



VOX médica

Órgano de comunicación de los profesores y alumnos del Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General

Año 7 • Número 3 • Mayo-Junio 2006

Academia Nacional de Medicina Mesa Directiva 2005-2006

Dr. Misael Uribe Esquivel
Presidente

Dr. Emilio García Procel
Vicepresidente

Dra. Teresa Corona Vázquez
Secretario general

Dr. Alejandro Treviño Becerra
Tesorero

Dr. Antonio Marín López
Secretario Adjunto

Directorio PRONADAMEG

Dr. Manuel de la Llata Romero
Director

Dr. Juan Urrusti Sanz
Director Adjunto

Comité Normativo

Dr. Efraín Díaz Jouanen

Dr. Guillermo García Ramos

Dr. José Halabe Cherem

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Dr. Samuel Ponce de León Rosales

Dr. Julio Sotelo Morales

Coordinación Regional

Centro

Dr. José de Jesús Macías Mendoza

Sureste

Dr. José Antonio Cetina Manzanilla

Noroeste

Dr. Ernesto Ramos Martínez

Noreste

Dr. Guillermo Elizondo Riojas

CONTENIDO

Editorial

Medicina y utopías

Dr. Armando Cordera Pastor 2

APRENDER ⇌ ENSEÑAR

Educación Médica Continua

Prof. Dr. Miguel Falasco 4

PRONADAMEG INFORMA

Normas operativas de la Videoteca de PRONADAMEG 6

Eventos especiales

Proyección internacional de PRONADAMEG 6

Ceremonia de entrega de constancias en la UAY 8

Simpósio internacional: aplicaciones clínicas de la medicina genómica en cáncer 8

Semblanzas y aportaciones de nuestros médicos

Dr. Darío Fernández Fierro 1885-1946 (Segunda parte)

María Elena Anzures 9

Problemas de salud emergentes

Sección a cargo de el Dr. Pablo Kuri Morales

Tabaquismo: enfermedad que requiere un nuevo enfoque médico asistencial

Jesús Felipe González Roldán 11

Principales actividades 2006 - Sedes PRONADAMEG 13

Monografía

Hipogonadismo hipogonadotrópico

Baldomero González Virla 14

Programa de sesiones semanales ANMM 16

Ejercicio Clínico Patológico

Mujer de 56 años con nódulos dolorosos y úlceras cutáneas

Sánchez-Hurtado L, Zapata-Altamirano L, Pérez-Sáleme L 17

Cuestionario del Ejercicio Clínico Patológico 18

Cuestionario del artículo seleccionado

de Gaceta Médica de México 19

Respuestas al Ejercicio Clínico Patológico

Vox Médica No. 2, 2006 19

Respuestas al Cuestionario del Artículo seleccionado de GMM

Vox Médica No. 2, 2006 19

Comentario preventivo al Ejercicio Clínico Patológico

Hombre de 35 años con úlceras recurrentes en boca y regiones periuretral y escrotal

Manuel Morales Polanco 20

MEDICINA Y UTOPIÁS

DR. ARMANO CORDERA PASTOR*

En cada época las utopías relacionadas con la medicina han sido diferentes, ya que la enfermedad ha tenido una connotación cambiante. La más antigua, es que la enfermedad es el MAL enviado por los dioses o por los espíritus malignos. La utopía, en estos casos, sería tener poderes otorgados por esos dioses o por la magia, para negociar el mal que padece el individuo.

No siempre la enfermedad era el mal y muchos médicos iniciaron el largo camino de luchar contra la enfermedad física o biológica basándose en teorías o conceptos seculares. La teoría de los cuatro humores prevaleció hasta inicios del siglo XX y por ende, los tratamientos para eliminarlos eran los purgantes, los eméticos, los diuréticos y las sangrías.

Dioscórides y Galeno, que vivieron en el segundo siglo de nuestra era, fueron los indiscutibles guías de la medicina secular durante 15 siglos hasta que Vesalio y Paracelso le pusieron fin.

