

Donación de vida

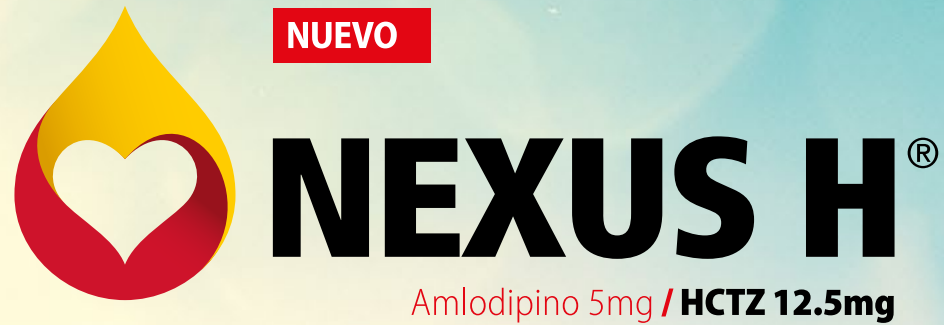
Andrea Sofía Osuna Patrón

Hace tres años su tía materna, Christelle, le donó un segmento de hígado, le dio una esperanza de vida.

 Pág. 3

- ▶ Dolor lumbar, Dr. A. Lomelí R.
- ▶ Vacunación, Dra. I. Becerra L.
- ▶ Haciendo historia, Radioterapia
- ▶ Médicos, Dr. J. Arriaga Gracia
- ▶ Junta Directiva, Dr. R. del Valle R.
- ▶ Colaboración, Dr. D. Motola K.
- ▶ Homenaje, Dr. M. Campuzano F.
- ▶ Lazos de la Sociedad





NUEVO

NEXUS H[®]

Amlodipino 5mg / HCTZ 12.5mg

Para aquellos pacientes que **no alcanzan** su meta antihipertensiva y necesitan una **terapia combinada**.

► **El uso combinado de BCC** (bloqueadores de los canales de calcio) **más tiazidas en 30,791 pacientes concluye:**

Es de **gran utilidad en pacientes con hipertensión sistólica aislada** y en el paciente de edad avanzada.

► **La combinación tiene una significativa disminución del riesgo de:**

 **Infarto al miocardio**

 **Enfermedad cerebrovascular**



NEXU-H-01A-19 NÚMERO DE ENTRADA: 193300202C1807

Revisar IPP:



 IPAL[®]

Senosiain[®]

Índice

2	Mensaje del Presidente	
3	Casos de Portada:	Donación de vida, Andrea Sofía Osuna Patrón
7	Temas del trimestre:	Dolor lumbar, Dr. A. Lomelí R.
13		Vacunación en el adulto mayor, Dra. I. Becerra L.
22	Haciendo historia:	Unidad de Radioterapia, Remembranza
26	Médicos:	Dr. Jaime Arriaga Gracia, mi vida
32	Junta Directiva:	A pasos firmes, Dr. Ramiro del Valle Robles
36	Homenaje:	Dr. Manuel Campuzano Fernández
40	Colaboración millennials:	Dr. Daniel Motola Kuba
42	Lazos de la Sociedad:	Visita al Antiguo Colegio de San Ildefonso

DIRECTORIO EDITORIAL

Dr. Rodolfo Bolaños Reyes
Presidente
rbolanos-msur@hotmail.com

Dr. Everardo E. Barojas Weber
Vicepresidente
ebarojasw@gmail.com

Dra. Ivonne K. Becerra Laparra
Secretaría
ibecerra@medicasur.org.mx

Dr. Rafael Vidal Tamayo Ramírez
Secretario de Actas
rafvidal@gmail.com

Dr. Rogelio J. Mac Kinney Valencia
Tesorero
rogeliomackinney@hotmail.com



TODOS SOMOS MS[®] es un órgano de comunicación interna de la **Sociedad de Médicos de Médica Sur**. Es una publicación trimestral con un tiraje de 1,000 ejemplares. Los contenidos de los artículos, las opiniones de los autores y las imágenes utilizadas son responsabilidad de los mismos y no reflejan la opinión del **Hospital Médica Sur**. Todos los derechos reservados de las marcas y logotipos utilizados.

MESA DIRECTIVA
2018-2020

Mensaje del Presidente

Queridos compañeros:

En estos días en que nuestro país se encuentra inmerso en el problema de salud más grande que nos haya tocado vivir, es muy importante mantener la unidad, el trabajo en equipo, la fortaleza de espíritu y la confianza en Dios, para lograr salir adelante con nuestros pacientes y con la grave situación económica que se presentará en los meses siguientes.

Es de destacar el desempeño de nuestros compañeros médicos intensivistas, neumólogos, infectólogos, personal de enfermería, técnicos y médicos radiólogos, médicos residentes, terapeutas físicos y camilleros; que han trabajado arduamente durante semanas para tratar a los pacientes enfermos de la viremia por Covid-19 con mucho éxito.

Esta epidemia ha modificado totalmente nuestros hábitos y costumbres, trabajos, estudios, esparcimiento, salud mental, relaciones humanas, limitando nuestra movilidad. De tal manera, que muchos opinan que nuestra forma de vivir se modificará de manera importante.

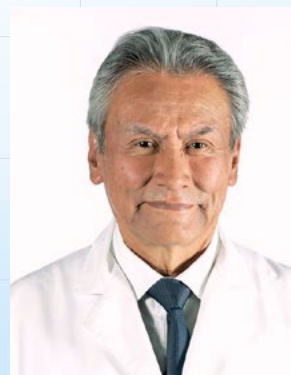
Nos toca a nosotros como comunidad médica de alto nivel, apoyar en lo posible a nuestros pacientes, mantener la calidad y la calidez que siempre nos ha caracterizado y en armonía, con nuestras autoridades hospitalarias, continuar ofreciendo el máximo nivel de atención médica.

Han sido meses sumamente difíciles para todos, es importante ofrecer en nuestros consultorios el máximo de seguridad a nuestros pacientes y a nosotros. En este sentido estaremos listos para reiniciar nuestras actividades de consultorio lo antes posible. Muy probablemente el Congreso Anual de Médica Sur Sociedad de Médicos, se tendrá que diferir, así como las actividades académicas y socio-culturales que normalmente teníamos programadas.

La Mesa Directiva de Médica Sur Sociedad de Médicos, desea que cada uno de sus miembros, así como sus familias se encuentren bien y que juntos superemos esta eventualidad con gallardía y con la confianza de ser una gran familia. La historia así nos lo ha mostrado. Les enviamos un abrazo fraternal.

Unión e Integración
Médica Sur Sociedad de Médicos

Afectuosamente,
Dr. Rodolfo Bolaños Reyes
rbolanos-msur@hotmail.com



CASOS DE
PORTADA

DONACIÓN EN VIDA DE UN SEGMENTO HEPÁTICO,
REGALO DE VIDA PARA NIÑOS CON CÁNCER.

Dr. Gustavo Varela Fascinetto • Cirugía Pediátrica y Trasplantes
varelafas@aol.com

Andrea Sofía Osuna Patrón acaba de cumplir cuatro años de edad el pasado 28 de abril, actualmente goza de completa salud, tiene una expectativa de vida normal, podrá crecer, madurar, casarse, tener una familia. Todo esto gracias a que hace poco mas de tres años su tía materna, Christelle, le donó un segmento de hígado y convirtió una condena a muerte, en una esperanza de vida.



Andrea Sofía nació en Mazatlán, Sinaloa. Tiene un hermano cuatro años mayor y dos padres amorosos. Cuando tenía tan solo cuatro meses de edad su madre detectó una masa abdominal muy grande y dura en el cuadrante superior derecho del abdomen. Su pediatra confirmó la presencia de un tumor hepático y los refirió de inmediato a un oncólogo pediatra en Guadalajara, donde le realizaron un ultrasonido y tomografía abdominal que evidenciaron un gran tumor maligno que abarcaba todo el hígado, con una Alfa-fetoproteína de 121,000 ng/ml. El 15 de septiembre de 2016 le realizaron una biopsia del tumor hepático por laparoscopia que confirmó el diagnóstico de un Hepatoblastoma epitelial, tipo embrionario, de alto riesgo, que se extendía a los cuatro sectores del hígado (PRETEXT IV). Recibió en Guadalajara seis ciclos de quimioterapia con PLADO (Cisplatino-Doxorrubicina), en un intento de reducir el tamaño del tumor y valorar su resecabilidad. Sin embargo,



la respuesta no fue adecuada y presentó múltiples complicaciones de la quimioterapia, con hospitalizaciones frecuentes y prolongadas en la unidad de terapia intensiva pediátrica, infección de un catéter puerto que se tuvo que retirar, múltiples esquemas de antibióticos de amplio espectro y neutropenias severas que requirieron de factor estimulante de colonias de granulocitos. Aunque la Alfafetoproteína disminuyó a 47 ng/ml, el tumor no redujo de tamaño y al encontrarse en la encrucijada de las tres venas hepáticas se nos refirió para evaluar la posibilidad de un trasplante hepático. La tomografía de control, después de seis ciclos de quimioterapia, evidenció que el tumor continuaba ocupando todos los sectores hepáticos, con discreta disminución del tamaño, involucraba las tres venas hepáticas y ambas ramas de la vena porta, sin metástasis extrahepáticas. La única posibilidad de lograr una resección total del tumor era con un trasplante hepático relativamente urgente, ya que había alcanzado dosis tóxicas límite de quimioterapia. El 16 de enero de 2017 inició el protocolo de trasplante hepático en Médica Sur. En ese momento se encontraba en muy malas condiciones, bajo los efectos de meses de quimioterapia, desnutrida ya que a los nueve



meses pesaba tan sólo 5.6 Kg. Dado que en México no existe una asignación prioritaria de injertos hepáticos de donadores fallecidos para estos niños que necesitan del trasplante de manera urgente, y por el tamaño del receptor, se les planteó a los padres la posibilidad de que uno de ellos le donara un segmento de hígado. Lamentablemente, la madre no pudo ser la donadora por incompatibilidad de grupo sanguíneo y el padre por incompatibilidad de tamaño. Durante su evaluación pretrasplante se colocó un nuevo catéter puerto y recibió en Guadalajara tres ciclos más de quimioterapia modificada o "ligh", sólo para evitar que el tumor se saliera de control, uno con Vincristina y Cisplatino y dos con sólo Vincristina. En cada ciclo presentaba neutropenia y fiebre, requería de ingreso a la terapia intensiva, múltiples transfusiones de sangre, factor estimulante de colonias de granulocitos y antibióticos de amplio espectro. Su luz se estaba apagando. Fue entonces cuando una prima hermana de su madre, se ofreció a ser la donadora.

Christelle Pages Patrón, tenía entonces 32 años de edad, era soltera, politóloga, trabajaba en una empresa de asesoría estratégica. Había trabajado en una Fundación que promovía la donación de órganos y su madre había padecido de melanoma y cáncer de ovario, había requerido de múltiples donadores de sangre y había vencido al cáncer en ambas ocasiones. Christelle estaba muy sensibilizada a la situación de Andrea Sofía y no dudó en ofrecerse como donadora, a pesar de que se le explicaron los riesgos que corría su propia vida al someterse a dicha cirugía. Christelle completó todo el protocolo de estudio de un donador vivo de hígado en unas cuantas semanas.



