosalía. Dos años antes se había radicado en Guaymas, Son., realizando su internado de pregrado y trabajando después como Médico en Pemex. Inauguró como Director el Hospital General de Ciudad Constitución en 1975, pero fiel a su necesidad de aprender y de buscar nuevos horizontes inició estudios de posgrado en el Hospital Español de la Ciudad de México en 1977.

“Los cargos directivos y puestos públicos no son para mí, me gusta atender pacientes, por eso me fui a preparar”, me comentó en alguna de nuestras tantas conversaciones en las que yo buscaba conocerlo y aprender de él. Regresó a su terruño en 1980 y a partir de entonces se encargó de la atención clínica de adultos, pero

particularmente estructuró e hizo funcional la Terapia Intensiva, sembrando con su natural cualidad autodidacta el terreno fértil para el desarrollo a la postre de una formal unidad de cuidados intensivos de adultos. Era su lugar preferido. Su afinidad por los casos complejos, así como sus habilidades técnicas lo hacían ver con un nivel de competencia indiscutible.

Testigos fuimos todos de su entrada habitual al antiguo Hospital Salvatierra por el pasillo de urgencias, con su paso corto y veloz, siempre interrumpido por quienes ocupaban saber de algún familiar y que recibían de él información estrictamente matizada, una respuesta seria, sobria pero cortés; fuimos testigos, también, de las dos, tres, cuatro o más consultas de pasillo, sonriente y agradecido por los chopitos, tortillas, mangos, jalea o cualquier cantidad de detalles que la gente sencilla y amable le llevaba; y entonces, por fin llegaba a la terapia donde innumerables ocasiones junto a la cama del enfermo, con parsimoniosa dicción y su mirada profunda acompañada del frote de su canosa barbilla, expresaba: “caso muy interesante”. Igual de formativa la sencillez de sus interrogatorios, la rápida y acertada exploración y la aguda revisión de paraclínicos, en especial el trato amigable y gentil y sobre todo, sobre todo el profundo respeto y consideración a nuestras limitantes de formación, así como a los Médicos que gentilmente lo recomendaban. Qué envidiable sencillez darle el mejor lugar al colega, fuera cual fuera su estatus profesional. “Nunca —decía— se debe hablar mal a los pacientes de otro Médico, sobre todo si confían en

él". Atesoro las muchas recomendaciones que me dispensó.

Su rutinario pase de visita nocturno daba oportunidad de disfrutar en largas charlas su gusto por la lectura, su reflexiva visión de la vida y de la muerte, el cariño por su tierra, el orgullo de su raíces y principalmente, principalmente su necesidad de tender puentes de amistad y convivencia fraterna. Continuar nuestra formación de posgrado como miembros de la primera generación nos permitió conocerlo más, admirarlo y sobre todo disfrutar su compañía en convivencias académicas, reuniones de amigos, sábados de pesca y no se diga en viernes de Rock en Las Varitas. Amigo de todos, de internos, residentes, adscritos, enfermeros, químicos, administrativos.... Hombre de mucho carisma y profundamente respetuoso de cualquier condición.

Fue, además, asiduo asistente de congresos, conferencista, instructor avalado por instancias académicas de gran renombre, tutor natural de residentes, encargado de la terapia intensiva y portador de sobrados méritos profesionales. Lo más



reconocible, su sincera modestia, su capacidad para trabajar en equipo y la gran habilidad de integrar a todos los que quisieran participar; no había profesional recién llegado que pudiera aportar con su experiencia que el Dr. Cota Abaroa no nos llevara. Gracias a su generosa apertura el servicio que él inició, con el tiempo se fortaleció formando a la fecha excelentes profesionales del área que tanto impulsó.

No le gustaban los elogios, los títulos, los cargos honorarios. Era un hombre sencillo, muy respetuoso y cuidadoso en sus expresiones. De conversación fluida, fresca y liviana. Pese a tanta cercanía, mi admiración era tal que vencía sobre mi deseo de llamarlo amigablemente por su nombre como tantos lo hacían, Juan Manuel, Cota como otros o Nono para los más cercanos. Sólo pude llamarlo Maestro o Dr. Cota, y así lo recuerdo.

El 26 de noviembre del 2015 culminó la labor que vino a realizar en esta tierra, se le permitió abandonar su cuerpo, cuerpo que aprisiona el alma al igual que el capullo de seda encierra a la futura mariposa. Llegó el momento de que marchara,

de verse libre del dolor, de los temores y preocupaciones, libre como una bellísima mariposa, y regresó al fin a su hogar, al universo que tanto admiraba, a las estrellas luminosas que tanto disfrutaba en las noches de desiertos, sierras o playas que tanto procuraba, a los azules mares que tanto contemplaba.

Nuestra despedida, una llamada telefónica, fue la gran oportunidad de agradecerle su profunda enseñanza, su enorme amistad, su tutela.

**Su gran legado, la pasión por la Medicina
Clínica, esa Medicina que se hace viendo,
escuchando, tocando. La pasión por la
docencia, por la enseñanza sencilla, y no por
ello menos eficaz.**

Muchas son las generaciones que formó a lo largo de su vasta trayectoria profesional, sin duda logró culminar su escuela, moldear a su alumno modelo, a su residente ideal — rebelde a todo dogmatismo pero respetuoso de toda superioridad en el talento o en el saber.

En Juan Manuel Cota Abaroa la pasión y la distancia se equilibraron en el sentido del deber. Distancia para ver claro, pasión para sentir mucho, pero compasión para atender y curar los males de los demás.



No soy el insensato que se aferra
al mágico sonido de su nombre;
pienso con esperanza en aquel hombre
que no sabrá quién fui sobre la tierra.
Bajo el indiferente azul del cielo,
esta meditación es un consuelo.

Jorge Luis Borges 🇺🇸

Incidencia de pacientes con Cirrosis Hepática en el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra (2017-2018)

Dra. Astrid Kristel Rojas Hernández

Sinopsis. La cirrosis hepática (CH) es una patología multifactorial de impacto importante en Baja California Sur. Es la sexta causa de mortalidad en el estado, debido a que presenta los principales factores de riesgo implicados en este padecimiento como son: alcoholismo, hepatitis por virus C y obesidad. No se ha establecido el número de casos que se atienden en el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra dando un panorama estadístico real, así como su etiología, complicaciones y causas de defunción.