Los escritos sobre utopías diversas aumentan o disminuyen según los valores de la época. En la medicina, fue notable cuando el humanismo del Renacimiento italiano afectó a los ingleses. John Colet, al regresar de Italia, recomendó a Tomás Moro que ingresara a un convento de monjes cartujos y allí conoció a Erasmo de Rotterdam, quien lo influenció para escribir su utopía sobre la sociedad ideal en 1516.

Moro escribió que los hospitales no podían limitarse a ofrecer asilo a los indigentes, sino debían cuidar y curar las enfermedades por la acción de médicos capacitados. Una utopía en esa época.

Montesquieu, en el siglo XVIII, escribió acerca de la libertad y la igualdad, desde siempre, inalcanzables. En ese siglo, llamado de “las luces o de la ilustración”, los enciclopedistas se arriesgaron a pensar con libertad por primera vez en la historia.

Rousseau señalaba que si los hombres son iguales por naturaleza, no hay razones válidas para que algunos tengan privilegios o autoridad, conceptos tomados por la Revolución Francesa para su *Declaración de los Derechos del Hombre*. En la época, Louis Sebastián Mercier imaginaba, en su utopía del año 2440, que médicos sabios y caritativos serían capaces de integrar la medicina, la cirugía, la higiene y la farmacia para lograr una vida larga y saludable.

En 1800, Bichat ubicó la enfermedad en los órganos. Al comprender así la enfermedad, ya no era prohibido tocar a los enfermos, sino obligatorio palpar, percutir y auscultar al paciente con el propósito de conocer tamaño, consistencia y contornos de los órganos abdominales, o bien, escuchar latidos cardíacos y ruidos pulmonares. Así nació la medicina clínica.

Jeremy Bentham (1748-1832), filósofo “utilitario” y jurista inglés, proclamó en el siglo XIX que todo gobierno

tiene el deber de preocuparse por el bienestar de su población, procurar su seguridad y buscar la igualdad; por ello es considerado un utopista.

En la segunda mitad del siglo XIX, Edward Bellamy anticipaba un nuevo orden social para el año 2000 y se adelantaba casi dos siglos a la OMS con su lema “Salud para todos en el año 2000.”

Los grupos socialistas de Alemania aumentaron su poder político y social. El Canciller Bismarck inició la seguridad social como una coyuntura política para frenarlos, pero sería imposible incluir a Bismarck entre los utopistas, pero sí a Rudolf Virchow, médico alemán, sanitarista, creador de la patología celular, humanista, antropólogo, polemista notable y político opositor de Bismarck. Con Virchow la patología ya no se ubicaba sólo en los órganos, sino en los tejidos y en las células.

Julio Verne recomendaba lavar, lavar y lavar hasta que desaparezcán las miasmas.

El siglo XIX fue llamado, hasta hace poco, el “siglo de oro de la medicina” pues hubo aportes significativos y mejoraron los sistemas de salud y de atención médica. Además, se pusieron los fundamentos de la medicina moderna.

Pocos líderes políticos han sido utopistas, como los ingleses Lloyd George, primer ministro de 1916 a 1922, y Lord Dawson of Penn, quienes iniciaron un sistema integrado de salud y seguridad social que aún puede ser presentado como un modelo sistémico, ordenado y coherente.

Sería otro utopista de Inglaterra, Lord Beveridge, quien logró que los políticos apoyaran su plan en 1942, en plena II Guerra Mundial, que costó más de 50 millones de muertos, cuando propuso que el sistema de salud luchara por la vida, idea novedosa y mucho más ambiciosa que las expuestas anteriormente por otros soñadores.

El esquema de seguridad social de Beveridge era novedoso, pues ofrecía los servicios a toda la población en caso de enfermedad, maternidad, vejez, muerte, desempleo, discapacidad, jubilación, pensiones, viudez y prestaciones sociales; estas últimas, indispensables para la rehabilitación.