Un mes después de que Andrea Sofía cumpliera un año de edad, después de 9 ciclos de quimioterapia y múltiples sacrificios, con 7 Kg de peso, Christelle y Andrea Sofía viajaron juntas al quirófano de Médica Sur. Tras una larga jornada, de más de 15 horas de cirugía, se obtuvo el sector lateral izquierdo del hígado de Christelle (segmentos 2 y 3), lo que significaba tan sólo el 20% de su masa hepática. El injerto fue implantado con éxito en Andrea Sofía, logrando reseca todo el hígado con el tumor, preservando la vena cava inferior y con bordes quirúrgicos libres en todos los vasos hepáticos. La evolución postoperatoria de ambas fue muy buena. Christelle fue dada de alta a los 6 días de la donación y Andrea Sofía a las 3 semanas.

Después del trasplante Andrea Sofía recibió dos ciclos más de quimioterapia como consolidación postquirúrgica y actualmente, a más de 3 años después del trasplante su función hepática es completamente normal, los marcadores tumorales son negativos (Alfafetoproteína 1.7 ng/ml) y no hay evidencia de enfermedad. Ha crecido de manera acelerada, actualmente pesa ya 18.5 Kg, mide 100 cm y su calidad de vida es excelente bajo mínima inmunosupresión. Ahora, Andrea Sofía tiene toda una vida por delante gracias al acto de amor de su tía, al donarle un pedazo de su hígado.

Para ver los videos testimoniales de la historia de Andrea Sofía ve los siguientes enlaces:

- <https://youtu.be/B9EDQzeYpys>
- <https://youtu.be/gV6MXL10G9Q>
- <https://youtu.be/6bTgI-Af-ko>
- <https://youtu.be/aDHYzACQQI>



TEMAS DEL TRIMESTRE



Dolor Lumbar, ¿Producto del sedentarismo tecnológico?

Alvaro Lomelí Rivas · Medicina de Rehabilitación
lomelir@medicasur.org.mx

El dolor lumbar es tan antiguo como la humanidad misma. También se le conoce como lumbalgia, lumbago y dolor de espalda baja. Es un síndrome que está uniformemente distribuido en todo el mundo. Es ligeramente más frecuente en el hombre que en la mujer y está asociado con un sinnúmero de padecimientos, de ahí su difícil diagnóstico y los fracasos terapéuticos tan frecuentes.

Los países gastan millones de dólares en el tratamiento e incapacidades médicas provocadas por el dolor lumbar. De ahí que sea tema de análisis en la economía de la salud. De acuerdo a la OMS, las comorbilidades musculoesqueléticas son las condiciones más incapacitantes que existen, de las cuales la lumbalgia ocupa el 6º lugar¹.

El origen del dolor lumbar es multifactorial; sin embargo, se puede categorizar para facilitar su comprensión y su estudio, de esta forma se puede tener un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico (Tabla 1). En ocasiones se tienen varias causas que confluyen en la zona lumbar o lumbosacra y esto puede hacer más complejo su origen².

¿Por qué se ha asociado el dolor lumbar al sedentarismo? Los registros históricos demuestran que la prevalencia y la frecuencia del dolor lumbar se han incrementado a partir de la segunda mitad del siglo XX. Esto está asociado con el acrecentamiento del trabajo intelectual. En términos generales las personas se han vuelto más sedentarias. La evolución de la humanidad y la revolución informática nos ha hecho una vida con más comodidades; sin embargo, también nos ha hecho pagar un costo más alto, el sedentarismo.



El cuerpo humano está diseñado biomecánicamente para el movimiento. El reposo prolongado provoca daños en la salud.

Aunque la lumbalgia se puede presentar desde la niñez, habitualmente la mayor frecuencia se observa con un pico en la pubertad y hasta el final de la adolescencia y nuevamente otro pico alrededor de los 40 años. En la pubertad los huesos largos crecen con más rapidez que los tejidos blandos. Puede haber un crecimiento de 10 a 15 mm por mes. Esto provoca acortamiento funcional de los músculos de las corvas y de los iliopsoas, lo que conduce a un aumento de la lordosis lumbar y cervical, con aumento de la cifosis dorsal. En un estudio realizado en Brasil, se detectó que en adolescentes entre 15 a 18 años existe una prevalencia de lumbalgia del 46.7% asociada con el hábito de ver TV por más de 3 horas, uso de teléfono celular, manejo de computadora o tableta electrónica³.

En la etapa adulta pueden aparecer trastornos de postura ligados al sedentarismo ya que se producen debilidad y contracturas musculares, cierto grado de rigidez articular, disminución en la elasticidad de los tejidos y baja en la condición cardiorrespiratoria⁴.

También hay que recordar que el sedentarismo trae aparejados otros trastornos como son la obesidad, el tabaquismo, la hipertensión y la diabetes mellitus, no como causa sino como factor de riesgo asociado.

La generación del dolor lumbar por trastorno postural se origina por aumento del tono muscular, entesopatía de los ligamentos o tendones de esa zona y también por exceso de presión en las articulaciones facetarias. **Debido a que existen factores de riesgo para la lumbalgia de origen postural, es conveniente conocerlos para poder así realizar acciones de prevención para este tipo de molestia.** Cerca del 80% de los trastornos dolorosos lumbares ceden con medidas conservadoras, sólo el restante 20% presentarán las llamadas “banderas rojas”, en las cuales hay alta posibilidad de que el tratamiento sea intervencionista (Tabla 2).

**Tabla 1.
Estructuras involucradas en el dolor lumbar**

- Tejidos miofasciales
- Disco intervertebral
- Articulaciones facetarias
- Articulación sacroilíaca
- Raíz nerviosa
- Estenosis vertebral
- Espondilolistesis
- Cuerpos vertebrales
- Nervios periféricos

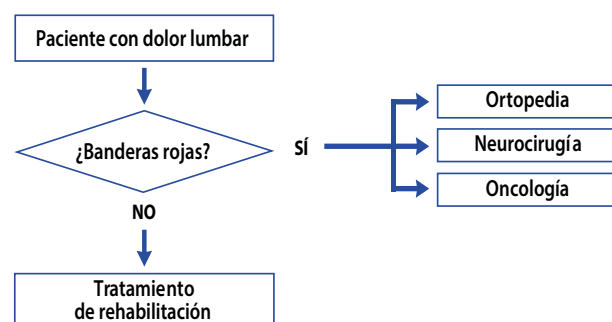
**Tabla 2.
Banderas rojas en el dolor lumbar**

- Anestesia en silla de montar
- Disfunción súbita de vejiga o intestino
- Déficit neurológico grave o progresivo
- Trauma mayor o accidente en carretera
- Historia de cáncer
- Pérdida de peso sin explicación
- Pérdida de reflejos miotáticos
- Reflejo plantar extensor
- Dolor irradiado y que rebasa la rodilla
- Depresión psíquica



El diagnóstico del dolor lumbar de origen postural es eminentemente clínico. La ausencia de signos y síntomas neurológicos, el no tener antecedentes traumáticos recientes y sin deformidades aparentes, orienta mucho al diagnóstico. Habitualmente no hay signos neurológicos, como son alteraciones sensoriales en las extremidades inferiores, signo de Laségue o Braggard, ni trastornos de esfínteres. Los cambios morfológicos de los músculos de la columna presentan cambios inespecíficos que no son de utilidad clínica, por lo general⁵. En algunos casos se pueden solicitar estudios radiológicos simples, si se sospecha de algún otro trastorno. La tomografía Axial computarizada y la resonancia magnética no están indicadas de primera instancia⁶.

El diagnóstico y el tratamiento se realizan en la especialidad de medicina de radiación, se desarrolla a partir de la historia clínica del paciente. La especialidad hacia donde será referido el paciente dependerá del predominio de signos o síntomas caracterizados como “banderas rojas”.



El tratamiento en medicina de rehabilitación se compone de medios físicos, de analgésicos tipo AINE's, paracetamol y relajantes musculares. No se indican esteroides ni infiltraciones locales. El empleo de faja lumbosacra solamente se hace cuando existe dolor con el movimiento lumbar; se recomienda no utilizarla por más de tres días, ya que la inmovilización trae aparejada debilidad muscular y dependencia psicológica. El tratamiento preventivo incluye las siguientes estrategias: cambios en la postura corporal, control nutricional para estar en un peso adecuado, programa de ejercicios de estiramiento y de fortalecimiento de grupos musculares involucrados en el desarrollo postural y relajación psico-corporal⁷.

Estrategia 1. Cambio de hábitos posturales.

Verificar que el mobiliario de nuestro entorno sea adecuado a nuestro cuerpo.

- Utilizar nuestros instrumentos de trabajo o de casa de manera apropiada.
- Valernos del uso de espejos para ver nuestra postura.
- Cambiar de postura, si se está sentado, cada 30 minutos.
- Tener los pies bien aterrizados al estar sentado.
- Evitar estar de pie por más de 5 minutos.

Estrategia 2. Control nutricional.

Si nuestro índice de masa corporal es superior a 25 o inferior a 20, se recomienda una evaluación nutricional.

- Evitar tomar bebidas gaseosas si se va a estar sentado.
- Distribuir el número de tomas de alimento de acuerdo a las indicaciones nutricionales
- Recordar que los cambios de peso no siempre son rápidos.

Estrategia 3. Ejercicio.

- Para músculos contracturados se recomiendan los ejercicios de estiramiento. Estos se realizan con lentitud, sin causar dolor o molestias. Los músculos que más se contracturan son: los de las corvas, cuádriceps, iliopsoas, pectorales y los plantares. (menos del 10% del peso corporal) dos o tres veces a la semana y de carga moderada (11 al 25% del peso corporal) una vez a la semana. Es muy recomendable que sea bajo la vigilancia de un profesional.
- El ejercicio de tipo aeróbico es muy conveniente realizarlo ya que mejora el estado cardio-respiratorio y muscular en forma generalizada. Puede realizarse mediante caminata, carrera, ciclismo, remo o natación.
- Los ejercicios específicos de columna más recomendables son los de extensión de columna, existen varios programas, el más sencillo es el de McKenzie.

Estrategia 4. Relajación psico-corporal.

- Ejercicios de relajación tipo Jakobson.
- Yoga.
- Tai-chi.
- Mindfulness.

Todas estas medidas son de gran utilidad en la prevención del dolor lumbar de origen postural. Para que un programa dé resultado, se requiere que sea ejecutado de forma seria, constante y permanente.

El pronóstico generalmente es bueno. Cabe señalar que el ejercicio ha de ser favorable a partir de la semana 12, de estarlo practicando al menos cuatro veces por semana. Por lo tanto, es importante que se le advierta al paciente que los resultados totales se verán en ese tiempo; no obstante, la fase aguda de la lumbalgia postural se atenúa en los primeros días.

*Médico especialista en Medicina de Rehabilitación. Jefe de la Clínica de Medicina de Rehabilitación de Médica Sur.

Referencias:
Consultar las referencia bibliográficas en el correo del autor.