Objetivo general. Identificar la incidencia de pacientes con cirrosis hepática atendidos entre 2017 y 2018 en el BHJMS.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de pacientes que acudieron al servicio de urgencias u hospitalización con diagnóstico de cirrosis hepática o complicaciones asociadas a cirrosis del año 2017 a 2018. Las variables a considerar fueron: sexo, edad, etiología, complicaciones, tiempo de estancia hospitalaria, causas de defunción. La búsqueda de datos se realizó mediante la revisión de expedientes electrónicos con los diagnósticos previamente mencionados. Todos los datos fueron recolectados en una hoja de cálculo de Excel para su posterior análisis.

Resultados. Se analizaron 77 pacientes de edad entre 31 y 81 años (61 hombres y 16 mujeres) con diagnóstico de CH y complicaciones, la incidencia fue de 10.7% casos por año, la etiología más frecuente fue alcohol (66%), la complicación más común fue la ascitis, la causa de defunción más frecuente fue el choque hipovolémico (18.1%), 49% presentó Child Pugh B y los días de estancia hospitalaria la media fue de 5.2 días.

Conclusiones. Las principales causas de la patología CH son previsibles y por ello es de suma importancia implementar medidas de prevención. El estado de Baja California Sur presenta los principales factores de riesgo para desarrollar esta patología, con lo que estas medidas adquieren un valor social, pues ayudarían a disminuir costos y mortalidad en los pacientes.

Palabras clave: cirrosis hepática, incidencia, alcoholismo, choque hipovolémico.

Introducción

La cirrosis y sus complicaciones fueron reconocidas por los griegos y romanos antes de Cristo. Vesalius, en 1543, fue el primero en sugerir que el alcohol podía afectar el

hígado. En 1838, Carswell proporcionó la primera descripción histológica del hígado cirrótico. Unos años después, Rokitansky, sugirió las alteraciones circulatorias y la reacción inflamatoria en 1842.¹ La CH es el resultado de un largo proceso que culmina con la formación de septos fibrosos y nódulos de regeneración que representa su sustrato morfológico. La fibrosis hepática es determinante en la evolución de la enfermedad y consiste en un aumento difuso de la matriz extracelular en respuesta a un daño persistente del hígado.²

Varias condiciones clínicas asociadas con resultados significativamente diferentes se han propuesto como estadios clínicos durante el curso de la enfermedad. La cirrosis generalmente se clasifica en compensada o descompensada, según la ausencia o presencia (o historia previa) de sangrado variceal, ascitis, ictericia o encefalopatía.³



La tortura de Prometeo. Salvator Rosa (circa 1646-1648).

La cirrosis compensada en ausencia de várices esofágicas conlleva a una mortalidad baja (cerca al 1% anual), mientras que el desarrollo de várices esofágicas aumenta el riesgo de muerte hasta un 3.4% por año. Una vez que ocurre una descompensación, la mortalidad aumenta de forma dramática, el desarrollo de ascitis incrementa la mortalidad al 20% al año; la presencia de encefalopatía hepática severa supone una mortalidad anual de 54%, y después del primer episodio de sangrado variceal la mortalidad puede llegar hasta 57% en el primer año del evento. El desarrollo de descompensación aguda de CH se asocia a un evento

precipitante, entre los que se encuentran infecciones bacterianas o virales, cirugía, trauma, alcoholismo activo, entre otras. Aunque con el tratamiento estándar muchos pacientes responden y regresan al estado compensado, hasta una tercera parte desarrollan falla orgánica hepática o extrahepática, lo cual empeora su pronóstico.

1 Alfredo Rodríguez Magallá, Heber Said Valencia Romero, José Trinidad, etiología y complicaciones de la cirrosis hepática en el Hospital Juárez de México. Rev Hosp Jua Mex 2008 75 (4) 257-263.

2 Vanesa Bernal, Jaime Bosch, Cirrosis Hepática, Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital de San Jorge, Huesca. Unidad de hepatología instituto de enfermedades digestivas y metabólicas. Hospital Clinic Barcelona. Universidad de Barcelona 2012; 867-890.

3 Genaro D'Amico, Alberto Morabito, Mario D'Amico, et al. Clinical States of cirrhosis and competing risks. Journal of hepatology 2018 vol 68/ 563-576.

A esta condición se le llama insuficiencia hepática crónica agudizada que se asocia a falla orgánica hepática y extrahepática, y condiciona una alta mortalidad a corto plazo (30 a 40% a 28 días).⁴

Los modelos pronóstico son útiles para la estimación de la gravedad de una enfermedad, pues permiten establecer la supervivencia esperada ante una situación determinada y calcular el riesgo ante ciertas intervenciones médicas. En relación con la CH, de todas las puntuaciones descritas, las que representan una mayor aplicabilidad clínica son la clasificación de Child Pugh y el modelo MELD.⁵

El primer sistema fue obtenido de forma empírica, incorporaba los siguientes parámetros: albúmina sérica, bilirrubina sérica, estado nutricional, ascitis y encefalopatía. El principal inconveniente fue la escasa objetividad y la ambigüedad de algunos de los parámetros empleados, por lo que pronto fue modificada por Pugh *et al* en 1972, sustituyendo el estado nutricional por tiempo de protrombina, lo que lo hizo más objetivo.⁶

En las Clínicas Mayo surgió el modelo MELD (*Model for End-Stage Liver Disease*). A pesar de que se creó para predecir la supervivencia de los pacientes sometidos a shunts postsistémicos por vía intrahepática (TIPS), posteriormente ha sido validado en diferentes poblaciones de pacientes con enfermedades hepáticas crónicas, finalmente, la puntuación de MELD fue adoptada en los EU en 2002 como el sistema de puntuación de referencia para clasificar a los pacientes para trasplante de hígado.

Existen numerosas publicaciones en la literatura que han intentado establecer la superioridad de MELD sobre la escala de Child Pugh, sin embargo, hasta la fecha, no existe claridad sobre cuál podría ser el mejor método para determinar el pronóstico de la enfermedad. En un estudio multicéntrico en Chile, Edgar Sanhueza *et al* realizaron una evaluación comparativa entre



MELD y Child Pugh, concluyendo que ambas clasificaciones son comparables en relación a su capacidad de producir sobrevida.⁶ La epidemiología de la CH se caracteriza por marcadas diferencias entre los géneros, los grupos étnicos y las regiones geográficas.

4 R. Zubieta-Rodríguez, J Gómez –Correa, R. Rodríguez – Amaya, et al. Mortalidad hospitalaria en pacientes cirróticos en un hospital de tercer nivel. *Revista de Gastroenterología de México* 2017 M; 82 (3): 203- 209.