La utopía de Beveridge iba aún más lejos, pues la seguridad social debía preocuparse por las “necesidades sociales”, concepto novedoso. Las entendía como aquellas relacionadas con la vivienda, la educación, la cultura y las alternativas del ocio.

El *National Health Service* de Gran Bretaña funcionó como lo soñó Beveridge, siempre con los servicios de salud, atención médica y de seguridad social integrados y fue el modelo de la seguridad social de América Latina y en particular de México. En nuestro país se lograron importantes avances entre 1952 y 1964. La

* ACADÉMICO TITULAR - ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO

utopía del I.M.S.S. se mantuvo, con dificultades, durante doce años más. El sistema recomendado por Beveridge hizo clara la distinción entre lo que es un sistema de salud, que se orienta al bienestar biológico, psicológico y social; de un sistema de atención médica, cuyas funciones están relacionadas con la enfermedad.

La seguridad social mexicana, persiguiendo la utopía de Beveridge, trabajó en la educación a las amas de casa; mejorar la cultura; la construcción de teatros; inició la construcción de unidades habitacionales; abrió centros deportivos y de recreación. México perseguía una utopía y la lograba en buena medida.

El hecho de que la seguridad social se encargara de algunas responsabilidades sociales, hasta entonces consideradas obligación del gobierno federal, suscitó tensiones que desembocaron en acciones para frenarla.

La Organización Mundial de la Salud, en su Asamblea General de 1978, lanzó el lema de "Salud para Todos en el año 2000", que puede considerarse como una utopía, un ideal o un sueño. Sin embargo, fuera de la declaración y de múltiples documentos para recordarla, no hubo acciones concretas orientadas a ese logro.

Los soñadores no comprendieron las tendencias de una época dirigida al post modernismo, que pone énfasis en el individualismo, la imagen del triunfador, el éxito económico sin importar el precio, el renacimiento de las teorías de mercado, etc., con la consecuente batalla a todo lo que signifique solidaridad social.

En los sistemas de salud o de atención médica es indispensable analizar cómo actuar ante las complejas y cambiantes condiciones políticas y sociales. Es también importante aceptar que los que actuamos en el campo de la salud y de la atención médica, carecemos de poder real, de la información precisa y de los medios para comunicar a la población los principios y derechos a defender para así mantener lo que se ganó en muchos años de trabajo.

Los problemas que afectan a la población son difícilmente identificados por los profesionales y mucho menos por la propia sociedad.

Los funcionarios de los sistemas de salud o de la atención médica se ubican en una posición de autonomía relativa. Es excepcional encontrar a un médico ubicado en los sistemas dominantes o en los determinantes de las decisiones políticas, económicas y sociales. Su fortaleza radica en el respeto que obtengan en función de sus acciones.

Los funcionarios que acceden a los puestos altos deberían tener los conocimientos, experiencias y habilidades de un *generalista*, hábil para coordinar a una variedad de especialistas. Ser capaces de diferenciar los fines de una institución pública y los de una privada, ya que hasta la fecha, en México ha predominado la idea de que los servicios públicos o sociales deben copiar a los del sector privado.

La utopía de la atención médica privada es que la demanda sea cada día mayor, pues cada servicio produce un ingreso.

La utopía de la atención médica pública o social debería ser la de atender las necesidades sociales, que se pueden manifestar como demandas; estas últimas, si son congruentes con las necesidades sociales, deben ser estimuladas.

Por el contrario, las demandas llamadas "frívolas", que no producirán una mejor salud de las personas, pero si altos costos, deben disuadirse en base a una mejor educación de la población y una organización óptima de los servicios.