Vacunación en el adulto mayor

Dra. Ivonne Karina Becerra Laparra • Medicina interna/Geriátrica
blaparra@hotmail.com

La vacunación es la forma más efectiva para combatir la morbilidad y mortalidad asociada a enfermedades infecciosas.



Todos los avances en la comprensión de las vacunas han provocado una gran oleada de innovaciones. Este conocimiento combinado con los cambios epidemiológicos en los agentes infecciosos, ha provocado ciclos rápidos en actualizaciones en cuanto a guías de vacunación se refiere.

Las vacunas son importantes, específicamente **para la prevención de infecciones en adultos ≥ 65 años**, este grupo de población tiene un mayor riesgo para complicaciones serias de enfermedades prevenibles por vacunas, debido a los cambios en función inmune asociados a la edad y a las comorbilidades crónicas que presentan, lo que trae como consecuencia tanto mayor riesgo de infección como infecciones con curso prolongado. Y a pesar de que existen guías bien establecidas por la "Advisory Committee on Immunization Practices" (ACIP), y están avaladas por la mayoría de las asociaciones, los rangos de vacunación en los adultos mayores permanecen bajos.

En México, el número de adultos mayores de 65 años sobrepasa al número de niños menores de 5 años de edad. En 30 años la proporción de este grupo de 65 años y más, se elevará a 20%.

En México no hemos sabido anticipar el proceso de envejecimiento y aún no reconocemos sus consecuencias, a pesar de que cada año cientos de miles de adultos mayores son ingresados a hospitalización a causa de alguna **enfermedad prevenible por “vacunación”**, no reconocemos aún el gran impacto que tienen en el bienestar de las personas, en probabilidad de discapacidad y en calidad de vida, ya sea por la enfermedad o por sus secuelas, sin dejar de mencionar las consecuencias económicas y sociales de no vacunar a los adultos mayores contra influenza, neumonía, herpes zóster y tétanos. **La vacunación permite prevenir más de 2.5 millones de muertes cada año**, las vacunas aportan protección costo-beneficio contra una gran variedad de padecimientos infecciosos a lo largo de la vida, es por eso que la vacunación en el adulto mayor debe ser reconocida como parte de una estrategia para un envejecimiento saludable.

INFLUENZA

La influenza es una de las enfermedades con mayor repercusión en salud pública debido al poder mutagénico del agente, las consecuencias clínicas, la adaptación a muchos huéspedes y la capacidad para cruzar la barrera de especie, todo esto hace de este virus un microorganismo no erradicable pero susceptible de ser controlado a través de la vacunación anual.

Los adultos ≥ de 65 años son los de mayor riesgo para las complicaciones severas por influenza comparada con adultos jóvenes, debido a los cambios en la función inmune asociada a la edad. El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) estima que más del **50% de hospitalizaciones asociadas a influenza** y **64% de muertes** durante la temporada de influenza estacional en el periodo **2015-2016 fué en adultos mayores de 65 años**.

A pesar de que la vacunación es la mejor manera de proteger contra la influenza y está, debe ser recomendada anualmente por la ACIP, los estudios que soportan eficacia de la vacuna en adultos mayores aún son de pobre calidad.

Este microorganismo **incluye a los virus de la influenza A, B, y C, los virus A y B** son los que causan la mayoría de las infecciones en humanos. Es un virus cuyo genoma es RNA, éste tiene deficiencias para corregir errores de transcripción y por su naturaleza segmentada tiene alta tasa de mutación y recombinación que genera variaciones en glicoproteínas hasta la generación de nuevos subtipos virales, siendo éstos factores muy importantes y peligrosos por su capacidad para provocar pandemias.

La infección por virus de la influenza tiene un patrón de presentación estacional, con picos durante la época invernal, la mayoría de las epidemias estacionales y las pandemias reconocidas en humanos son provocadas por el virus de la influenza A. Este virus se clasifica según las glicoproteínas de membrana hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N), y a la fecha se han descrito 18 subtipos de H y 11 subtipos de N. Los más importantes

por su frecuencia en humanos son las especies H1, H2 y H3 y N1 y N2, los más frecuentes en los periodos pandémicos han sido: A(H3N2), A(H2N2), A(H1N1), A(H1N2). El virus se transmite principalmente por las secreciones salivales y respiratorias y el contacto entre los humanos, entre mayor cantidad de virus es inhalada, es mayor la posibilidad de sobrepasar los mecanismos de defensa locales y penetrar en las células epiteliales. Por lo general la infección es autolimitada, sin embargo se ha demostrado incrementos importantes en complicaciones y en mortalidad en adultos mayores.



VACUNACION CONTRA INFLUENZA

Debido a la constante variación antigénica del virus de la influenza, la vacuna debe reformularse de forma anual con la intención de aproximarse a las cepas circulantes y así mantener su efectividad, es por eso que su preparación requiere el monitoreo permanente de los tipos virales circulantes a lo largo del año. **La vacuna está compuesta por cepas de influenza tipos A y B**, sin embargo, la variación de la vacuna está dada en función de los subtipos y los de mayor circulación en años recientes. Cada vial está compuesto por tres o cuatro cepas del virus influenza y conservadores. Los viales multidosis contienen trazas de antibióticos para evitar el crecimiento de hongos y bacterias. Algunas preparaciones de vacuna trivalente inactivada incluyen adyuvantes para lograr una mayor capacidad inmunógena.

Según el estado del virus la vacuna puede clasificarse en vacuna inactivada (VI) o vacuna atenuada (VA). La vacuna inactivada puede ser preparada a partir de virus completos o de subunidades, estos últimos desplazando a los virus completos. Dependiendo del número de cepas inactivadas combinadas, pueden ser tres o cuatro.

La vacuna atenuada en la actualidad está compuesta por dos cepas de virus influenza tipo A (H1N1, H3N2) y por una o dos cepas de virus de influenza tipo B (de las líneas B/Yamagata o B/Victoria). Según el número de cepas contenidas en cada vial: las vacunas pueden clasificarse como trivalentes o tetravalentes.

La VA no está recomendada en adultos mayores, ni en personas con factores de riesgo; su indicación es exclusivamente para individuos sin alteraciones inmunológicas y con edades entre 2 y 49 años. Pese a esto la vacuna puede ser utilizada en contactos de adultos mayores o de pacientes inmunocomprometidos.

Según la técnica de producción: las vacunas pueden ser cultivadas en embrión de pollo o mediante tecnología recombinante.

Según la vía de administración: la vacuna puede ser parenteral (intramuscular) o en aerosol por vía nasal. Ambas vías son más usadas porque ocasionan menos reactogenicidad que las vías subcutánea o intradérmica.

Una gran cantidad de estudios han demostrado que los adultos \geq de 65 años tienen una menor respuesta a la vacuna de la influenza (ej. producen menos anticuerpos) comparados con adultos jóvenes, como resultado de la inmunosenescencia relacionada a la edad. Para mejorar la eficacia de la vacuna en adultos mayores se desarrolló la vacuna de dosis-altas que contiene 4 veces la cantidad de antígeno (60 μ g de hemaglutinina) comparada con la vacuna de dosis-estándar (15 μ g de hemaglutinina) y mostró que estimula mayor producción de anticuerpos en esta población. La seguridad de la vacuna de alta-dosis comparada con la dosis-estándar, la ACIP no expresa preferencia por alguna de las dos vacunas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere vacunar a los siguientes grupos de riesgo: niños y niñas de 6 a 59 meses, adultos mayores, individuos con afecciones crónicas, trabajadores de la salud y embarazadas.

En México la vacuna contra influenza se introdujo al Esquema Nacional de Vacunación en 2004, en la actualidad está dirigida a los niños y niñas de 6 a 59 meses, personas de 5 a 59 años de edad con factores de riesgo y todos los adultos mayores de 60 años y más. En adultos se emplea la VTI, en dosis anuales de 0.5 mL por vía intramuscular en el músculo deltoides. La efectividad de la vacuna en la prevención de enfermedad por influenza en mayores de 60 años de edad, durante la época de influenza estacional es de 58%.

Un estudio retrospectivo de base poblacional evaluó la eficacia de la vacuna en una muestra de 713,872 adultos mayores (415,249 vacunados y 298,623 no vacunados), durante 10 ciclos estacionales de influenza, encontró que la vacunación se asoció con reducciones de 27% y 48% de riesgo de hospitalización por neumonía por influenza y muerte.

A partir de datos del sistema de vigilancia y del análisis de grandes cohortes de pacientes, se ha visto la reducción de la morbilidad y mortalidad asociadas con influenza en el adulto mayor, incluso en países que sólo vacunan niños como consecuencia de protección de rebaño de la vacuna.



La VTI está contraindicada en personas con hipersensibilidad al huevo o reacción anafiláctica a una dosis previa, o pacientes que al momento de la vacunación tengan fiebre mayor a 38.5 °C. En resumen, los ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales demuestran de forma consistente que la vacuna es segura en el adulto mayor. A pesar de la dificultad para obtener medidas ponderadas de la efectividad de la vacuna, existen estudios que documentan su eficacia.

NEUMOCOCO

La enfermedad neumocócica es causa de una gran variedad de infecciones en adultos \geq 65 años, incluyendo otitis media, neumonía, meningitis y sepsis, y se asocia con morbilidad y mortalidad muy significativa en este grupo de edad. El estreptococo pneumoniae sigue siendo la principal causa bacteriana de neumonía adquirida en la comunidad y afecta desproporcionalmente a los adultos mayores, particularmente en aquellos con enfermedades crónicas subyacentes.

La neumonía es la infección neumocócica más frecuente en adultos mayores y el 80% de los casos requieren hospitalización, y con los cambios en el envejecimiento poblacional, se espera que aumente este número a más de 750,000 para el año 2040, con grandes costos como consecuencia. Actualmente hay dos vacunas aprobadas para uso en adultos mayores, la vacuna conjugada 13-valente (PCV13) y la vacuna polisacárida 23-valente (PPSV23).

VACUNA VS NEUMOCOCO

La **vacunación contra neumococo es una estrategia necesaria en la protección del adulto mayor**, ya que el agente causal forma parte de la microbiota del ser humano, además se ve favorecido el ambiente por cambios asociados al envejecimiento en el sistema inmunitario, y la presencia de mayor número de comorbilidades en este grupo de edad contribuye en la gravedad de la enfermedad.

La vacuna es un gran reto debido a la pobre respuesta inmunitaria del polisacárido capsular, especialmente en adultos mayores, adicionalmente se conocen 93 serotipos hasta el momento, y ninguno generan inmunidad cruzada, por lo que la vacuna deberá incluir la mayoría de los serotipos causantes de enfermedad invasiva en el adulto mayor. En 1922 se aprobó la vacuna polisacárida 14-valente y posteriormente en 1983 la vacuna 23-valente (PPSV23).

La PPSV23 está compuesta por 23 serotipos distintos de polisacáridos capsulares, estas cepas constituyen 85% de las que ocasionan enfermedad invasiva en los adultos.

La PPSV23 está contraindicada en personas con fiebre ≥ 38.5 °C, con antecedente de alergia a componentes de la vacuna y adultos mayores que hayan recibido una dosis de PPSV23 en los últimos 5 años.