5 Isabel Campos – Varela y Lluís V Castel, Puntuaciones pronóstico de la cirrosis, Centro de Investigación Biomédica de Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERrehd), *Gastroenterol Hepatol*. 2008; 31 (7):439 – 46.

6 Edgar Sanhueza, Jorge Contreras, Rodrigo Zapata et al. Evaluación comparativa entre MELD y Child- Pugh como escalas pronósticas de sobrevida en pacientes con cirrosis hepática en Chile. *Rev Med Chile* 2017;145; 17-24.

La naturaleza, la frecuencia y el tiempo de adquisición de los principales factores de riesgo de la CH, como el virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C y la enfermedad hepática alcohólica, explican estas variaciones.⁷

La CH es una causa creciente de morbimortalidad en los países desarrollados, es la décima cuarta causa de muerte en el mundo, la cuarta en Europa Central. La CH es la inicial causa de indicación de trasplantes de hígado cada año en Europa. En los EU se registraron 1 millón 506 mil muertes de enero de 1980 a diciembre de 2014.⁸ En México, las enfermedades del hígado corresponden a la quinta causa de muerte con 45 mil 828 defunciones del 2014 al 2015. Ocupa el 7.2% de las causas de muerte. México es el país donde se encuentra la más alta mortalidad por CH en América Latina. Los Estados de mayor prevalencia fueron Hidalgo, Puebla, Tlaxcala, Estado de México y Distrito Federal. En el anuario estadístico de 2016 se reportó que las enfermedades del hígado son la sexta causa de mortalidad en el Estado de Baja California Sur. La mortalidad ocasionada por CH se ha mantenido a lo largo del tiempo por lo que es de esperarse que se mantenga como un problema de salud en México.⁹

Las etiologías más comunes que conducen al daño crónico y la CH son el consumo excesivo de alcohol, la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) o la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) y más recientemente, la esteatohepatitis no alcohólica (NASH). En los países desarrollados son la infección por VHC, el abuso de alcohol, y, cada vez más la NASH. En cambio, en el África subsahariana es la infección por VHB la causa más común, igual en la mayor parte de Asia. En un estudio transversal multicéntrico y prospectivo realizado en México, Nahum Méndez – Sánchez *et al* concluyeron que las principales causas de CH en México son el abuso de alcohol seguido por el VHC.⁷ En comparación con otras regiones del mundo, los mexicanos presentan el puntaje de consumo más alto y una tasa de mortalidad por enfermedad hepática alcohólica con un nivel de consumo de alcohol per cápita de categoría intermedia.

Se considera que el tiempo requerido para que el tóxico origine cirrosis es de 10 años, sin embargo, no todos los alcohólicos crónicos la desarrollan, por lo que se encuentran involucrados otros factores nutricionales, inmunológicos y genéticos. Los factores de riesgo para desarrollar hepatitis alcohólica y posteriormente cirrosis son: la duración y la cantidad de consumo de alcohol, género femenino, infección por VHC o B y la desnutrición, factores que contribuyen a la evaluación de la enfermedad y acelerar el daño hepático.¹

7 Nahum Méndez – Sánchez MD PhD; Juan R. Aguilar – Ramírez, MD; Ángel Reyes MD: et al. Etiology of liver cirrhosis in México, *Annals of Hepatology* 2004; 3 (1): January March; 30 – 33.

8 Laura Dwyer – Lindgren, MPH; Amelia Bertozzi – Villa, MPH; Rebecca W. Stubbs, BA; et al. US Contry – Level Trends in mortality rates for major causes of death, 1980 – 2014, *JAMA* 2016; 316(22): 2385 -2401.

9 Principales causas de mortalidad general por municipio de Baja California Sur. Saludbcs.gob.mx/estadística/2016/5% mortalidad.

Respecto de la segunda causa de CH en México, esta es la secundaria a infección por VHC. La seroprevalencia de VHC en México se estimó en 0.27%, equivalente a 161 mil personas en, mayor entre los hombres, aumenta con la edad y entre los sexualmente activos; es menor en población de mayor nivel socioeconómico. La incidencia reportada de VHC para Baja California Sur fue de 14.3% con un total de 102 casos del año 2014 al 2019 (19%).

El hígado graso no alcohólico se caracteriza por acumulación excesiva de grasa hepática asociada con la resistencia a la insulina, y se define por la presencia de esteatosis en más del 5% de los hepatocitos según el análisis histológico. Esta patología está fuertemente asociada con la obesidad y trastornos metabólicos como resistencia a la insulina, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia. El hígado graso no alcohólico es el trastorno hepático más común en los países occidentales que afecta 17% al 46% de los adultos. La incidencia de hígado graso no alcohólico en EU es de 20 a 86/1000 personas basado en enzimas hepáticas elevadas. En México se ha reportado una prevalencia de 17.1% en población general asintomática; sin embargo, en un meta-análisis realizado en 2016 se observó una prevalencia mundial de 25.2% con los índices más altos en Oriente Medio y Sudamérica, además de evidenciar un incremento en la prevalencia conforme a la edad. En las últimas décadas, la obesidad se ha convertido en un problema de salud epidémico y, como consecuencia, estamos presenciando un aumento en la prevalencia del hígado graso no alcohólico en todos los grupos de edad. El hígado graso no alcohólico puede evolucionar a CH y es actualmente la segunda indicación de trasplante hepático en EU; en menores de 50 años, la primera.

En el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra no se tiene conocimiento acerca de las cifras de los pacientes atendidos en nuestra unidad, por lo cual es muy importante el reconocimiento de éstas, ya que la CH se encuentra dentro de las principales causas de muerte en México. El abuso de alcohol es su principal etiología seguido de la infección con VHC. Baja California Sur tiene el segundo lugar nacional en la prevalencia de Obesidad y el quinto lugar en el consumo de bebidas alcohólicas. Por tal razón, si conocemos la incidencia de estas enfermedades, se podrán tomar medidas efectivas que permitan la detección temprana e implementar la prevención de factores de riesgo como el consumo excesivo de alcohol y las infecciones de VHC.

10 Juan Pablo Gutierrez, Héctor Sucilla- Pérez, Carlos J Conde – González, Disminución de la seroprevalencia de hepatitis C en México; resultados de la Ensanut 2012, Salud Pública de México/ vol 59, num 1, enero-febrero de 2016.