Dada la importancia del sector gubernamental para lograr una buena salud de la población, el funcionario está obligado a desarrollar habilidades para negociar o persuadir a personas o grupos de poder, con el propósito de mejorar la salud. De particular interés son las autoridades municipales, pues de ellas dependen muchos factores relacionados con la salud.

La atención médica se relaciona con la enfermedad y el sistema, ya sea público, social o privado y debe prevenir las enfermedades que son susceptibles. No son muchas, pero tienen un profundo impacto social. Hasta hace poco tiempo, era frecuente escuchar a los directivos o a los políticos decir que si mejorara la medicina preventiva no habría necesidad de curar. La idea viene de principios del siglo XX, cuando pocas enfermedades eran curables.

El desarrollo de la medicina actual, con un caro, pero efectivo arsenal diagnóstico y terapéutico, obliga a valorarla de manera diferente. Ahora se sabe que una persona que llega a los 60 años de edad ha padecido unas cincuenta enfermedades agudas, muchas de ellas curadas por la medicina y otras por la naturaleza.

Al aumentar la longevidad aumentan las enfermedades crónicas y degenerativas; la función de la medicina es controlarlas con una aceptable calidad de vida.

Es esencial paliar y consolar al paciente y a sus familiares, siempre cumpliendo con la ética, que debe presidir todas las acciones médicas. No me refiero a la Bioética, que pretende guiar los actos morales referentes a la vida. Por esta razón, las instituciones religiosas o jurídicas la han tomado como su campo de acción y tratan de regular la medicina de acuerdo a los criterios de sus disciplinas sin considerar importante aplicarla a su propia disciplina.

Es indispensable revisar los programas que han tenido éxito y los que han fracasado en otras épocas y en base a los conocimientos actuales, diseñar un sistema que sea útil a la población. Hay muchos temas a discutir. Sin duda, el primer gran problema del país, está dado por la multiplicidad de instituciones que repiten actos médicos sin beneficio para nadie; pero hay muchos otros a discutir.

Los sueños o utopías relacionados con la salud o con la medicina han tenido enfoques muy variados y reflejan el sueño de que algún día será posible un mundo mejor apoyado en valores tradicionales, y en los que se puedan distinguir los medios de los fines. Es evidente que el conocimiento, la tecnología y el dinero son medios y no fines.

Las utopías se pueden alcanzar, pero es indispensable expresarlas con claridad. En nuestro país hemos constatado algunas en el campo de la salud y de la medicina, logradas cuando coinciden las ideas y los esfuerzos.

La utopía exige trabajo constante, organizado y dirigido a objetivos concretos. El tiempo es habitualmente largo y el esfuerzo tenaz; pero México cuenta con gente de alta calidad para intentarla.

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

PROF. DR. MIGUEL FALASCO*

El ejercicio actual de la medicina reclama con insistencia mantener, desarrollar e incrementar los conocimientos que acreditaron en su momento el título universitario habilitante otorgado con el aval de la Autoridad Nacional para practicar con solvencia la profesión de médico. La educación médica nace con el primer día universitario y concluye con la misma vida. Se desarrolla en tres etapas: el pregrado que concluye con el Título profesional, éste se enlaza con la formación en una especialidad determinada e imperceptiblemente prosigue con la denominada educación médica continua. La Educación médica continua es la respuesta al desafío que significa el crecimiento acelerado de los conocimientos científicos y tecnológicos que diariamente se producen. Su importancia se sustenta sobre la base más adecuada, formal y sistema tiza da de respuesta a los cambios señalados.

En su intimidad el médico ha llevado siempre sobre sí la enorme responsabilidad de estar permanentemente actualizado como la mejor manera de ofrecer asistencia de calidad a sus pacientes.

En el presente esta íntima necesidad nacida del espíritu comunitario que impregnó la naturaleza del que ejercía la profesión de curar ha sido ampliamente desbordada por las exigencias que imponen los cambios en el área del saber y de la salud en particular y asimismo por las demandas que la sociedad requiere cada día con más énfasis sobre su apropiado desempeño profesional.