La ACIP actualmente recomienda que los adultos de ≥ 65 por lo menos una dosis de PPSV23, también recomienda que los adultos que recibieron PPSV23 antes de los 65 años, debería recibir otra dosis a los 65 años o más si han pasado por lo menos 5 años desde que se aplicó la dosis previa.

La OMS recomienda una dosis de VPN23 en todos los adultos mayores de 65 años de edad y en población de 2 a 64 años de edad con factores de riesgo. Asimismo, en el año 2014 el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización de Estados Unidos recomendó vacunar de manera rutinaria con una dosis de VCN13 seguida de una dosis de VPN23 a los adultos mayores de 65 años de edad.

En 2014 la ACIP liberó una nueva recomendación que todos los adultos ≥ 65 años deberán recibir la vacuna conjugada (PCV13). El raciocinio para su uso es que la vacuna de proteína conjugada puede provocar una respuesta inmune más fuerte comparada con la vacuna no conjugada (PPSV23) en adultos mayores. En la actualidad se prueba la eficacia de esquemas combinados de VPN23 y VCN13, con el fin de aumentar la cobertura de serotipos y mejorar la respuesta inmunitaria en el adulto mayor.

En México se incluyó VPN23 en el Esquema Nacional de Vacunación en 1993, dirigida a población de 60 a 64 años de edad con factores de riesgo y a todos los individuos de 65 años de edad y más. El esquema indicado por el productor es de una dosis de 0.5 mL que se administra por vía intramuscular en la región deltoidea del brazo derecho, sin embargo en pacientes con asplenia o inmunosupresión, o que superan los 60 años de edad, se deberá aplicar un refuerzo a los 5 años del último antecedente de vacunación.

Un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, realizado en Holanda y publicado posterior al metaanálisis antes descrito, evaluó la VCN13 en 84,496 adultos mayores y encontró eficacia de 45.6% (IC 95%, 21.8-62.5%) contra neumonía por neumococo causada por serotipos contenidos en la vacuna; 45.0% (IC 95%, 14.2-65.3%) contra neumonía por neumococo causada por serotipos contenidos en la vacuna y no asociada con bacteriemia y 75.0% (IC 95%, 41.490.8%) contra adultos mayores de 65 años de edad.

La vacunación masiva de niños, quienes son el principal reservorio de neumococo, reduce no sólo la incidencia de infección invasiva en la población vacunada, sino también la proporción de niños colonizados al menos por los 13 serotipos que incluye la VCN13. La disminución de los niños portadores de manera subsecuente interrumpe la cadena de infección entre niños y adultos, y de esta manera se protege a los adultos no vacunados.

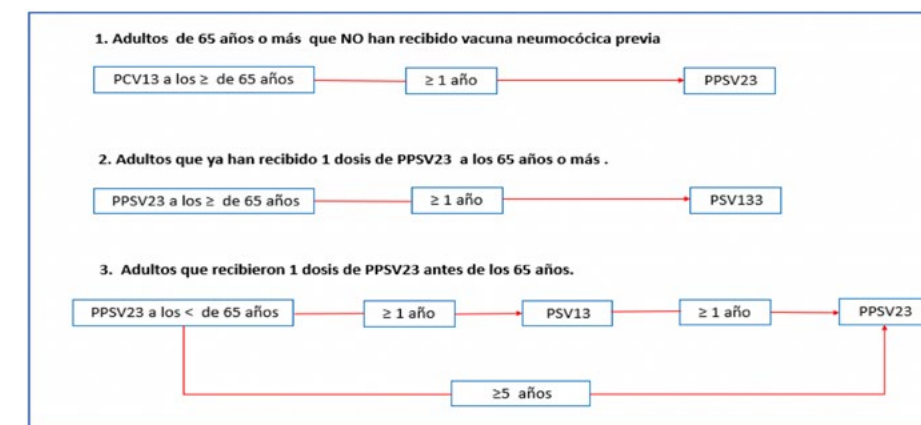


Fig 1. Recomendaciones de vacuna neumocócica en ≥ 65 años.

HERPES ZOSTER

El virus del herpes zoster (HZ) vive de forma latente en las raíces nerviosas, aumenta su incidencia conforme aumenta la edad. Las vesículas y el dolor ocurren a lo largo del dermatoma donde se diseminó el virus, aun después de que han desaparecido las manifestaciones dermatológicas, el dolor de la neuralgia post-herpética puede ser muy prolongada y severa, provocando efectos significativos en la calidad de vida del individuo afectado. Tanto el HZ como la neuralgia post-herpética son problemas muy deletéreos para la calidad de vida y altamente debilitantes y discapacitantes para el adulto mayor. Sin embargo, actualmente la vacuna puede reducir la cantidad de población afectada e incluso mejorar la calidad de vida de aquellos que llegan a presentar un episodio de HZ.

VACUNACIÓN VS HERPES ZOSTER

En un estudio randomizado placebo-controlado que comparó la eficacia de la vacuna HZ contra placebo en > 60 años describió los siguientes resultados: la eficacia de la vacuna en prevención de zoster fue de 51.3% durante 3 años comparado con placebo (1.6% vs 3.3%, $p < .001$); la duración media del dolor y la molestia fue más corta en el grupo vacunado vs placebo (21 días vs 24 días); y la eficacia en prevención de neuralgia post-herpética en general fue de 66.5% (0.46 casos vs 1.38 casos por 1,000 personas-año).

Esta vacuna requiere de dos inyecciones intramusculares que, en comparación con una infección única, hace de la adherencia una barrera potencial para completar la vacunación.

La ACIP recomienda que todos los adultos ≥ de 60 años reciban la vacuna HZ, independientemente de que hayan presentado un episodio previo de HZ. En pacientes con historia conocida de HZ, la vacuna debe retrasarse por lo menos un año para proporcionar una respuesta inmune óptima. La vacuna debe proporcionarse a todos los adultos, aunque no conozcamos si tuvo infección primaria (varicela) y no es necesario realizar pruebas serológicas para determinar su inmunidad a varicela. Si contáramos con evidencia serológica que demostrara que el paciente no es inmune a varicela, entonces debemos ofrecer la vacuna vs varicela y no la vacuna contra HZ a los adultos mayores.

Finalmente, la vacuna vs HZ puede administrarse a adultos mayores con comorbilidades, sin embargo, debido a que contiene virus vivos, debe ser evitada en pacientes con inmunosupresión moderada a severa, debido al riesgo “teórico” de potencializar una infección por HZ diseminada.

CONCLUSIONES

La vacunación es una medida fundamental para mejorar la salud en adultos mayores, ésta, es una de las más importantes estrategias de prevención de enfermedades devastadoras que afectan más frecuentemente a este grupo de población. A pesar de que las campañas nacionales realizan gran promoción acerca del beneficio de la vacunación, generalmente el rango de vacunación permanece en niveles bajos para este grupo de edad. El personal de salud influye de forma importante en que los pacientes reciban o no las vacunas es por eso que son un blanco importante en la implementación de estas estrategias.

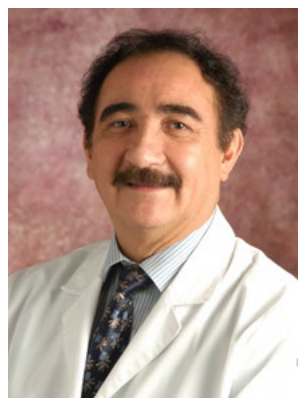
REFERENCIAS

- Gutiérrez-Robledo LM, Caro-López Elizabeth et al. 1er. Consenso Mexicano de Vacunación en el Adulto. Gas Med Mex. 2017;153:5-70.
- Gutiérrez-Robledo, García García L. Vacunación en el Adulto Mayor: Perspectiva de curso de Vida. Academia Nacional de Medicina (ANM), 2015. Documento de Postura. ISBN 978-607-443-565-8.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud.
- World Health Organization. Global influenza surveillance and response system (GISRS). Disponible en: http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/en/ Consultado en julio de 2015.
- World Health Organization. A description of the process of seasonal and H5N1 influenza vaccine virus selection and development. Disponible en: http://apps.who.int/gb/pip/pdf_files/Fluvacc_virus_selection.pdf?ua=1 Consultado en julio de 2015.
- Monto AS, Ohmit SE, Petrie JG, Johnson E, Truscon R, Teich E, et al. Comparative efficacy of inactivated and live attenuated influenza vaccines. N Engl J Med. 2009;361(13):1260-7. Epub 2009/09/25.
- Nichol KL, Nordin JD, Nelson DB, Mullooly JP, Hak E. Effectiveness of influenza vaccine in the community-dwelling elderly. N Engl J Med. 2007;357(14):1373-81. Epub 2007/10/05.
- Anuarios de morbilidad 1984-2014. Secretaría de Salud, México, DF; 2014.
- Burke M., Rowe T. Vaccinations in Older Adults. Clin Geriatr Med. 2018; 131-143.
- Update on Vaccination Guidelines for Older Adults, 2015; 63:584-588.
- Rush SW, Murphy TV, Vaccine-Preventable Disease Table Working Group. Historical comparisons of morbidity and mortality for vaccine-preventable diseases in the United States. JAMA 2007; 298: 2155-2163.
- Castle SC, Uyemura K, Fulop T, et al. Host resistance and immune responses in advanced age. Clin Geriatr Med 2007;23(3):463-79. v.
- Rolfes MA, Foppa IM, Garg S, et al. Estimated influenza illnesses, medical visits, hospitalizations, and deaths averted by vaccination in the United States, 2016. Available at: <https://www.cdc.gov/flu/about/disease/2015-16.htm>. Accessed May 17, 2017.
- Falsey AR, Treanor JJ, Tornieporth N, et al. Randomized, double-blind controlled phase 3 trial comparing the immunogenicity of high-dose and standard-dose influenza vaccine in adults 65 years of age and older. J Infect Dis 2009;200(2):172-80.
- DiazGranados CA, Dunning AJ, Kimmel M, et al. Efficacy of high-dose versus standard-dose influenza vaccine in older adults. New Engl J Med 2014;371(7):635-45.
- Tomczyk S, Bennett NM, Stoecker C, et al. Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine among adults aged ≥65 years: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2014;63(37):822-5.
- Centers for Disease Control and Prevention. In: Hamborsky JKA, Wolfe S, editors. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th edition. Washington, DC: Public Health Foundation; 2015.
- Levin MJ, Smith JG, Kaufhold RM, et al. Decline in varicella-zoster virus (VZV)-specific cell-mediated immunity with increasing age and boosting with a high-dose VZV vaccine. J Infect Dis 2003;188(9):1336-44.
- Weinberg A, Zhang JH, Oxman MN, et al. Varicella-zoster virus-specific immune responses to herpes zoster in elderly participants in a trial of a clinically effective zoster vaccine. J Infect Dis 2009;200(7):1068-77.
- Levin MJ, Oxman MN, Zhang JH, et al. Varicella-zoster virus-specific immune responses in elderly recipients of a herpes zoster vaccine. J Infect Dis 2008;197(6):825-35.
- Morrison VA, Oxman MN, Levin MJ, et al. Safety of zoster vaccine in elderly adults following documented herpes zoster. J Infect Dis 2013;208(4):559-63.