11 Julio Marchesini; Christopher P, Day Jean – Francois Dufor et al. EASL –EASD – EASO. Clinical practice guidelines for the management of non – al alcoholic fatty liver disease, Journal of Hepatology 2016 vol. 64 1388 – 1402.

12 Héctor Miguel Delgado – Cortés, Francisco Isai García – Juárez, Ignacio García Juárez, La enfermedad por hígado graso no alcohólico y el trabajo del internista Rev Hosp Jua Mex 2018, 85 (2): 86 – 93.

Material y métodos

El presente estudio se propuso estudiar la incidencia de pacientes con CH atendidos del año 2017 al 2018 en el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra, para así: identificar las causas más frecuentes de CH; clasificar con la escala de Child Pugh; las complicaciones más frecuentes de CH; determinar el tiempo de estancia hospitalaria y del número de consultas en un año; identificar la causa principal de defunción.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. La búsqueda de datos se llevó a cabo mediante la revisión de expedientes clínicos electrónicos a todos los pacientes atendidos en los servicios de Urgencias y Hospitalización entre el 1 de enero de 2017 al 1 de enero del 2018. La muestra fue de 77 pacientes obtenidos mediante un muestreo no probabilístico de un universo de 304 pacientes, lo cuales cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión. Todos los pacientes con diagnóstico de CH mediante una combinación de hallazgos clínicos, bioquímicos e imagenológicos compatibles. Todos los pacientes que ingresen al servicio de urgencias y hospitalización con diagnóstico de CH y complicaciones durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión. Pacientes menores de 18 años, expediente clínico electrónico incompleto y diagnóstico no confirmado de CH.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, etiología de la CH, tiempo de estancia hospitalaria, complicaciones y causas de defunción.

Resultados. Durante el periodo de estudio ingresaron al servicio de urgencias y hospitalización 304 pacientes con diagnóstico de CH y complicaciones asociadas, de los cuales fueron incluidos sólo 77 pacientes. La incidencia anual fue de 10.07% casos por cada 100 mil pacientes. Del número de pacientes estudiados, la media fue de 54.7 años (edad mínima de 31 años y edad máxima de 81 años). Del total, 79% eran del sexo masculino, mientras que 21% del sexo femenino. La causa más frecuente de CH encontradas fueron 66.2% por alcohol; 14.2% por infección de VHC; 12.9 criptogénica; 2.5% por colangitis biliar primaria; 2.5% por hepatitis autoinmune; y 1.2% por hígado graso no alcohólico.

Se realizó un subanálisis el cual mostró que, de los 77 pacientes incluidos en el estudio, sólo 57 pacientes contaban con laboratorio completos para clasificar Child Pugh. Un 49% presentó Child Pugh B, 47% Child Pugh C y 4% Child Pugh A.

Las principales complicaciones de CH fueron: ascitis en un 54.4%, sangrado de tubo digestivo alto en un 51.9%, encefalopatía hepática 42.8%, síndrome hepatorenal 27.2%, peritonitis bacteriana espontánea 10.3% y carcinoma hepatocelular en 1.2%.

La media de los días de estancia hospitalaria fue de 5.2 días (mínimo 1 día y máximo 47 días). En cuanto al seguimiento de los 77 pacientes sólo 26 acudieron a consulta externa, se hizo la observación que de los pacientes que fallecieron sólo 4 acudieron a consulta de seguimiento.

Respecto de la mortalidad, la causa principal fue choque hipovolémico en un 18.2%, choque séptico el 10.3% y falla orgánica múltiple en un 2.5%.

Discusión

Es fundamental contar con un panorama epidemiológico de la CH para determinar las características en nuestro medio, ya que la CH es una de las principales causas de muerte tanto a nivel nacional como en nuestro estado. **La incidencia anual de casos nuevos de CH por grupos de edad en México en el año de 2017 fue de 6.67 casos por 100 mil habitantes, mientras que en el presente estudio se encontró para el Benemérito Hospital Juan María de Salvatierra una incidencia de 10.07 casos por 100 mil habitantes.** Esta cifra nos refiere que la CH tiene un alto impacto en esta unidad debido a que es un hospital de referencia del Estado de Baja California Sur.

La importancia de la media de 54 años de edad de pacientes con CH es que son pacientes en edad productiva. El sexo predominante es, con mucho, el sexo masculino, identificado con el mayor consumo de alcohol –la causa principal de morbilidad en más de la mitad de los casos en nuestro estudio. Como segunda causa encontramos la infección por el VHC y en tercer lugar la criptogénica tal como se observó en el estudio de Méndez et al en la población mexicana.⁷ Sólo se identificó un caso con esteatohepatitis no alcohólica, lo cual llama la atención, pues estadísticamente Baja California Sur ocupa el segundo lugar en obesidad a nivel nacional. De esto se entiende que nuestra población es más susceptible de presentar síndrome metabólico, uno de los principales factores de riesgo. Por lo cual se sospecha que la esteatohepatitis no alcohólica sea una entidad que se encuentra subdiagnosticada en nuestro medio.

Respecto de la escala pronóstica de Child Pugh, observamos un Child B de 49%, Child C de 47% y Child A de 4%. Significa que la mayoría de los pacientes tienen mal apego al tratamiento médico o se diagnostica cuando ya han presentado complicaciones asociadas a la CH, que disminuyen su supervivencia a corto plazo al no tener disponible el acceso a trasplante hepático.

Las principales complicaciones de CH en nuestro medio fueron ascitis en 54.4%, seguido de sangrado de tubo digestivo alto en 51.9%, encefalopatía hepática en 42.6%, síndrome hepatorenal en 27.2% y otros, como peritonitis bacteriana espontánea, y carcinoma hepatocelular. Las cifras encontradas en nuestro estudio coinciden con lo reportado en la literatura, ya que la ascitis es la complicación más común en CH en aproximadamente 60% de los casos con cirrosis compensada desarrollan ascitis dentro de los 10 años durante el curso de la enfermedad.¹³

¹³ Pere Ginés, Pablo Argeli, Kurtz Lenz, et al. Clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *Journal of Hepatology* 2010 vol 53 / 397 -417.


