



## **PROGRAMA**

**Miércoles 20 de agosto de 2014**

**18:00 horas**

Auditorio de la Academia Nacional de Medicina

***IN MEMORIAM* HÉCTOR OROZCO ZEPEDA**

**Coordinador:** Miguel Ángel Mercado Díaz

Miguel Ángel Mercado Díaz

David Kershenobich Stalnikowitz

Luis Carlos Chan Núñez

**Presentación del trabajo de ingreso:**

Evolución del tratamiento endovascular comparado con el tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con síndrome aórtico agudo tipo B  
Guering Eid Lidt

**Comentario oficial:** Juan Verdejo París

**SIMPOSIO:**

**SIMPOSIO: SALUD GLOBAL, SALUD LOCAL: TRES RETOS**

**Coordinador:** Juan Ramón de la Fuente Ramírez

**Introducción**

Juan Ramón de la Fuente Ramírez

**Enfermedades emergentes**

Pablo Antonio Kuri Morales

**Demencias**

Julio Sotelo Morales

**Resistencia a antimicrobianos**

Samuel Ponce de León Rosales

Discusión



Inicia la sesión a las 18:13 hrs. con la presentación del video de Protección Civil. Posteriormente el Dr. Enrique Ruelas da inicio a la sesión *In memoriam* del Dr. Héctor Orozco Zepeda, y para ello da la palabra al Dr. Miguel Angel Mercado Díaz para que coordine el evento. El Dr. Mercado refiere que el Dr. Orozco murió en octubre del 2013, ingresó a la ANM en 1987 y en el tiempo que estuvo como académico siempre participó activamente en todos los simposios. Presenta a los ponentes y agradece la presencia de todos. Comienza el Dr. Kershenobich quien recuerda, a medida que pasa el tiempo, con mayor agrado al Dr. Orozco, ya que fue un compañero en el desarrollo de las actividades profesionales, recuerda anécdotas con relación al trabajo cotidiano y su compromiso con el INNSZ. Fue un personaje en el que se destaca su vida y su obra, con poderosa personalidad, visión especial. Fue didáctico, y enfatiza su visión a la cirugía, desde que llegó como estudiante en medicina interna y posteriormente en cirugía, lo que le daba esta particular visión. Cuando fue director de cirugía, se convirtió en un verdadero maestro de cirujanos. Fue experto en cirugía de hipertensión portal y además es ícono de la historia del hígado. Tuvo varios reconocimientos a sus trabajos. Recuerda las discusiones académicas entre ellos y otros afamados médicos que crearon un ambiente fraternal y los convirtieron en amigos cercanos. Con el tiempo Héctor fue progresando y llegó a hacerse realidad los trasplantes de hígado en el INNSZ, el éxito actual de los cirujanos del Instituto tienen como base las enseñanzas del Dr. Orozco quien además diseminaba el conocimiento que hacía como gran conferencista. Un hecho particular es que desde un principio recordó que su origen era de Sahuayo y organizó cursos anuales en dicha ciudad creando una fraternidad científica. También fue autor de numerosas publicaciones y libros con reconocimiento nacional e internacional. Siempre asumió con sencillez estos reconocimientos. Actualmente han creado un premio en su nombre financiado por amigos del Dr. Orozco. Era un hombre que tomaba el compromiso con seriedad y profesionalismo, siempre antepuso el interés de los pacientes, era un hombre transparente y confiable y opina que también fue un excelente esposo y padre de sus hijos. Le da gusto recordar a Héctor en público.

Posteriormente el Dr. Luis Carlos Chan Nuñez menciona que el Dr. Orozco es de las personas que más lo han impactado en su vida personal y profesional. Compartió episodios de vida y era como ser parte de una tribu alrededor de una fogata, pues por su autoridad, fuerza y confianza se imponían como el gran jefe.