Unidad de Radioterapia Remembranza

La Unidad de Radioterapia comenzó a laborar en 1993 con un equipo de cobalto 60 marca Picker y un pequeño grupo de trabajo encabezado por el Dr. Carlos Gamboa Vignole como radio-oncólogo, colaborando con él como Técnica Radioterapeuta Matilde Sansores y el apoyo de una secretaria.

Con el proyecto de la creación de un Centro Oncológico Integral, nace también el interés por una nueva Unidad de Radioterapia que contara con equipo de vanguardia como lo era en ese momento el Acelerador Lineal modelo Clinac 2100 C y el Simulador modelo Ximatron, dicho proyecto quedó a cargo del Dr. Ricardo Sosa y del Dr. Ernesto Gómez.



Dr. Ricardo Sosa Sánchez



Dr. Carlos Gamboa Vignole



Dr. Jesús Zamora Moreno



El staff de médicos radio-oncólogos sería integrado por la Dra. Adela Poitevin, Dr. Carlos Gamboa, Dr. Jesús Zamora, Dr. Humberto García, Dr. Juan Ramón Ayala y el Dr. Juan Guzmán.

Para junio de 1996 se ve culminado el proyecto de la nueva Unidad de Radioterapia con la aplicación del primer tratamiento a cargo del Dr. Ernesto Gómez, jefe de la Unidad, con la colaboración del físico Roberto Genis y los técnicos Radioterapeutas Guadalupe Robelo y Alejandro Calvo. A mediados de 1997, el Dr. Gómez le hace una invitación para integrarse al staff de médicos al Dr. Rodolfo Díaz Perches, pionero de la Radioterapia en México, quien decidió aceptarla e incorporarse.

El número de pacientes se fue incrementando por la calidad y calidez en el servicio que siempre ha caracterizado a esta unidad y se vio la necesidad de contratar dos técnicos radioterapeutas más, Javier Morán y Adrián Rojas, para ambos turnos.

El equipo de cobalto permaneció hasta 1999 y fue desmantelado para que el bunker fuera ocupado por otro equipo de vanguardia, el Gamma Knife, que llegó en el año 2000, creándose así otra nueva unidad a cargo del Dr. Ramiro del Valle Robles; dentro de su equipo de trabajo se encontraba la física Patricia Rojas quien se haría cargo de la protección radiológica y controles de calidad de ambas unidades.

En el año 2001 el Dr. Gómez decide separarse de la jefatura de la unidad, quedando a cargo el Dr. Jesús Zamora, gestión que duraría hasta 2005, durante ésta, se adquiere en 2003 el sistema de planeación en 3D Eclipse; en este año la física Patricia Rojas decide migrar a Inglaterra a realizar una maestría y se incorpora el M. en C. Luis Felipe Villaseñor. Debido al creciente número de pacientes, nace otro proyecto importante, se construyó un nuevo bunker y se adquirió otro Acelerador Lineal, el iX, con el cual se pudieran aplicar tratamientos de vanguardia como la radioterapia conformada (3D) y al mismo tiempo ofrecer una técnica más precisa como la IMRT (radioterapia de intensidad modulada) que permite administrar mayor dosis al tumor, minimizando ésta a los órganos y tejidos sanos, evitando así morbilidad al paciente.



Al término del ciclo del Dr. Zamora y del M. en C. Villaseñor, queda nuevamente a cargo el Dr. Gómez, incorporándose al mismo tiempo el M. en C. Gabriel Resendiz, para continuar con este proyecto vanguardista que colocaría a Médica Sur como el primer hospital privado en México en desarrollar la técnica de IMRT.

Para enero de 2007 se aplica el primer tratamiento en el nuevo Acelerador Lineal Clinac iX, utilizando la terapia conformada e iniciando así el proceso para llegar a la aplicación de la IMRT; desafortunadamente el Dr. Gómez no pudo ver terminado el proyecto debido a su inesperado deceso en febrero de 2008.

A partir de marzo de ese año y hasta la fecha queda al frente la Dra. Ma. Adela Poitevin Chacón, con el equipo humano en noviembre de 2008 realizan el primer tratamiento de IMRT, siendo Médica Sur el primer centro privado en México en realizar esta técnica. Durante estos procesos el staff médico evolucionó con la salida e incorporación de radio-oncólogos como los doctores Héctor Cortés, Pomponio Luján, Armando Fernández, Mario Enríquez, Fabiola Flores, Aida Mota, Jorge Vázquez, Elizabeth Trejo, Federico Maldonado, Judith Huerta, Jorge Amador, Carlos Rodea, Mónica Blake.



La capacitación de técnicos en dosimetría ha sido un objetivo para el departamento, actualmente hay 3 técnicos dosimetristas que apoyan en la planeación de la dosimetría a los físicos médicos.

Debido a la buena reputación y calidad con la que cuenta la unidad, centros públicos y privados realizan convenios de subrogación con Médica Sur para enviar pacientes a tratamiento, siendo el primer centro, FUCAM.

Al incrementarse el número de pacientes por los convenios con otras instituciones, se realizó la contratación de una enfermera por turno, para acompañar a los pacientes, tomarles signos vitales y realizarles un cuestionario de tolerancia al tratamiento, además de la escala de dolor y riesgo de caídas. De igual manera se contrataron dos médicos adscritos que atendieran a los pacientes subrogados, los médicos que han formado parte de este grupo han sido: Manuel Flores, Christian Flores, Samuel Rosales, Adriana Alvarado, Laura Hernández, Jessica Chávez, Francisco Lozano, Rubí Ramos, Diana Uribe; algunos ocupan actualmente puestos de importancia en otros centros de Radioterapia privados o gubernamentales.

En 2015, toma el puesto de jefe de Física Médica el MenC Alejandro Rodríguez, quien hasta ahora es el encargado de seguridad radiológica. Ha participado en la formación académica de alumnos de pre y posgrado al pertenecer a la red de Física Médica y al IFUNAM. En ese mismo año se realizó el cambio del acelerador Clinac 2100 por un sistema TrueBeam, el más actualizado y moderno en México que permite realizar radioterapia estereotáctica extracraneal con la modalidad FFF que entrega una tasa de dosis de 2400 UM. También se adquirió un tomógrafo simulador dedicado para Radioterapia que cuenta con una cámara infrarroja que nos permite realizar simulaciones registrando el movimiento respiratorio del paciente y lograr con esto planeaciones de tratamiento con respiratory gating (4D), que en resumen es la sincronización de la respiración del paciente con el haz de radiación.



En 2016, la Dra. Poitevin logra el primer Best of ASTRO en México y fuera de los EEUU, contando con la presencia de distinguidos ponentes internacionales como el Dr. Ferrán Guedea, la Dra. Beatriz Améndola y la Dra. Mariana Chávez.

En 2017 se realiza la primera SBRT extracraneal, colocando a Médica Sur como uno de los primeros centros en realizar esta técnica. Para 2019 se realizó un taller de calidad en Radioterapia, en conjunto con la Clínica Mayo teniendo como ponentes el doctor en Física Luis Fong de los Santos y el Dr. Sean Park.

Posteriormente ingresó el Dr. Juan Manuel Sánchez Sánchez al área, siendo encargado del área de ultrasonido con un equipo de rastreo con brazo de marca Siemens: el área inicialmente tenía dos mesas de rayos X con un sólo generador.

Tiempo después se cambia el área de Radiología a lo que es hoy actualmente la Torre de Hospitalización en la planta baja, integrándose un equipo de tomografía modelo Somatom, secuencial de la marca Siemens®, un mastógrafo, una sala de ultrasonido, dos salas de rayos X y una de fluoroscopia.

Dr. Jaime Arriaga Gracia

MI VIDA



Dr. Jaime Arriaga Gracia
Cardiología
jarriaga@medicasur.org.mx

UN POCO DE HISTORIA

Estudí en la Facultad de Medicina de Nuevo León de 1956 a 1963, considerada la mejor escuela en ese entonces, además estaba muy cerca de mi ciudad natal (Ciudad Victoria Tamaulipas). Mis compañeros por lo general eran muy brillantes, lo mismo convivía el hijo del mejor cirujano de Monterrey con el hijo de un obrero de hojalatería y lámina. La competencia era muy pareja, ya que cualquiera podría ser el mejor de la clase (no habría preferencias). El reto era demostrar quién sabía más.

La Universidad contaba con profesores de muy alto nivel, la mayoría egresados de escuelas de Estados Unidos y del Instituto Nacional de Nutrición, esto último me llevó a tomar la decisión de seguir mi carrera en México, ya que mis mejores maestros formaban parte de ese Hospital.



Entrega de Diploma de Bachiller por el Dr. Norberto Treviño (1956)



Entrega de Diploma de Médico por el Dr. Manuel Martínez Baez (1963)

La competencia era muy dura, todos intentábamos sobresalir con la intención de ser los mejores estudiantes de la clase. Tuve la suerte de formar parte de los mejores 20 y poder quedarme como interno en el Hospital Universitario, nombramiento que nos distinguía a los mejores de cada generación y por lo tanto el poder acceder a una medicina hospitalaria con mucha actividad académica.

En 1964 hice mi solicitud para entrar a Nutrición, plazas muy anheladas por los médicos de toda la República que terminaban su carrera. Tuve la suerte de ser la segunda calificación e ingresar a Nutrición.



A la izquierda:
Con el Maestro Salvador Zubirán (1966)

Abajo:
Instituto Nacional de Cardiología. Grupo de Residentes (1968)

En Nutrición estuve dos años como médico residente y aprendí la mejor medicina interna que existía en esa época, derivado principalmente de estar rodeado de los mejores doctores, no sólo en su preparación académica, sino en su ética y honorabilidad como personas. Estos doctores se convirtieron en nuestros ejemplos a seguir y en lo personal me inspiraron para mi formación médica y personal. En especial el Dr. Zubirán y todos sus allegados, quien tuvo la visión de reunir a los médicos más preparados y distinguidos del país.

En 1966 ingresé al Instituto Nacional de Cardiología que precedía el Doctor Ignacio Chávez, hospital que contaba con las mismas características académicas y científicas que Nutrición. En Cardiología estuve tres años, los dos primeros eran los establecidos

A la izquierda:
Hahnemann University Hospital (1970)

Abajo:
En el INN con el Maestro Salvador Zubirán y sus dos grandes amigos, Jaime Herrera y Héctor Orozco.



y el tercero me quedé como Jefe de Residentes, siendo esta una gran distinción debido a la alta competitividad y calidad de mis compañeros. Al terminar, tuve la suerte de irme por 18 meses a Filadelfia al Hahnemann University Hospital, considerada la mejor escuela de arritmias; y una de las mejores en cuidados coronarios, ambos campos considerados los más importantes en esa época.

Al terminar mis años de preparación, me pude ganar un puesto como Jefe de Cardiología en el INNCSMZ y poder formar una escuela cardiológica para completar las demás especialidades que se llevaban en esa institución (puesto en el que estuve 25 años). Tuve la suerte de contar con el apoyo del Maestro Zubirán y con médicos y amigos sobresalientes como: El Dr. Antonio González de Cosío, Dr. Luis Cueto, Dr. Eduardo Meaney, Dr. Jorge Gaspar (Actual Director de Cardiología), Dr. Tomás Sánchez Ugarte, Dr. Jorge Oseguera, entre otros.