La media de los días de estancia hospitalaria fue de 5.2 días. Los costos se incrementan de acuerdo a la clasificación Child Pugh. En un estudio realizado en el IMSS se estimó el costo de atención de la CH en tres estadios de la enfermedad, el resultado fue de 1,633 dólares para el Child Pugh A; 6,564 para el Child Pugh B y 30,249 para el Child Pugh C. La conclusión es que el tratamiento de CH es costoso y tienden a incrementar significativamente a medida que la enfermedad avanza. En cuanto al seguimiento de los 77 pacientes, sólo 26 acudieron a consulta subsecuente, lo cual nos habla que la mayoría de los pacientes tenían mal seguimiento. Respecto de la mortalidad, con se observó que la causa primera de defunción fue el choque hipovolémico en 59%, choque séptico 33% y falla orgánica múltiple en 8%, por lo cual es necesario contar con un servicio de endoscopia diagnóstica y terapéutica en esta institución, pues la mayoría fallece de sangrado de venas esofágicas.

Al ser este un estudio de corte retrospectivo, tiene muchas limitantes. De un total de 304 pacientes, al momento de la selección, de acuerdo a los criterios de inclusión, sólo se pudieron incluir 77 al estudio debido a expedientes clínicos incompletos, notando además mucha duplicidad de pacientes en el sistema. Es importante, por esto mismo, realizar cursos de capacitación al personal administrativo, especialmente en captura y alta de pacientes. También habrá que mejorar en médicos internos y residentes el correcto llenado de las historias clínicas.

Las enfermedades hepáticas constituyen la decimocuarta causa de mortalidad a nivel mundial; la quinta causa de mortalidad nacional y la sexta causa de mortalidad en Baja California Sur, por lo cual es trascendente conocer la incidencia de dichas enfermedades. De esta manera se podrán tomar medidas efectivas que permitan la detección temprana e implementar la prevención de los principales factores de riesgo.

Conclusiones

La CH constituye uno de los principales problemas de salud pública en el mundo; y en nuestra población, con una incidencia de 10.07% casos por 100 mil pacientes/año, la principal etiología fue el alcohol. La clasificación Child Pugh más frecuentes fue la B, la principal complicación fue ascitis, los días de estancia hospitalaria fue una media de 5.2 días y principal causa de mortalidad fue el choque hipovolémico.

De acuerdo con estos resultados, la incidencia de CH en nuestro hospital es alta. Hemos identificado que las principales causas son prevenibles, por lo cual es relevante implementar las medidas pertinentes, ya que el Estado de Baja California Sur presenta los principales factores de riesgo para desarrollar esta patología. De igual manera, para disminuir los costos y mortalidad de pacientes con cirrosis hepática. 

Hígado graso no alcohólico, un componente del síndrome metabólico

Dr. Luis Alberto Contreras Ojeda

El Síndrome Metabólico (MetS), también conocido como Síndrome de Resistencia a la Insulina o Síndrome X (terminología poco común ya que otro Síndrome X ha sido documentado en cardiología) presenta una asociación frecuente de factores de riesgo para Enfermedad Cardiovascular y Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). Dichos factores de riesgo están representados por presión arterial alta (HTA), glucosa en ayunas alterada (IFG), nivel elevado de triglicéridos (TG), niveles bajos de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y obesidad (principalmente de tipo abdominal). Estudios recientes señalan que esta relación no es mera casualidad y es más compleja de lo pensado.

Cada vez es más claro el vínculo de esta constelación de trastornos metabólicos con la resistencia a la insulina, presente con mayor frecuencia en personas con obesidad abdominal, particularmente en aquella con un exceso de tejido adiposo intraabdominal o visceral. La resistencia a la insulina crea un estado aterogénico, inflamatorio y protrombótico; no sólo es un factor que aumenta el riesgo de DM2, es también una causa prevalente de enfermedad cardiovascular. La enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD, por sus siglas en inglés) está fuertemente relacionada con la resistencia a la insulina y puede ser tanto una causa como una consecuencia del síndrome metabólico.

Se estima que el 32.4% de la población mundial tiene hígado graso no alcohólico. La incidencia y la prevalencia han aumentado rápidamente con el tiempo, del 25.5% antes de 2005 al 37.8% en 2016, sincronizándose con la pandemia mundial de obesidad y convirtiéndose en una de las principales causas de cirrosis en algunos países. Asimismo, se predice que, en términos de indicación para trasplante hepático, el hígado graso superará a la etiología viral. La prevalencia general de hígado graso no alcohólico es significativamente mayor en hombres que en mujeres. La biopsia hepática es el estándar de oro para el diagnóstico de hígado graso, pero debido a sus inconvenientes se desarrollaron otras formas de diagnóstico no invasivas (biomarcadores séricos y biomarcadores de imágenes).

Inicialmente, *Reaven et al* no incluyó la obesidad en su descripción del Síndrome X, ya que podía identificar a personas no obesas con resistencia a la insulina y personas con obesidad que eran sensibles a la insulina. La obesidad evaluada por el IMC no es por sí mismo un predictor de síndrome metabólico si no se correlaciona con obesidad central, edad, sexo y etnia, ya que la resistencia a la insulina tiene una fuerte conexión con el tejido adiposo visceral.

Es importante identificar a las personas con tejido adiposo distribuido en comparti-



mentos profundos porque los adipocitos de compartimento profundo son metabólicamente más activos en comparación con los adipocitos superficiales y se correlacionan con resistencia a la insulina. En este contexto, los estudios que evaluaron la adiposidad mediante tomografía computarizada (TC) revelaron que una acumulación excesiva de tejido adiposo visceral es un correlato clave de las características de la resistencia a la insulina. Sin embargo, es poco probable que la tomografía computada se utilice ampliamente debido a la exposición a la radiación y al costo de uso. Más recientemente se descubrió que las anomalías que se agrupan, como las observadas en la obesidad visceral, son casi idénticas en personas con grasa hepática adicional.

La acumulación de grasa en el hígado puede evaluarse de forma no invasiva y con alta precisión gracias al desarrollo de la espectroscopia de resonancia magnética. Los datos proporcionados por este método se corresponden con los hallazgos de las

biopsias hepáticas, lo que lo convierte en la mejor forma no invasiva para determinar el contenido de triglicéridos hepáticos (HTGC) e identificar la esteatosis hepática. La grasa hepática está estrechamente asociada con las concentraciones de insulina en ayunas y las mediciones directas de la sensibilidad a la insulina hepática, a diferencia de la cantidad de tejido adiposo subcutáneo. El hígado graso produce un exceso de glucosa y lípidos, especialmente lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) —los principales actores del síndrome metabólico—, siendo además responsable de la mayoría de los factores de riesgo cardiovascular conocidos, incluidos el fibrinógeno, la proteína C reactiva (PCR), el activador del plasminógeno inhibidor-1 (PAI-1) y factores de coagulación.