Nació en 1935 en Sahuayo Michoacán proveniente de una familia católica. Estudio medicina en la UAG, servicio social en Uruapan y su especialidad en el INNSZ, continuo su entrenamiento en EUA, después se incorporó como cirujano en el instituto hasta ser director de dicha área. Menciona que le enseñó que el camino en este mundo no es en solitario. Conocer su vida era el significado de vocación. Tuvo muchos talentos y defectos como todos. Lo que destaca fue su actitud por luchar por sus metas y defender sus ideales. Hace analogías con protagonistas de libros. El Dr. Orozco desarrolló interés por la cirugía hepática. Estableció un programa de rotación de residentes en Alabama que hasta hoy continua, realizó el primer trasplante de hígado en perro. Fue miembro de la ANM, del sistema nacional de investigadores y de la academia mexicana de cirugía y menciona todas las membresías, sus publicaciones y capítulos de libros. El Dr. Chan agradece que el Dr. Orozco confió en él y presenta varias fotografías mencionando la amistad que los unía. Señala los viajes y los múltiples congresos que asistieron juntos, así como viajes de placer. Su esposa siempre lo acompañó en todas sus actividades, y ambos hicieron un binomio que se quisieron mutuamente y lo más valioso fueron sus hijos siempre admiradores de su padre. Presenta fotos de los amigos del Dr. Orozco así como una de las últimas conferencias que ofreció. Fue un hombre de fe y de ciencia. Persona de una pieza, líder, el INNSZ se fortaleció con el liderazgo del Dr. Orozco. Finaliza comentando que cumplió en todos los ámbitos y termina con frases emotivas hacia el Dr. Héctor.

Termina el Dr. Migue Angel Mercado quien complementa como amigo lo que se habló, lo conoció en 1976 en un congreso, y desde allí se aficionó a su personalidad y amistad, el compromiso que dejó el Dr. Orozco en el Instituto fue formidable. Acto seguido finaliza el Dr. Ruelas agradeciendo a los participantes y coordinador y entrega la medalla *In Memoriam* conmemorativa del Dr. Orozco y pasa a recibirla su esposa Silvia Arceo Cabral de Orozco.

Inicia la sesión en punto de las 19:00 hrs. con la presentación del video de Protección Civil. Posteriormente el Dr. Enrique Ruelas da la bienvenida a todos y también a los mejores estudiantes de medicina de diversas universidades de México que hoy están presentes, a quienes se les presenta el video conmemorativo de los 150 años de la ANM para que conozcan lo que es la ANM. Posteriormente le da la palabra al Dr. Guering Eid Lidt para que presente



su trabajo de ingreso titulado “Evolución del tratamiento endovascular comparado con el tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con síndrome aórtico agudo tipo B. El Dr. Eid comienza describiendo el síndrome aórtico agudo, comentando que éste se puede complicar por rotura o por mala perfusión o isquemia. Por su localización se denomina A y B de acuerdo al compromiso de la aorta ascendente y descendente. La disección de aorta tipo B tiene mortalidad temprana cuando se complica hasta del 35%. Las complicaciones con isquemia incrementan la letalidad hasta el 89%. El tratamiento endovascular (TEV) tiene beneficios para el síndrome de ruptura principalmente. El síndrome aórtico (SAAB) no comunicado tiene una tasa de complicaciones comparable entre tratamiento médico, endovascular, sin embargo cuando se realiza el análisis y seguimiento a largo plazo, se ve la diferencia aumentando la mortalidad en el tratamiento médico no sucediendo así con el endovascular. Con respecto al tratamiento quirúrgico tiene una mortalidad reportada del 29% y se puede incrementar hasta el 50% cuando se complica con ruptura. El presente trabajo fue realizado en 113 pacientes que reunieron los criterios del síndrome. El diseño fue de un estudio retrospectivo y de cohorte. Presenta dichos criterios con fotografías. El objetivo fue analizar la eficacia del TEV a mediano plazo comparado con el tratamiento médico y establecer la seguridad. Muestra las características basales de los pacientes, encontrando diferencia sólo con hipertensión arterial en el grupo de pacientes que se sometieron a TEV. Con relación a las características clínicas, la diferencia fue cuando existía inminencia de ruptura. Al comparar eventos adversos mayores hospitalarios no encontraron diferencia pero a la evolución en 36 meses observaron diferencias significativas en mortalidad cardiovascular y mortalidad acumulada en beneficio del TEV. Al analizarlo por subgrupos como SAAB complicado vs no complicado, también el TEV fue mejor. Lo mismo sucedió con los que tenían inminencia de ruptura y eventos adversos mayores hospitalarios. La supervivencia fue del 92.5% con el TEV en comparación con el tratamiento médico que fue de 60.5%, a partir del 10 mes. Presenta varias gráficas de supervivencia y también un efecto protector del TEV para morbilidad cardiovascular y la inminencia de ruptura en comparación con el tratamiento médico. Concluye que el TEV es seguro eficaz, y factible, y es mejor en SAA tipo B no complicado.