Estar en Nutrición me permitió hacer medicina académica de muy alto nivel, especialmente en Hipertensión Arterial junto al Dr. Jaime Herrera Acosta, con quien fundé la Sociedad Mexicana de Hipertensión Arterial, ambos siendo presidentes. Elaboré alrededor de 50 publicaciones que me abrieron la puerta para ingresar a la Academia Nacional de Medicina en 1985. Fungí como Governor for Mexico de la Amercian College of Cardiology durante tres años.

Fundación de MS (primera piedra)

La mejor medicina se hacía en los Institutos ubicados al sur de la Ciudad (Cardiología, Nutrición, Cancerología, Pediatría, entre otros), y nosotros por necesidades económicas teníamos que ver pacientes particulares en Hospitales ubicados en su gran mayoría en la Colonia Roma, siendo la distancia un factor importante. Además, la atención en esos Hospitales, distaba mucho de ser la que ejercíamos en los Institutos. Eso nos hizo pensar en que deberíamos tener un Hospital cercano a nuestros Institutos.

"Inicio de un Sueño", colocación Primera Piedra de Médica Sur.



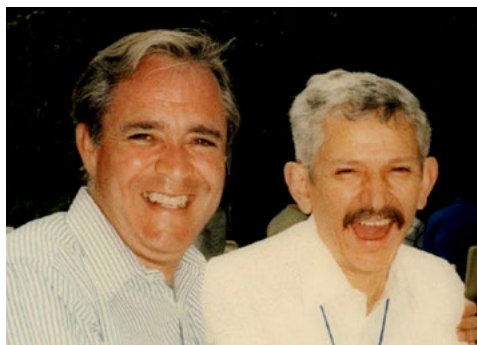
Histórica fotografía, reunión de los expresidentes de la Sociedad de Médicos de Médica Sur.

Habitualmente nos reuníamos un grupo de amigos, entre los que estábamos: el Dr. Misael Uribe, Dr. Fernando Gabilondo, Dr. Jaime Herrera, Dr. Jorge Hernández, Dr. Héctor Orozco, entre otros. y siempre terminábamos por mencionar la necesidad de tener un hospital cerca de nosotros.

En un inicio buscábamos un terreno donde pudiéramos construir una torre de consultorios. El Ing. Medinilla (paciente de varios de nosotros) nos ofreció un terreno de casi 4 hectáreas en la zona de Tlalpan, a un precio muy accesible, con todas las facilidades.



De izq. a der. Dr. José Lorenzo de la Garza Villaseñor, Dr. Jaime Arriaga Gracia, Dr. Misael Uribe Esquivel y Dr. Fernando Gabilondo Navarro.



Con el Dr. Jorge Hernández Ortiz.



Con el empresario y amigo Don Rafael Amador.

de pago incluidas. Con esa oferta en la mesa, nos juntamos un grupo de médicos (17) y tomamos la decisión de emprender este sueño. Afortunadamente, muy pronto se corrió la voz y fue así que un gran número de médicos de los diferentes institutos, decidieron unirse a nosotros. En 1982 tuvimos el privilegio de colocar la primera piedra y dar inicio a este proyecto.

La razón principal para dejar Nutrición fue tener el privilegio de ser nombrado Subdirector Médico de Médica Sur, unos años después, se me nombró Director de Medicina. Tuve el honor de ser el cuarto Presidente de la Sociedad de Médicos, e iniciar los congresos de la Sociedad fuera de la ciudad de México, logrando un acercamiento integral entre nuestros médicos y familiares.

Entre mis principales retos en Médica Sur, ha sido el procurar la mejor medicina y práctica ética con nuestros médicos. También el promover un sentimiento de orgullo y calidez entre todos los colaboradores del Hospital y a todos los niveles, lo cual considero que se ha logrado a lo largo de estos años, ya que es un pilar y forma parte de la filosofía de Médica Sur. Las bases que hemos establecido los médicos fundadores, ha servido para que se preserven los valores y seamos un Hospital enfocado en la práctica médica ética, poniendo al paciente como nuestra principal razón de ser.

Actualmente tengo la responsabilidad de estar al servicio de cada uno de nuestros pacientes hospitalizados, realizo una visita diaria en la que tengo la tarea de asegurarme que reciban la mejor atención de parte de nuestros médicos y enaltecer los principios de la buena medicina.



En casa del Maestro Salvador Zubirán con todos sus amigos (junio 1996).



Con un grupo de colegas en los eventos más importantes de la institución.

PRUEBAS COVID 19



Laboratorio **Médica Sur**

PCR \$3,949.00*

Detecta la **presencia del virus, la muestra para análisis se obtiene de la faringe y nasofaringe.**

Es la prueba para el **diagnóstico de enfermedad COVID 19 en pacientes sintomáticos** o sus contactos directos.

También permite **identificar portadores del virus que son asintomáticos.**

Disponible en Laboratorio COVID y Autoexpress. ¡Sin bajar de tu auto!

Anticuerpos IgG \$1,180.00*

Se realiza en una **muestra de sangre** tomada de una vena.

Detecta los anticuerpos contra el virus.

Útil para **identificar personas que contrajeron el virus**, hayan sido sintomáticas o no.

No debe usarse para diagnóstico de **enfermedad aguda COVID 19.**

Disponible también en sucursales Médica Sur.

CONTÁCTANOS

Call Center COVID
55 5424 7200 ext. 3991
Atención telefónica las 24 hrs.

Laboratorio
55 5424 7200 ext. 6805
Atención telefónica de 7 am a 9 pm.

Disponibilidad en CDMX y Área Metropolitana

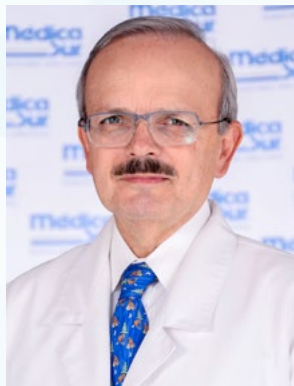
Pregunte por precios especiales para socios activos de la Sociedad Médica de Médica Sur*

*Sujeto a cambios sin previo aviso. Consulta disponibilidad, tiempo de entrega y más consideraciones en medicasur.com.mx/covid19



A PASOS FIRMES DR. RAMIRO DEL VALLE

Dr. Ramiro del Valle Robles · Neurocirujano.
rdelvaller@medicasur.org.mx



Originario de Magdalena de Kino, Sonora; en 1956, cursé mis estudios de educación básica y preparatoria en mi ciudad natal. Mis padres tuvieron escolaridad básica y en un pueblo de 10,000 habitantes, los profesionistas eran escasos, con predominio de sacerdotes, abogados, médicos, odontólogos, un ingeniero agrónomo y un veterinario.

De mi padre, heredé la afición por el campismo y el amor por la naturaleza, con él inicié mis primeras aventuras de cacería, disfrutando las fogatas y las noches con exuberantes cielos estrellados, típicos del desierto sonorense.

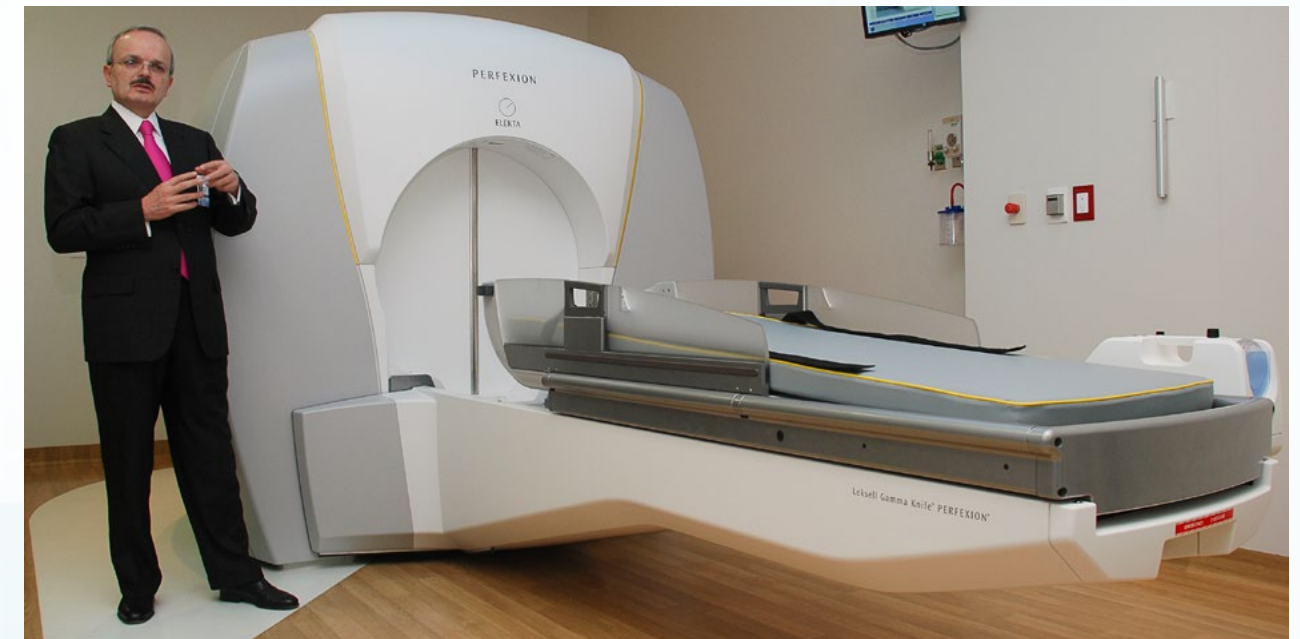
A mediados de los años 70's inicio mis estudios de Medicina en la Universidad Autónoma de Guadalajara. Recuerdo aquellos viajes de 30 horas en el ferrocarril del pacífico de la época porfiriana, el cual iniciaba en la ciudad fronteriza de Nogales a una hora de Magdalena y se unían otros estudiantes en el trayecto, haciendo del viaje una verdadera algarabía fraternal.

Fui galardonado con el premio *AH, Robins* y en 1978 cuando cursaba el internado de pregrado en el IMSS en la ciudad de Reynosa Tamaulipas, viajé a la ciudad de México, por primera vez para recibir del presidente de la República el reconocimiento del Ateneo Nacional de Artes Ciencias y Tecnología (ATENALCyT) por haber acreditado con el promedio más alto de mi generación.



Regresé a mi pueblo para dar el servicio social en el centro de salud B y recuerdo con melancolía muchas de las experiencias, especialmente la reanimación y nutrición de neonatos prematuros a través del cordón umbilical con sondas de alimentación y bolsas con agua caliente para contrarrestar la hipotermia. Actualmente esos niños, son padres de familia que lograron criarse en sus rancherías aledañas al pueblo de Magdalena.

Realicé la inolvidable residencia rotatoria de postgrado en el hospital de zona del IMSS en Hermosillo Sonora. Recuerdo la ausencia de biblioteca y de internet, éramos 12 residentes y cada semana se le autorizaba a un residente viajar durante 5 horas a la ciudad de Tucson, Arizona para sacar las fotocopias de la bibliografía que cada residente necesitaba para preparar las sesiones académicas. No había residentes de ninguna especialidad, así que participábamos directamente con los adscritos en todas las actividades médico-quirúrgicas, la mayoría egresados del CMN del IMSS y del Instituto Nacional de Nutrición, sin duda una gran enseñanza, con la oportunidad de aprender y practicar procedimientos muy adelantados.