El hígado graso no alcohólico se refiere a la presencia de grasa en el hígado (5-10% de los hepatocitos son grasos) que no está asociado con otras causas conocidas de esteatosis como: alcohol (definido al consumo > 20ml de alcohol al día para mujeres y > 30ml para hombres en las recomendaciones europeas y americanas), virus, drogas, toxinas, enfermedades autoinmunes o sobrecarga de hierro y se acompaña con mayor frecuencia, si no siempre, de resistencia a la insulina.

El hígado graso no alcohólico varía desde una simple infiltración grasa, sin evidencia de inflamación (hígado graso no alcohólico), hasta grasa e inflamación (esteatohepatitis) no alcohólica y cirrosis, que puede progresar a enfermedad hepática en etapa terminal o directamente a hepatocarcinoma.

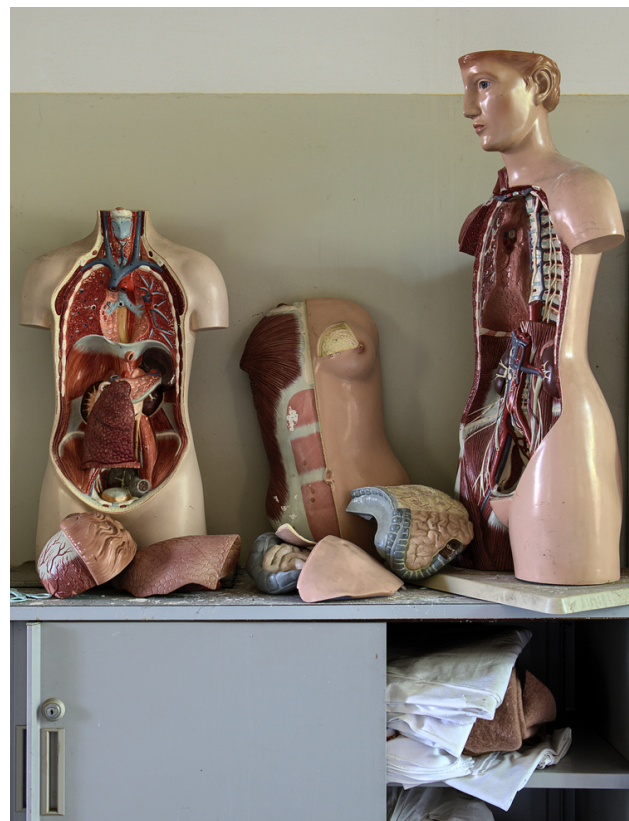
No es una regla que todos los sujetos con síndrome metabólico desarrollen hígado graso, ni que todos los sujetos con hígado graso desarrollen esteatohepatitis. Hígado graso y síndrome metabólico pueden estar vinculados en un círculo vicioso, con hígado graso convirtiéndose tanto en un síntoma como en una causa de síndrome metabólico.

Desde el punto de vista histológico, la esteatohepatitis alcohólica es indistinguible de la esteatohepatitis grasa y se caracteriza por gotitas de esteatosis macro-vesicular pequeñas y grandes; por otra parte, también puede estar compuesta por una mezcla de vacuolas grandes y pequeñas, necrosis balonzante, inflamación leve, fibrosis y puede diagnosticarse mediante la identificación de estas características en muestras de biopsia de hígado como un método estándar de oro.

En los Estados Unidos la esteatohepatitis es la tercera razón más común para el trasplante de hígado y la causa más frecuente de cirrosis criptogénica. Según las revisiones, se cree que entre el 3% y el 6% de las personas en todo el mundo tienen esteatosis no alcohólica. Puede derivar en cirrosis y enfermedad hepática terminal, aunque la enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad en personas con esta afección. De igual forma, el porcentaje de personas en los Estados Unidos que presentan esteatosis hepática como causa principal de su hepatocarcinoma ha aumentado 7.7 veces (de 2.1 a 16.2%). El hígado graso no alcohólico suele ser asintomático y la mayoría de los pacientes tienen niveles normales de transaminasas, aunque el trastorno es la razón más común de transaminasas inesperadamente elevadas. En este momento no se recomienda evaluar a personas asintomáticas o con

síndrome metabólico o esteatosis simple. Según una evaluación reciente, el hígado graso puede ser responsable del 80% de los casos de aumento de los niveles de transaminasas en la población estadounidense y se han obtenido datos similares en la población italiana y japonesa.

Debido al aumento de la alimentación occidental industrializada y al sedentarismo ha provocado una epidemia de obesidad que se inicia en la infancia. Con el incremento de la de DM, la enfermedad hepática grasa no alcohólica, ahora se reconoce como la enfermedad hepática crónica más prevalente, con una incidencia mundial del 25% y prevalencia que alcanza el 60 al 70% en pacientes con DM. La DM2 es el factor de riesgo más importante para hígado no graso alcohólico y parece estar correlacionada con la progresión de la enfermedad, con la presencia de fibrosis



avanzada, asociada con mortalidad relacionada al hígado, pero generalmente se pasa por alto en la práctica clínica.

Como enfatizamos, el hígado graso no alcohólico es una entidad que incluye tanto a hígado graso como a esteatohepatitis; la diferencia entre ellos es la presencia de diferentes grados de inflamación y remodelación arquitectónica, por ejemplo, fibrosis. La detección rápida de personas con fibrosis grave es esencial para la terapia clínica, ya que tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones potencialmente mortales, como cirrosis hepática o várices esofágicas. Para diagnosticar esteatohepatitis, es importante confirmar la presencia de esteatosis hepática mediante imágenes o histología, pero el diagnóstico de hígado graso finalmente requiere una biopsia de hígado, que sigue siendo el estándar de oro para caracterizar las alteraciones histológicas del hígado.

El hígado graso se describe como la existencia de estenosis hepática del 5% sin abombamiento de hepatocitos, que es un signo de daño hepatocelular. El hígado graso progresa a esteatohepatitis cuando hay evidencia de lesión hepatocelular caracterizada por la presencia de inflamación lobulillar entre (me de linfocitos CD4 (+), CD8(+), pegado de células de KUPFFER, I leucocitos polimorfonucleares, macrófagos células T) degeneración balonizante hepatocelular, cuerpos apoptóticos y cuerpos de Mallory-Denk (porción intracitoplasmática eosinofílica compuesta de filamentos mal plegados de queratina, proteínas de choque térmico) pueden verse en muestras histológicas.