Por un lado el crecimiento inagotable de conocimientos científicos que a cada instante se formulan y por el otro el avance incesante de nuevos recursos tecnológicos de utilidad tanto en la esfera diagnóstica como terapéutica de las enfermedades han facilitado en enorme medida la labor profesional pero como ironía paradójica han hecho cada vez más difícil su ejercicio y por ende más riesgoso. La actividad educacional del graduado está dirigida fundamentalmente hacia la formación del mismo con su permanente actualización la que tiene como objetivo prioritario la preparación de un profesional idóneo por su calidad y excelencia a las necesidades del

presente y del futuro de la salud de la comunidad donde ejerce pero no sólo desde el punto de vista científico sino también ético y moral.

Este avance incesante del conocimiento médico con la presencia inesperada de patologías desconocidas como el SIDA o de enfermedades reemergentes que se suponían en vía de extinción en los países desarrollados como la TBC o el cólera entre nosotros, el impulso explosivo de la inmunología, la genética, la biología molecular, la ingeniería recombinante, la aparición de nuevos antibióticos, la verificación diaria de más resistencias bacterianas o de nuevos enfoques terapéuticos que se superponen o se contraponen a lo hasta ese momento vigente, como asimismo las terapéuticas no invasivas o escasamente invasivas o la maravilla del transplante de órganos o las manipulaciones genéticas, que por otra parte ya provocaron nuevos planteos en el campo de la ética médica, como además la incorporación de técnicas de estudio cada día que pasa más sofisticadas y complejas ha generado la necesidad del médico de adecuarse para mantener actualizada la información renovadora sin apartarse totalmente de lo aprendido con anterioridad.

El mejor enfoque para la solución del diagnóstico y la terapéutica de un caso en particular lo encontramos con el auxilio de una «Medicina basada en evidencias» a través de un examen clínico inteligente que no desprecie lo inmutable de la semiología clásica más los exámenes complementarios adecuados -nuevos o viejos- y con la información bibliográfica actualizada y sabiamente seleccionada.

Asimismo diferentes cambios sociales, políticos, culturales, educacionales y económicos obligan igualmente a la adaptación. Esta inquietud de responder a la necesidad que el cambio produjo llevó a la UNESCO, estrechando la colaboración de las naciones, a tratar por vez primera en el año 1965 el espinoso tema de la Educación Médica Continua. De consenso expresó lo siguiente: «La educación médica continua es un proceso alimentado por la devoción de aprender, es una actividad que debe intentarse funcione bien sistematizada. En ella de-

* VICEPRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA.

ben comprometerse el individuo y las instituciones educativas y de salud, pues sin la comunión de sus intereses no será posible realizarla. Es activa y permanente, debe tomar en cuenta la práctica diaria, la capacidad, las habilidades, el tipo de aprendizaje y la ética de quien la ejerce, todo con el fin de mantener en el médico su capacidad para resolver los problemas de salud que le presente el ser humano».

Es entonces donde se reconoce implícitamente el compromiso ineludible de la capacitación continua del graduado y con ello que al lado de su fervor por aprender deberán estar comprometidas instituciones médicas y educacionales responsablemente ligadas con los objetivos de la formación continua de recursos humanos en el área de la salud.

Sin armonía en este objetivo educativo entre los profesionales de la salud que tracen los contenidos en relación con las enfermedades prevalentes o su importancia o las demandas de la sociedad y las enseñanzas metodológicas de las ciencias de la Educación los resultados serán más difíciles de conseguir. En este compromiso además está decir están las Asociaciones profesionales de la medicina, gremiales, deontológicas, de colegios médicos, hospitales públicos o de prestación privada de salud, instituciones farmacéuticas, asociaciones científicas de la educación del postgrado y por supuesto las Facultades de Medicina reconocidas por el Estado.