El comentario oficial es por parte del Dr. Juan Verdejo París. Comenta que el tipo de trabajo del Dr. Eid es principalmente descriptivo y explica los motivos.



Señala los problemas de mortalidad con el SAA tipo B, comenta también que el tratamiento quirúrgico sigue teniendo una gran mortalidad en este tipo de pacientes que llega a ser del 57% por las complicaciones del SAAB, pero el trabajo también describe que continúa el miedo de pacientes y médicos por cirugías. Por ello existe un gran grupo control que aún sigue optando por el tratamiento médico más que el quirúrgico. Comenta sobre la nueva tecnología del TEV que como su expectativa personal describe que este puede ser el futuro para una mejor sobrevivencia. El Dr. Enrique Ruelas, presidente de nuestra corporación reitera la bienvenida al Dr. Eid.

Posteriormente se da la palabra al Dr. Juan Ramón de la Fuente coordinador del simposio “Salud global, salud local: tres retos”. Quien comenta que desde hace 6 años la UNAM, la SSA y la ANM decidieron iniciar actividades conjuntas para analizar temas de salud global con impacto local. Esto permite ir consolidando los proyectos que se han generado. Para ello señala sobre el seminario que se tuvo en días pasados con directores de servicios de salud, entre otros, donde se analizaron temas parecidos a los que se presentarán esta noche. Comenta también que este seminario surgió inicialmente con el maestro Sepúlveda sobre amibiasis, donde se lograron contribuciones importantes, y de allí la idea de este seminario pretende dar continuidad a las “buenas prácticas académicas”. La ANM tiene una sabiduría que vale la pena re-tomar. Presenta los tres retos que se hablará el día de hoy, como el de emergentes por el Ebola y virus de Chikungunya que presentará el Dr. Pablo Kuri, sigue el tema de las demencias que será presentado por el Dr. Sotelo y el de resistencia a antimicrobianos por Samuel Ponce de León Rosales. Da un breve resumen curricular de los académicos que presentarán. Hace reflexiones sobre los temas y como está actuando el sector salud a los mismos anticipando varias preguntas que seguramente serán respondidas en la sesión.

El Dr. Pablo Kuri presenta el tema de “enfermedades emergentes” y comienza leyendo una cita del Instituto de Medicina de USA que se dio en 1992. Posteriormente define lo que son las enfermedades emergentes y las re-emergentes. Presenta listas de estas enfermedades sobresaliendo la chikungunya y el ébola. También menciona algunos conceptos como la complejidad de ellas, del término “nuevas”, de los agentes involucrados, entre otras como las determinantes sociales. Presenta los diversos actores que contribuyen como la globalización hasta cambios biológicos. Da dos ejemplos:



el de la fiebre por virus chikungunya, mencionando que es una enfermedad infecciosa transmitida por arbovirus. Se describió en los 50s, se transmite por mosquitos como el *A. aegypti* y *A. albopictus*. Causa enfermedad aguda, subaguda y crónica; afecta a todos, el periodo de incubación de 3 a 7 días y se asocia con artralgia/artritis, dolor de espalda y cefalea, las formas graves son pocos frecuentes. Hasta la fecha de hoy hay poco más de 6 mil casos confirmados, 32 defunciones con una tasa de letalidad 0.53% y en México hasta la fecha hay dos casos que no son autóctonos. Comenta sobre las recomendaciones dadas por OMS/OPS para evitar la transmisión, comenta lo realizado en México con lineamientos específicos, el diagnóstico preciso, avisos preventivos de viaje, aviso epidemiológico y reuniones nacionales de virus de chikungunya, presentando imágenes al respecto. Posteriormente aborda el tema del ébola comentando que es una enfermedad viral febril, con tasa de letalidad hasta del 90%, se ha presentado en África cerca de la selva pero ahora ya se ha encontrado en capitales de dicho continente, se propaga por contacto estrecho con secreciones y fluidos. No hay tratamiento ni vacuna. El primer brote fue en 1976 en Sudán y República del Congo. Son cinco especies distintas del virus. Los síntomas son: fiebre alta, debilidad, mialgias, cefalea, vómitos, diarrea, afectación renal y hepática, hemorragias y hasta la muerte. Hasta la fecha hay 2,473 casos, 1350 defunciones con tasa de letalidad del 55%. La OMS sigue de cerca el brote y se ha llegado a conclusiones que este brote es extraordinario puede afectar otros estados y que es un evento de salud pública internacional que debe ser una respuesta coordinada. El tratamiento es Zmapp que son 3 anticuerpos monoclonales no se conoce todavía la eficacia, seguridad o dosis, es algo en experimentación pero no sería la solución al día de hoy. En México ya se realizaron dos sesiones extraordinarias, con avisos de viajes, sobre todo a Guinea, Liberia, Sierra Leona y Nigeria. Con boletines de prensa. Ya existe en México un protocolo con un algoritmo de que hacer, se establecieron unidades hospitalarias, y protocolo de caso de fauna salvaje con sospecha de la enfermedad. El periodo de incubación es de 2 a 21 días. Presenta contrastes del PIB y esperanza de vida y que no estamos en la misma situación que los países afectados hoy día. Y termina comentando sobre la morbilidad por las enfermedades infecciosas y como se encuentran estos dos ejemplos y lo que representan. Termina diciendo que las determinantes sociales y actividades humanas contribuyen a estas enfermedades. Con ébola que se requiere una respuesta internacional coordinada y efectiva. No existe evidencia de la eficacia



del Zmapp y otros fármacos y que hay que estar pendientes de lo que pueda suceder y estar preparados para actuar.

Continúa el Dr. Julio Sotelo con el tema de “demencias” y señala sobre paradojas de la salud pública. El Alzheimer es una enfermedad re-emergente y es una de las causas en el mundo de mayor demencia. El 7% ocurre en mayores de 65 años. El número total de sujetos con demencia se duplicará en 20 años. Este crecimiento es asociado con el aumento de la edad, y cualquier programa que se haga será difícil abatir el crecimiento. La OMS ha declarado que esta demencia es la más discapacitante y es de las más costosas. Con relación a México menciona otra paradoja, presentan que la edad promedio de la población es de más jóvenes que en otros países industrializados, y por ello la demencia en las poblaciones latinoamericanas son los mayores porcentajes del mundo y también presenta el peso mundial de la demencia mostrando que los países pobres tienen mayor el índice. Muestra un cuadro con todas las enfermedades más complicadas del mundo donde en los 90s el HIV pasó del lugar 11 al 33 para el año 2010 de acuerdo al peso mundial de la enfermedad y el Alzheimer del lugar 25 ahora está en el lugar 12. Describe las dos características patológicas de la enfermedad de Alzheimer en las neuronas. Presenta imágenes de PET mostrando la evolución. Hace reflexiones sobre la terapéutica y lo que se hará con estos pacientes; así como los éxitos en salud pública que han permitido el aumento de la esperanza de vida y que el precio a pagar puede ser la demencia. Actualmente nuestra prevalencia en México es del 8% . Las metas de prevención de demencia (sin conocer el grado de efectividad), son: educación, enfermedad vascular, diabetes, hipertensión, obesidad, tabaquismo, actividad física para controlar pues estos factores son de riesgo y finaliza mostrando una puntuación para ayudar al médico a determinar el riesgo de demencia en los pacientes y presenta los sustentos y evidencias científicas.