En ocasiones el diagnóstico es desafiante porque las características de la esteatohepatitis no están presentes de manera uniforme en todas las biopsias. Al comienzo de la evolución de la enfermedad los cambios histológicos se distribuyen de una manera específica, y los cambios más graves ocurren en la zona acinar 3. La fibrosis perisinusoidal / pericelular, es típica de esteatohepatitis y es el tipo más común de fibrosis en esteatohepatitis. Es crucial aplicar estándares generalmente aceptados para la caracterización histológica.

Hay dos sistemas de puntuación histológica afectados para el diagnóstico. Una es la actividad de fibrosis de la esteatosis que es parte del consorcio europeo de inhibición de la progresión de hígado graso. Se compone de tres características simples (estenosis, actividad, fibrosis) definidas como puntuación SAF, en función de las cuales se desarrolló el algoritmo de inhibición de la progresión del hígado graso con el fin de disminuir las variaciones interobservador entre patólogos.

El segundo es desarrollado por el Comité de Patología de la Red de Investigación Clínica para la Esteatohepatitis No Alcohólica (NAS) y aborda el espectro completo de lesiones de hígado graso no alcohólico. Propone un puntaje de actividad de hígado graso no alcohólico. Ambos puntajes (SAF y NAS) generalmente se usan para estandarizar los resultados de los estudios clínicos y emplean las mismas lesiones histológicas en el diagnóstico de esteatohepatitis. Sin embargo, la puntuación SAF también considera las fases de la fibrosis a diferencia de la NAS, no

incluye esta característica porque no es reversible. La puntuación NAS puede capturar la respuesta histológica a la terapia y utilizar características de lesión activa que son potencialmente reversibles. La puntuación, que varía de 0 a 8, se determina sumando las puntuaciones no ponderadas de distensión (0-2), la inflamación lobulillar (0-3) y la esteatosis (0-3). El uso de una escala semicuantitativa para este grado de fibrosis también es importante. Debido a que las escalas no son lineales, las implicaciones clínicas en tres fases consecutivas no son iguales (F0 a F1 no es igual a F2 a F3). Las etapas más avanzadas de cirrosis no se pueden identificar una vez que se ha realizado el diagnóstico de cirrosis.

El diagnóstico precoz de hígado graso es importante debido a que sus herramientas diagnósticas se ofrecen como herramientas no invasivas: variables clínicas y de laboratorio (biomarcadores séricos): índice de proporción de AST, plaquetas, fibrosis-4, puntaje de fibrosis del hígado graso, puntaje BARD, fibrotest, fibrosis hepática mejorada; biomarcadores basados en imágenes: parámetros de atenuación controlada, fracción de grasa de densidad

de protones de imágenes de resonancia magnética, elastografía transitoria (TE) o elastografía controlada por vibración, imágenes de impulso de fuerza de radiación acústica, elastografía de ondas de corte, elastografía de resonancia magnética. El síndrome metabólico representa fundamentalmente una asociación de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y Diabetes Mellitus 2, caracterizada por resistencia a la insulina. El hígado graso puede ser causa, pero también una consecuencia de resistencia a la insulina y, por lo tanto, se asocia frecuentemente con síndrome metabólico. El hígado graso, en asociación con síndrome metabólico y DM2, aumenta la progresión a esteatohepatitis no alcohólica aumentando las tasas de morbilidad y mortalidad. Un diagnóstico precoz de hígado graso es clave para un tratamiento óptimo en estos pacientes, con el fin de minimizar su morbilidad. La biopsia hepática es el estándar de oro de hígado graso no alcohólico, pero debido a que es invasiva, las nuevas técnicas desarrolladas que se valen biomarcadores séricos y de imágenes deben promoverse y usarse a mayor escala, respectivamente. ¶



RETO DIAGNÓSTICO

Respuesta del reto anterior, No. 1. Dermatología

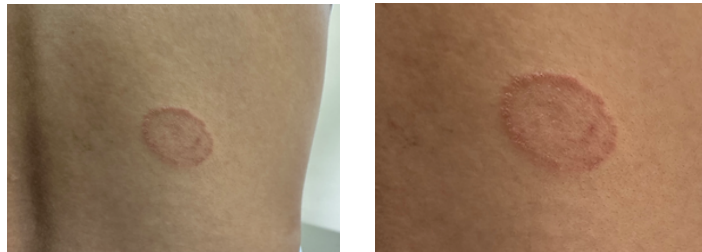
Dr. José Octavio Flores Alonso, Dermatoleprólogo

Dr. Iván Arellano Plascencia, R2 Medicina Interna

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

Evolución aguda y no pruriginosa. La lesión apareció hace 15 días sin mostrar cambios hasta la fecha. Por lo datos morfológicos obtenidos, se puede pensar en diagnósticos diferenciales como:

- **Tiña piel lampiña**
- **Granuloma anular**
- **Pitiriasis Rosada de Gibert**
- **Liquen simple**



Un dato importante es que no presenta prurito, mientras que la tiña piel y liquen simple son lesiones bastantes pruriginosas, y en caso de tiña con aumento de tamaño en sus diámetros. En caso de granuloma anular no sería de inicio súbito. Dado lo anterior, se diagnostica como **Pitiriasis Rosada de Gibert (lesión Heráldica)**.

Se considera a la Pitiriasis Rosada de Gibert una dermatosis inflamatoria, autolimitada, de evolución breve, caracterizada por la aparición inicial de una lesión única y la erupción secundaria de abundantes placas más pequeñas eritemato-escamosas, ovas, distribuidas en el cuello, tronco y raíz de extremidades.

Epidemiológicamente tiene una incidencia de 0.68% en pacientes dermatológicos o 172.2 por cada 100 000 personas al año; puede ocurrir a cualquier edad, pero más frecuente entre los 10 y 35 años. En algunos pacientes es recurrente y se caracteriza en etapas estacionales (primavera u otoño).

Ocasionalmente existe un período prodrómico manifestado por malestar general o astenia. Del 50 al 90% de los casos se presenta una placa eritemato-escamosa con palidez central, conocida como placa "Heráldica", localizada principalmente en tronco, aunque puede aparecer en cualquier parte de la piel, que a menudo se diagnostica como eccema.

Estos casos se resuelven entre cinco y ocho semanas, con una hiperpigmentación residual de las lesiones en 48% de los casos. No existe tratamiento específico y finalmente se resuelve en forma espontánea.