En el año 1973, ahora un Comité de Expertos de la O. M. S. volvió sobre el tema de la Enseñanza Médica Continua manifestando que la misma «es una necesidad individual, institucional y social que tiene como propósito fundamental la superación de la obsolescencia de los conocimientos del profesional en ejercicio; lleva implícita la continuidad en la adquisición de conocimientos a través de una práctica organizada y sistemática y tiene fundamentos, métodos, técnicas y procedimientos específicos. Se incorporan así los nuevos conocimientos y habilidades derivados de los avances científicos y tecnológicos y se lucha contra el olvido».

Es moneda corriente que esta necesidad de formación permanente haya sido producto de inquietudes en su mayor parte del propio interesado y eso innegablemente es bueno pero mucho más importante y razonable es saber coordinar las actividades educativas, el manejo de técnicas y métodos más modernos como la enseñanza a distancia, las Bi-

bliotecas médicas digitales con el CD Rom, el video, la consulta por Internet, el teléfono, Fax, e-mail, etc.

La enseñanza puede llegar tan lejos que hoy no es obligado el contacto físico directo entre educador-educando. Como complemento para aquellos profesionales con dificultades por distancia de los centros de enseñanza o compromisos laborales la planificación de programas de autoenseñanza y autoevaluación es una medida indiscutidamente beneficiosa.

¿Qué es la educación médica continua?

La educación médica continua consiste en las actividades de educación que conllevan al desarrollo, mantenimiento e incremento en el conocimiento, experiencia y desarrollo profesional que redundará en beneficio para el paciente, la comunidad y la profesión médica.

La Asociación Médica Argentina considera que un médico debe utilizar 5 de los 7 elementos para mantener una adecuada capacitación:

- La lectura médica continua de la menos 2 horas semanales de bibliografía médica relacionada con la especialidad.
- El diálogo intermédico dedicado al cuidado del paciente.
- Participación en ateneos de casos clínicos.
- Uso y práctica de cuestionarios de autoevaluación.
- Asistir a congresos y realizar cursos de su especialidad.
- El desarrollo de tareas de investigación clínica, presentación y/o publicación en foros científicos.
- Actividad docente.
- La velocidad del desarrollo científico y tecnológico estimula nuevos mecanismos de formación y actualización que los médicos utilizamos. Hace algunos años buscábamos revistas en las bibliotecas o las recibíamos en nuestros domicilios con unos meses de atraso; hoy podemos leer esas revistas el mismo día de su publicación por Internet.

REPRODUCCIÓN PARCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA DEL EDITORIAL PUBLICADO EN LA REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA 111:4:1998.

NORMAS OPERATIVAS DE LA VIDEOTECA DE PRONADAMEG

Presentación

El Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General (PRONADAMEG) cuenta con una "VIDEOTECA" del curso presencial desarrollado en las sedes 1 y 2 (Lunes y Martes) en el Auditorio de la Academia Nacional de Medicina de México, con la Coordinación y participación de distinguidos académicos e invitados especialistas en cada área.

Objetivo

El servicio de Videoteca de PRONADAMEG tiene como único objetivo auxiliar a las sedes que así lo requieran en el desarrollo del curso presencial, en la modalidad de "Videoconferencia", cuando no cuente con el especialista de un tema y/o área determinado. Durante la proyección del video, el Coordinador o el profesor que éste designe, deberá estar presente para dirigir la sesión de preguntas y respuestas con los médicos inscritos.

Operatividad

Se regirá por las siguientes condiciones:

1. Las sedes de PRONADAMEG por medio de su Coordinador, solicitarán al Contralor de Zona que les co-

rrsponda, él o los videos que requieran en calidad de préstamo, los cuales recibirán por mensajería especializada y devolverán de la misma forma en un plazo no mayor a 30 días.