Continúa el Dr. Samuel Ponce de León con el tema “resistencia a antimicrobianos”, iniciando con una pregunta de ¿estamos en la era post-antibióticos?. Y comenta que el descubrimiento de la microbiología fueron los que fundaron el desarrollo de la moderna práctica médica y los primeros frutos fueron las vacunas y antibióticos que la resistencia está creciendo en todo el mundo, y que se están registrando el crecimiento de resistencia a carbapenems, esenciales para tratar *Klebsiella pneumoniae*, agente causal de neumonías nosocomiales. Que son la última opción de tratamiento, y en diversos países, ya



la mitad de los casos no responden. Menciona sobre la resistencia a fluoroquinolonas que es diseminada. Hoy ya son ineficaces en más de la mitad de los infectados en muchos países. Que la gonorrea se ha encontrado resistente incluso a cefalosporinas de tercera generación en múltiples países de Europa y África. Que la resistencia a antibióticos causa que la enfermedad se prolongue y aumenta el riesgo de muerte. Se calcula que los pacientes con infección por *S aureus* resistente a meticilina tienen un incremento del 64% en la mortalidad. Señala sobre los costos del cuidado de la salud se incrementan en pacientes con resistencia a antibióticos por estancias más prolongadas y con mayor gravedad. Continúa mencionando la clasificación de los antibióticos, y sus mecanismos de acción, el espectro y actividad dando los ejemplos de los mismos así como su origen y el mecanismo de la resistencia que pueden ser: mutación espontánea por selección, transformación (transferencia de DNA), transducción (transmisión por fagos), conjugación (episomas), alteración enzimática, disminución de la permeabilidad, alteración del receptor y protección del receptor, todo ello mostrado con esquemas. Enfatiza, como ejemplo en EUA; que las consecuencias de la resistencia es la muerte anual por infecciones de 23 mil personas. Presenta los resultados de un estudio en donde un tratamiento inadecuado incrementaba el riesgo de mortalidad. Otro realizado en 2009, donde estudiaron sobre *E. coli* de infecciones urinarias no complicadas y muestra la resistencia que es más del 50%. Continúa mostrando resultados similares en diferentes estudios realizados con cifras muy altas de resistencia. También presenta el tiempo de desarrollo de la resistencia que es un promedio de 8 años. Comenta sobre la resistencia de antibióticos de bacterias encontradas en cavernas en lugares de más de 400 años. Por otro lado, señala que se debe tener un control en el uso de antibióticos en animales para poder impactar la resistencia en los humanos. Señala los factores de riesgo para el desarrollo de resistencia que son: Sobre- utilización de antibióticos en la práctica con pacientes ambulatorios y hospitalizados, ya sea terapéutica o profiláctica. El uso de antibióticos en la industria agropecuaria, particularmente en la producción de alimentos. Mayor sobrevida de pacientes severamente enfermos. Incremento en la expectativa de vida con un mayor uso de antibióticos en la vejez. Pacientes críticamente enfermos. Inmunosupresión. Enfermedades congénitas (ej., fibrosis quística). Falta de uso de medidas probadas y efectivas para la prevención y control de infecciones tales como lavado de manos, restricciones en el uso de antibióticos y aislamiento adecuado de pacientes con infecciones resistentes, entre otras.