Nuevo reto, No. 2. Caso clínico

Dra. Karina Alemán Díaz

Paciente femenino de 47 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de 5 años de evolución sin apego al tratamiento. La cual inicia su padecimiento 3 meses previos a su ingreso con una dermatosis compuesta por ampollas pruriginosas, localizadas en miembros torácicos y cara, acompañado de astenia, adinamia, edema generalizado y xerosis.

De la exploración física destaca la presencia de dermatosis localizada en cara compuesta por ampolla erosionada irregular pruriginosa de 1cm de diámetro (Imagen 1) con presencia de alopecia frontal, así como lesiones ampollosas ulceradas, pruriginosas con centro necrótico y lesiones eritematosas difusas en ambos antebrazos (Imagen 2).

Dentro de los exámenes de laboratorio se obtiene una biometría hemática dentro de parámetros normales, consumo de complemento C3 y C4, niveles de hormona tiroideo-estimulante 16.64, tiroxina libre 0.9 y triyodotironina libre 3.03. Se solicitan anticuerpos antinucleares positivos 1:1520 patron moteado fino AC-4.

Posteriormente se realiza biopsia de piel en lesión ampollosa localizada en antebrazo derecho, reportando hiperqueratosis marcada, hipergranulosis, infiltrado inflamatorio mixto de escaso a moderado dispuestos difusamente sin fibrosis de la dermis superficial ni nódulos linfoides. Focalmente hay una ampolla subcórnea con acantolisis sin presencia de figuras de mitosis, atipias celulares ni datos de malignidad presentes (Imagen 3 y 4). Se realiza inmunofluorescencia directa en la que se reportan anticuerpos IgG contra las desmogleínas.

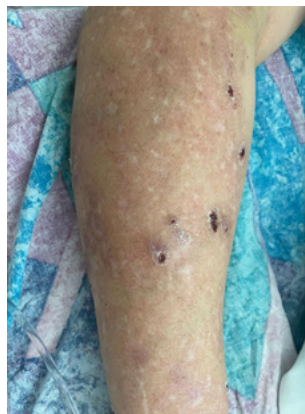


Imagen 1



Imagen 2

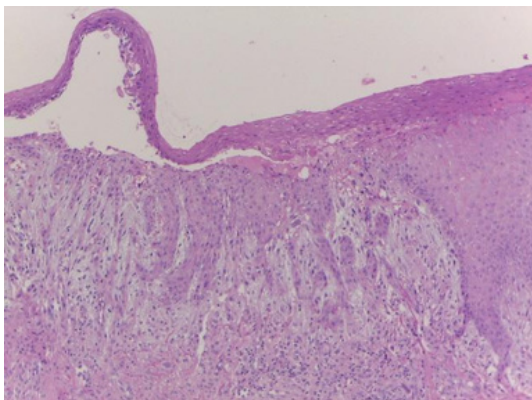


Imagen 3

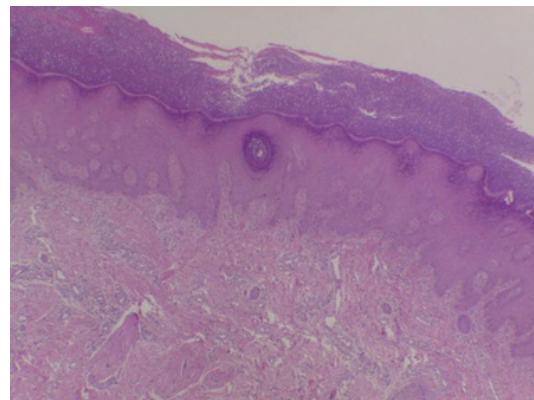


Imagen 4



JORNADAS MÉDICAS 2023 DEPRESIÓN LA ENFERMEDAD DEL SIGLO XXI BIOÉTICA LOS VALORES Y PRINCIPIOS HUMANOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

UABCS	HOSPITAL MILITAR REGIONAL	HORARIOS
18, 19 OCTÚBRE	20 OCTÚBRE	08:30 - 14:00 16:00 - 19:00

CUOTA DE RECUPERACIÓN

Del 15 de mayo al 15 de septiembre**
MÉDICO Y PROFESIONAL DE LA SALUD \$2,000.00
ESTUDIANTES \$500.00

CURSO DE BIOÉTICA EXCLUSIVAMENTE

PROFESIONAL DE LA SALUD DE:
HOSPITALES PÚBLICOS \$1,000.00
OTRAS INSTITUCIONES \$2,000.00

SIN COSTO PARA LOS MEDICOS COLEGIADOS
DE TODAS LAS SECCIONES DEL COLEGIO DE
MEDICOS CIRUJANOS DE BCS CON CUOTAS AL
CORRIENTE 2023

*Del 16 de septiembre al 17 de octubre **20% adicional**
*Las Inscripciones el día del evento tendrá un **30% adicional**



MÁS INFORMACIÓN EN:
colegiomedicobcs.org





CONVOCATORIA

PRIMER ENCUENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**16 Y 17
NOVIEMBRE**

**SEDE
UABCS**

**CUOTA
\$ 500**

El Comité organizador del Encuentro extiende una atenta invitación al Personal de Salud de todas las áreas y profesionistas de disciplinas afines, de las diferentes instituciones de salud y educativas en el Estado de Baja California Sur, para asistir a las actividades académicas y participar en la presentación de trabajos de investigación en salud con protocolos o estudios concluidos.

La participación con trabajos de investigación para su evaluación por el Comité, será recibido en formato Word con letra Arial de 12 puntos e interlineado de 1.5 utilizando el modelo de citación APA, con una extensión de 250 a 350 palabras, con el siguiente contenido:

- Nombre completo del autor o autores (nombre del ponente subrayado)
- Lugar de adscripción o institución correspondiente
- Correo electrónico
- Título
- Objetivo
- Métodos
- Resultados
- Conclusiones

- La **Fecha límite** para recepción de trabajos: **15 de octubre 2023.**
- Fecha de **resultados** del dictamen de trabajos aceptados: **23 de octubre 2023.**
- Los **trabajos aceptados** tendrán como **fecha límite** el **06 de noviembre** para enviar la presentación o cartel digital en el formato que les indique el Comité evaluador.
- Se **exenta el pago** a quienes sus trabajos sean **seleccionados** para presentarse.

** En caso de mandar más de una colaboración, favor de enviar cada una en su propio correo a la siguiente dirección:
cienciacolegiomedicobcs@gmail.com*

Regístrate en:



colegiomedicobcs.org



SERENDIPIA

Vol. I, No. II, Época. II, Julio 2023

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

serendipiabcs.com