En 1982 viví en los límites de la colonia Buenos Aires con la colonia Doctores (en la Ciudad de México) cursé el primer año de la residencia en cirugía general en el CMN. Asimismo, obtuve inolvidables enseñanzas quirúrgicas y de filosofía de la vida de grandes maestros en cirugía del Centro Médico Nacional, de la *Clínica Mayo* en Rochester, de Londres, de París, entre otros.

Ese fin de año, contraí matrimonio con Sandra, procreamos tres maravillosos hijos, quienes actualmente son exitosos profesionistas.

En 1983 inicié también la residencia en Neurocirugía bajo la tutela del Dr. Mauro Loyo Varela y del Dr. José Humberto Mateos Gómez (formado en Estados Unidos y fundador del Servicio de Neurocirugía y Neurología).

Antes de terminar el primer año de neurocirugía, mi maestro y jefe de servicio, el Dr. Loyo Varela me invitó a iniciarme en la medicina privada, habitual de la época, esto era de tipo itinerante, desde los otrora Hospitales Santa Elena en la colonia Roma y Humana en la Magdalena Contreras, incluyendo el ABC, el Mocel, el Metropolitano y la Clínica Londres.

El año de 1985 también me marcó para toda la vida por la experiencia del sismo del 19 de septiembre. Primero, por la evacuación de alrededor de 2,000 pacientes del complejo hospitalario del Centro Médico Nacional y acto seguido, por la atención quirúrgica sin descanso en el Hospital Santa Elena, ¡el trabajo quirúrgico en un ambiente de guerra! No conocía a quienes operaba, entraban en serie los pacientes rescatados entre los escombros. Sin embargo, de lo más triste fue al caminar frente a la explanada del Hospital General de México y ver el edificio de los residentes colapsado, donde fallecieron aplastados compañeros amigos de Sonora.

Como resultado de una visión sin fronteras y el apoyo irrestricto de mi maestro el Dr. Loyo, no sólo por la orientación, sino además el soporte económico me estimuló a que iniciara tempranamente cursos de neurocirugía avanzada en Alemania, Estados Unidos y Francia. Así fue como en 1987 cuando inicié como adscrito en el Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE y posteriormente en la jefatura interina del servicio de neurocirugía.

Durante ese periodo iniciamos el primer procedimiento en México de cirugía estereotáctica guiada por tomografía, (antes se hacían con ventriculograma), y también iniciamos la endoscopia cerebral con encefaloscopio provisto de canal de trabajo. Nuestro servicio y técnicas se hicieron notar con profesores extranjeros, logrando una gran promoción en Latinoamérica.

En 1991 fui invitado por el Dr. Francisco Rubio Donadieu, director del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN) a incorporarme a la División de Neurocirugía bajo la jefatura del Maestro Sergio Gómez Llata y ahí con el potencial del Instituto adquirí mayor experiencia con un gran grupo de colegas y maestros adscritos en un ambiente de gran academia.

Ahí conocí al Maestro Guillermo García Ramos, quien me presentó el problema de un colega de Médica Sur con un tumor en la fosa posterior y me pidió que lo interviniéramos en Médica Sur, nos trasladamos para allá y solicité la aplicación de marcapaso transoperatorio por el riesgo de asistolia, afortunadamente el tumor fue benigno y se extirpó en su totalidad. Así fue como tuve la fortuna de conocer a los amigos de ahora, entre ellos: el Dr. Jaime Arriaga, Dr. Guillermo Castorena, Dr. Misael Uribe Esquivel y el inolvidable doctor Don Luis Guevara.

Ya en 1994 con lo aprendido de radiocirugía Gamma Knife en el Instituto *Karolinska* en Estocolmo Suecia, había logrado la instalación del primer equipo Gamma Knife en Guadalajara, y tratamos el primer paciente con radiocirugía en México en mayo de 1994, con lo cual se daba la tercera técnica neuroquirúrgica que yo introducía al país. Alrededor de 1997 abrí el proceso de instalar otra unidad Gamma Knife en la ciudad de México. El fabricante Sueco, por primera vez en su historia, autorizó la adquisición de un equipo, sin venderlo, para instalarse fuera de Suecia, estaba condicionado a que yo me hiciera cargo de su operación en exclusiva.

Para finales de 1999 se construyó el bunker en el Hospital Ángeles del Pedregal, la compañía de imagenología que tenía la concesión del Grupo Ángeles para operar el



Gamma knife, rompió relaciones con el grupo, entonces yo podía disponer de dicho equipo para colocarlo en otro hospital, presenté el proyecto a Médica Sur y coincidió que había un bunker vacío donde estuvo una bomba de cobalto. Así fue como llegó el primer Gamma Knife a Médica Sur y tratamos el primer paciente el 22 de mayo del 2000 con un tumor del nervio acústico.

Puesto en operación el Gamma Knife, nos facilitaron la renta de consultorios en la Torre 2, y se abrieron 10 consultorios en el octavo piso para instalar el Centro de Neurociencias. La mayor parte de nosotros, clínicos, cirujanos, anestesiólogos, neuropsicólogos, neurorradiólogos y neurorrehabilitadores también éramos compañeros de trabajo en el INNN.

Ingresé a la Academia Mexicana de Cirugía en el 2010.

Iniciamos con el Gamma Knife modelo By en octubre 2013, Médica Sur adquirió el nuevo modelo robotizado Perfection Extend con la optimización del confort y tiempos de tratamiento y fraccionamiento con molde dental.

Alrededor de 2,000 pacientes tratados con Gamma Knife, incluye pacientes con metástasis cerebrales, tumores cerebrales benignos y malignos, tumores de la base del cráneo como meningiomas, neurinomas del acústico, adenomas de la hipófisis, malformaciones y fístulas arteriovenosas, trastornos funcionales como neuralgia del trigémino, temblor esencial y el relacionado a enfermedad de Parkinson, trastornos psiquiátricos refractarios como TOC y depresión mayor, entre otros. Como unidad estratégica de actividad interdisciplinaria hemos reforzado la productividad en otras unidades, se destaca la estrecha relación con neurología, neurofisiología e imagenología y en las actividades académicas hemos participado durante los últimos 4 años con la Clínica Mayo en nuestro campus y como profesores huéspedes en la Clínica Mayo de Phoenix.

Para octubre de este año tenemos el programa de modernización del equipo actual, para el modelo Icon con ciertas adaptaciones como el uso de máscaras termoplásticas para fraccionamiento, conebeam CT, mayor potencial de nuevas aplicaciones.



Homenaje

MIEMBROS DE LA SOCIEDAD DIRECTORES DE OTROS HOSPITALES

Dr. Everardo Barojas Weber • Oftalmología
ebarojasw@gmail.com



Dr. Manuel Campuzano Fernández
Fecha de Nacimiento. 17 de Febrero de 1925
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubiran".
Director General - 1982-1992

Manuel escribe en sus memorias lo siguiente:

“Nacimos de la historia y terminamos en la historieta simplemente, historieta con una vigencia de una o dos generaciones a la nuestra. Sólo trascienden a la eternidad aquellos contados ejemplares que en lo científico, en lo metafísico o en el arte han aportado algo importante para el progreso de la humanidad, lo cual no es nada fácil”.

Hijo de médico aunque su padre no ejerció la profesión, a su madre Dolores la describe como una mujer siempre alegre y de gran memoria.

Estudios de primaria y secundaria en la “Escuela Central de México”.

Estudios de preparatoria en el “Colegio Francés Morelos”.

Estudios profesionales de 1943-1948 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Internado Rotatorio en el Hospital General de México en donde se iniciaron sus inquietudes de cirujano, asistiendo muy frecuentemente al Laboratorio de Cirugía Experimental donde tuvo como compañeros a Alfredo Flores Zertuche y a Trifón de la Sierra.

Servicio Social (1948-1949) en Babícora en el municipio de Temósachic, Chihuahua.

Manuel comenta grandes anécdotas de esta experiencia con 23 años de edad:

- en San José Babícora había tres pueblos y dos ejidos, más o menos 1,500 habitantes.
- realizó la primera cirugía en el pueblo, una hernia inguinal estrangulada.
- esterilizaba su equipo quirúrgico en una olla express con manómetro que le proporcionó su mamá.
- operó 8 apendicitis agudas, 5 hernias inguinales, 42 extracciones de molares, controló una epidemia de tosferina y completó el esquema de vacunación anti-pertussis, tifo-paratífica y antivariolosa.

Manuel analiza en forma extraordinaria su experiencia del Servicio Social como sigue: “Mas si el Servicio es benéfico para el País y para el estudiante en el aspecto social, bajo el punto de vista científico es perjudicial para el último, pues en medios muy



alejados no se puede, en general, ejercer más que medicina y cirugía rudimentarias; el que en estas condiciones trabaja largo tiempo corre el peligro de convertirse en autodidacta con todos los defectos posibles.

Sin embargo, considero que el polvo de seis meses se sacude con facilidad y que el Servicio Social es una aventura fantástica que todos debemos correr; el que la elude voluntaria o involuntariamente pierde las mejores experiencias de su carrera”.

Sub-residencia en el viejo Hospital de Enfermedades de la Nutrición (1946)

Exámen profesonal el 11 de Junio de 1949, en el Instituto Nacional de Cardiología, presidido por el Maestro Salvador Aceves

Residencia en Medicina Interna (1949-1950) en la misma Institución, con un fellow en Cirugía General en la Clínica Lahey en Burlington, Massachusetts
Curso de Gastroenterología en 1951 y 1952

Médico Adscrito al Departamento de Cirugía, Médico Revisor de la Consulta Externa y cirujano base a partido de 1959

Jefe de la División de Cirugía desde 1964

Secretario General del Sindicato del Instituto por 16 años

En 1980, 15 compañeros del Hospital de Nutrición iniciaron el programa para desarrollar Médica Sur, con la idea de lograr tener consultorios médicos privados cerca de la Institución donde laboraban. Se logró terminar el primer edificio de consultorios en 1982; Manuel fungió como Presidente del Consejo de Administración en el inicio de este gran proyecto que en la actualidad es considerado como una de las mejores instituciones de salud privadas en nuestro país

“No he buscado voluntariamente la Dirección de mi institución”; mencionó en su discurso de toma de posesión el 14 de junio de 1982 ; “siento que con ello sólo cumplo con una variable de mi destino, que tan identificado ha estado por 35 largos años con el propio destino de la Institución, a la que quiero entrañablemente”.

Principales logros de su gestión en el Dirección de INCMNSZ

- Asistenciales: Ampliar salas de hospitalización, estancia corta médica, urgencias, rayos X.
- Rehabilitación física y terapia intensiva.
- Investigación: Nueva Unidad de Investigación Experimental y Bioterio, ampliación de los Departamentos de Gastroenterología, Inmunología y Reumatología, Genética y Biología de la Reproducción, y se estimuló el desarrollo de la Epidemiología.
- Enseñanza: Nuevo departamento con materiales audiovisuales, inicio de la nueva Residencia Médica.
- Patología: recibió una nueva casa y se modernizó hasta ser uno de los mejores departamentos del país.
- Se creó la División de Enfermería con tres departamentos.