También habla sobre la producción de antibióticos nuevos y que esto no es tan atractivo para la industria farmacéutica y que los gobiernos podrían apoyar para renovar la línea de producción de antibióticos. Comenta que es importante el uso prudente de los antibióticos en la actividad médica; evitar su uso en agricultura y ganadería; estimular la producción de nuevos antibióticos y el desarrollo de nuevas intervenciones terapéuticas (fagos, inmunoestimulación, etc.), ampliación de las indicaciones de vacunación (vacunación universal para influenza y neumono), educación e higiene. Finaliza enfatizando que es necesario una política de estado pues el aumento global de la resistencia requiere de acciones nacionales y globales para preservar la efectividad remanente y promover el desarrollo de nuevos antibióticos. Que se debe prohibir el uso industrial de antibióticos en agricultura y ganadería. El uso controlado de antibióticos seleccionados para utilización solo hospitalaria. Se requiere de educación y atención a este problema en el nivel público. Implementar sistemas de vigilancia para la resistencia y sus consecuencias clínicas. Mejorar las prácticas de estudio microbiológico para implementar intervenciones con los avances de tecnología genómica. Comenta que las áreas de investigación serían sobre nuevas moléculas, nuevos sitios de acción, nuevos mecanismos. Determinar regímenes óptimos: dosis y tiempos en infecciones específicas. Investigar el rol de combinaciones para disminuir el riesgo de resistencia, tener tendencias nacionales y regionales de la resistencia. Concluye que la resistencia es inevitable y que es necesario disponer de estudios de resistencia ampliamente distribuidos; mejorar la capacidad técnica de diagnóstico; control en la utilización de los antibióticos en todos los niveles y campos de uso; estimular la investigación y desarrollo en antibióticos que el gobierno debe intervenir facilitando el desarrollo y producción de ellos y da particular importancia a la educación de la población general (incluyendo al personal de salud) sobre el uso apropiado de antibióticos.

Acto seguido se inicia la sesión de preguntas y comentarios, comienza el Dr. Ricardo Plancarte felicita la sesión, y pregunta el rol que juegan las opciones emergentes, como la aplicación de células troncales, los autotrasplantes. Carlos Segura médico pasante, pregunta sobre el diagnóstico de chikongunya y si es la única manera de diferenciarlo con el dengue. El Dr. Graue pregunta si Cuba tiene este virus. El Dr. Sotelo responde sobre las células troncales que puede ser



una solución pero no para la demencia, y que estas opciones todavía necesitan mas trabajo para su entendimiento. El Dr. Kuri responde que no puede asegurar si hay chinkongunya en Cuba o no, pero que este es su reporte oficial. Comenta que el diagnóstico clínico para diferencia el dengue y chinkongunya es muy sutil y complicado hacerlo, y será todo un reto, hoy solo es por laboratorio. Samuel Sevilla médico pasante pregunta sobre los laboratorios de microbiología que tanto acceso hay para antibiótico terapia, y el acceso a pruebas de resistencia que se puede hacer en otros hospitales y en diferentes niveles de atención. La médico pasante Yadira Zapiain pregunta sobre normatividad para mitigar el uso de antibióticos en la ganadería. El Dr. Muñoz felicita a los ponentes y pregunta sobre la chinkonguya y reflexiona que el problema sería económico. El Dr. Kershenobich pregunta sobre anticuerpos monoclonales. Las respuestas son por el Dr. Samuel Ponce de Leon quien dice que es necesario un buen diagnóstico de laboratorio, y coincide con el tema de antiretrovirales y que los anticuerpos monoclonales son una opción. Con la regulación el restringir el uso de antibióticos en ganadería sería difícil realizar. El Dr. Kuri coincide con las repercusiones económicas y el comentario del Dr. Muñoz.

Acto seguido el Dr. Enrique Ruelas agradece al auditorio, en especial a los pasantes de medicina, felicita al Dr. Juan Ramón de la Fuente por la coordinación del simposio y agradece a los ponentes por su participación y da por concluida la misma a las 21:00 hrs.

Atentamente:

Dra. Elsa Sarti.  
Secretaria Adjunta de la ANM.

*"El Alzheimer borra la memoria, no los sentimientos" Pasqual Maragall (1941) político español.*