Reunión en el foyer del Auditorio.



Dr. Campuzano toda una vida en el Instituto Nacional de Nutrición.

Logró mantener la MISTICA Institucional. Cuando el maestro Zubirán dejó la Dirección General del Instituto, el Dr Campuzano mencionó en el discurso de despedida : “Te llevas nuestro corazón y nos dejas tu espíritu; lo guardaremos sacramente; este espíritu significa nacionalismo, progreso, concordia y orgullo de pertenecer a la Institución”; eso es la mística y en este momento de balance histórico, también a nombre de todos, puedo presumir que lo hemos guardado, acrecentando y convertido en un símbolo que creo ya es imperecedero”.

El Dr. Manuel Campuzano Fernández termina su discurso de entrega de la Dirección el 15 de junio de 1992.

“Mi profesión es fascinante, creo que el Médico aprende del paciente y no de los libros la mayor parte de lo que sabe. Creo también que ocupar un puesto directivo multiplica las enormes satisfacciones que uno recibe del ejercicio personal de la medicina y estoy convencido que la mayor realización ha de obtenerse de la práctica de la Salud Pública y la Medicina Preventiva”.

Dos conceptos que mencionó el Dr. Campuzano en el Discurso a los Cirujanos que recibieron la certificación del Consejo en 1998 y que son de importante actualidad.

“El Médico tiene derecho a un nivel económico y social desahogado y digno. La riqueza, no puede alcanzarse ejerciendo la profesión con un sentido científico y social. Es rico en la medicina actualmente, sólo el que ha lucrado a expensas de sus semejantes.”

“Es bueno ayudar a los que no tienen, pero quien esto hace en la práctica de la medicina, no está justificado para explotar a quienes sí tienen.”

Colaboración
millennials

Dr. Daniel Motola Kuba

Oncología

dmotolak@medicasur.org.mx



El **Dr. Daniel Motola Kuba** estudió la carrera de medicina en la **Universidad Anáhuac del Norte**. Realizó su **internado** de pregrado en el **Hospital Médica Sur**. Realizó **3 años de Medicina Interna** en el Hospital Médica Sur y del año 2007 al 2010 realizó la **especialidad en Oncología Médica**, siendo el primer graduado en la misma sede. Realizó una **estancia académica** en el **Davidoff Cancer Center** que se encuentra dentro del **Hospital Bellinson** avalado por la **Universidad de Tel Aviv** en **Israel**. Actualmente se encuentra realizando la **Maestría en Dirección Gerencial en Salud** la cual terminará en julio 2020.

Avalado por el **Consejo Mexicano de Oncología** y miembro del comité de evaluación del mismo consejo, es miembro de la **Sociedad Mexicana de Oncología**, **American Society of Clinical Oncology** y la **European Society of Medical Oncology**.

Desde el punto de vista académico, desde hace 5 años, el Dr. Motola es el **profesor titular** del curso de



especialidad en oncología médica con sede en el Hospital Médica Sur. También ha sido profesor invitado a cursos de pregrado y postgrado.

Desde el punto de vista de investigación, el Dr. Motola cuenta con **49 publicaciones**, de las cuales 31 se encuentran indexadas en PUBMED. También ha presentado trabajos de investigación en congresos nacionales e internacionales. Es por esto que desde el año 2014, forma parte del **Sistema Nacional de Investigadores (CONACyT)** como **investigador tipo 1**. También ha tenido contacto con investigación patrocinada por la industria farmacéutica y actualmente es investigador principal de **9 estudios**.

Como referente nacional de la especialidad, el Dr. Motola ha sido ponente en el congreso nacional de la Sociedad Mexicana de Oncología, así como en reuniones regionales con colegas y médicos de otras especialidades.

Desde el punto de vista laboral, el Dr. Motola, al término de su especialidad, se inició como **médico adscrito al servicio de tumores torácicos del Instituto Nacional de Cancerología** y posteriormente desde julio 2010 se incorporó como **médico adscrito del Centro Oncológico Diana Laura Riojas de Colosio del Hospital Médica Sur**.

Lazos de
la Sociedad

Visita al Antiguo Colegio de San Ildefonso

Psic. Araceli C. Centeno Campos • Psicología
aracelicientenoc@yahoo.com.mx



Convocados por la mesa directiva de la SMMS, en otoño del año pasado un grupo de socios tuvimos la oportunidad de participar en una visita guiada al Antiguo Colegio de San Ildefonso. Tras saludos y abrazos en el punto de reunión, iniciamos el recorrido hacia el Centro Histórico de la Ciudad con el objetivo común de disfrutar una tarde cultural en compañía de amigos y colegas.

En nuestro camino hacia el Antiguo Colegio de San Ildefonso, hicimos una visita inesperada al Colegio Nacional y a la Capilla de Nuestra Señora del Pilar (La Enseñanza), donde el Dr. Juan Calderón Colmenero nos compartió sus amplios conocimientos sobre arquitectura virreinal.

Al llegar al magnífico edificio de San Ildefonso nos recibieron jóvenes guías muy bien capacitadas quienes nos transportaron en el tiempo...

El colegio fue fundado por la Compañía de Jesuitas durante el virreinato para ser un enorme centro educativo exclusivo para criollos de la Nueva España. El edificio que hoy conocemos fue construido en la primera mitad del siglo XVIII y desde entonces ha sido destinado principalmente a la educación.



En 1867, cuando Benito Juárez emprende la Reforma Liberal Educativa, el Colegio se convierte en la Escuela Nacional Preparatoria, institución educativa laica. En 1910 fue designada como la Universidad de México, y actualmente el majestuoso edificio es patrimonio de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En la época postrevolucionaria en el siglo XX, el inmueble fue una de las sedes más importantes del movimiento muralista. En un contexto en que los intelectuales difundían sus ideas a través de la literatura, el periodismo y la pintura con el apoyo del Estado, el Secretario de Educación Pública José Vasconcelos otorgó a los muralistas las paredes de diferentes edificios gubernamentales para plasmar en ellas sus ideas postrevolucionarias.

En nuestra visita, recorrimos los tres pisos del patio mayor, donde se levantan arcos de medio punto apoyados en sólidos pilares. Pudimos apreciar más de cuarenta obras reconocidas mundialmente: murales de Diego Rivera, José Clemente Orozco, David Alfaro Siqueiros y Jean Charlotte entre otros. También conocimos el Salón de Actos y Ceremonias "El Generalito" que posee 240 retablos que en su trabajo de ebanistería narra la historia del Antiguo Testamento.

Al terminar el recorrido del Antiguo Colegio de San Ildefonso, fuimos invitados por cortesía de Laboratorios Senosiain a una Cata de vinos ofrecida por la casa vitivinícola L. A. Cetto, en la que disfrutamos una gran selección de vinos y nos dieron expertas recomendaciones de maridaje con cada uno de ellos.

Posteriormente hubo un coctel para todos los asistentes donde disfrutamos del vino y buena compañía. Generosamente, obsequiaron algunas botellas de vino de muy alta calidad.

Regresamos a Medica Sur felices de haber disfrutado una tarde cultural en compañía de queridos amigos y colegas.

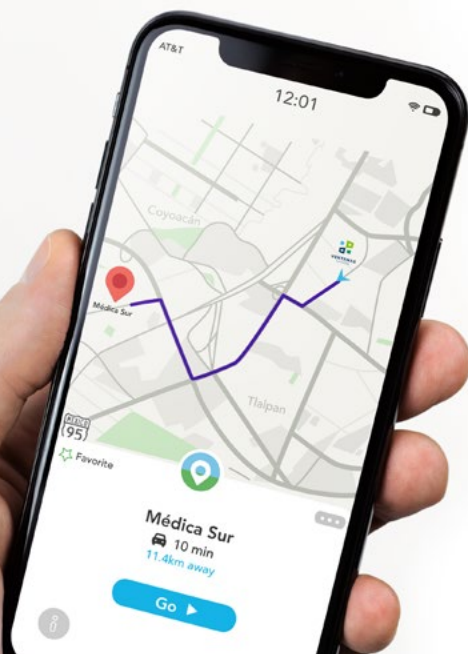
¡Estamos listos para el siguiente evento cultural!



NO DESCUIDE SU SALUD



Para **su seguridad** y la de **sus pacientes**, **todo el personal** cuenta con **equipo de protección** e implementación de estrictos **protocolos de higiene**



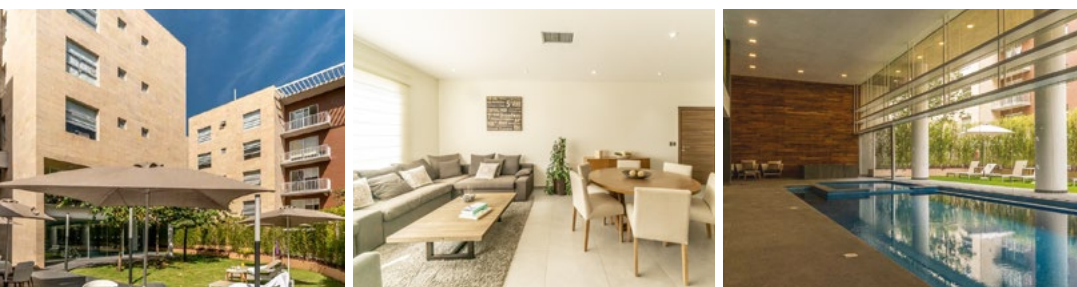
El mejor depa es el que está cerca de tu trabajo

A unos minutos de Médica Sur. Con alberca, gimnasio, spa, ludoteca, cafetería, jacuzzi, salón de eventos y salones de ejercicios.

¡Ven a conocer Ventanas Coyoacán!

Seguridad las 24 horas, CCTV,
Estacionamiento Subterráneo.
Entrega inmediata y Preventa.
Departamentos desde \$4,900,000

Av. El Bordo 85, Col Ex Hacienda Coapa, Alcaldía Coyoacán, 04980, CDMX.



VENTANAS
COYOACAN

Agenda una visita al 5552570551 o info@ventanascoyoacan.com o realiza una visita virtual en www.ventanascoyoacan.com

*Al mencionar este anuncio tendrás un bono de \$50,000 en la compra de tu departamento en Ventanas Coyoacán.

Con todas las medidas necesarias
Médica Sur, Hospital seguro

medicasur.com.mx | 55 5424 7200



Jarsix®

Menos es más

Nuevo

La concentración precisa de **loratadina + betametasona** que se requiere para obtener un efecto:

- **Antihistamínico**
- **Antialérgico**
- **Antiinflamatorio**

Jarsix actúa tanto en la fase temprana como en la fase tardía de la reacción alérgica, controlando eficazmente la sintomatología.

24hr
de alivio

Tabletas y solución:

**Adultos y
>12 años**

1 tableta cada
12 horas

**6-12 años,
> 30 kg**

5 ml cada
12 horas

**4-6 años,
30 kg o menos**

2.5 ml cada
12 horas

Revisar IPP:



JARS-01A-19
NO. DE ENTRADA: 193300202C5081



Senosiain®