2. Los videos son para uso exclusivo del Programa en modalidad de "Videoconferencia".
3. El Coordinador solicitante será el único depositario del video solicitado y responsable de su guarda y custodia.
4. El Coordinador responsable no podrá bajo ningún concepto, prestar el video a ninguna persona o Institución que se lo solicite.
5. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial del contenido de los videos, así como su transmisión en cualquier lugar ajeno a la sede del Programa.
6. Cada video se envía en formato original (VHS), con etiqueta de identificación que indica: área, fecha(s), nombre del Coordinador de Área y sede a que corresponde, en perfecto estado, tanto de contenido, como del propio video, por lo que deberá devolverse de la misma forma.
7. Los videos son a préstamo y sin costo alguno para las sedes, ya que son grabados sin fines de lucro.
8. En caso de extravío o descompostura del video, se aplicará una sanción económica al Coordinador responsable, uso indebido o maltrato de los mismos.

UNDÉCIMA REUNIÓN NACIONAL DE COORDINADORES DE SEDE

Durante la primera semana de octubre próximo, tendrá lugar la XI Reunión Nacional de Coordinadores de Sede en las instalaciones de la Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

En ella se tratarán, entre otros temas, las propuestas de modificación al núcleo curricular que estiman pertinentes.

EVENTOS ESPECIALES

Proyección internacional de PRONADAMEG



El 29 de mayo próximo pasado, el Dr. Elías Hurtado Hoyo, Presidente de la Asociación Médica Argentina y el Dr. Juan Urrusti Sanz, Director Adjunto de PRONADAMEG, pusieron en marcha, en la ciudad de Buenos Aires, PRONADAMEG-AMA, fruto del convenio de colaboración firmado por la Academia

Nacional de Medicina de México, A.C. y la Asociación Médica Argentina en el año 2003. La Asociación Médica Argentina, corporación fundada en 1891, cuenta con más de 8,000 médicos afiliados, tanto especialistas como médicos generales.

* PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA



El Profesor, Doctor Elías Hurtado Hoyo inició su intervención en el evento diciendo **“Con el PRONADAMEG-AMA queremos volver a jerarquizar la atención médica primaria”**. A partir de ahora, los médicos que, en Argentina, se dedican a la atención primaria de la salud cuentan con las herramientas necesarias para su actualización permanente y desarrollo profesional poniéndose a la altura de las necesidades que impone el desarrollo vertiginoso de las ciencias médicas.

A través del Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Educativo para Médicos Generalistas (PRONADAMEG-AMA) los profesionales podrán acceder a los más altos contenidos médico-científicos en formato CD Rom y en Internet, dando así respuesta a las posibilidades tecnológicas de las distintas regiones del país.

Este programa, que conjuga tecnología de avanzada y las últimas técnicas pedagógicas de la educación a distancia, está diseñado para poner, al mismo tiempo, los conocimientos al alcance de la mano de todos los profesionales que realizan atención primaria de la salud, indepen-

dientemente de su residencia geográfica (rural o urbana); adecuándose, además, a la disponibilidad horaria de los profesionales.

La AMA presentó en sociedad el PRONADAMEG, en el marco de un acto que tuvo lugar en la sede de la Asociación Médica Argentina, el pasado lunes 29 de mayo. La ceremonia fue presidida por el Presidente de la AMA Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo y contó, en el estrado, con la participación del representante de la Academia Nacional de Medicina de México, Dr. Juan Urrusti Sanz, el Presidente de la Academia



Nacional de Medicina de Paraguay, Dr. Héctor Ratti Jaegli; el Presidente del Consejo de Recertificación, Dr. Miguel Games, el Vicepresidente de la AMA, Dr.

Miguel Falasco y el Embajador Federico Bartfeld.

El PRONADAMEG-AMA explicó el Prof. Dr. Hurtado Hoyo apunta a volver a jerarquizar la atención médica primaria.

Por su parte, el Dr. Urrusti Sanz expresó que llegará el momento en el que las especialidades y la medicina general se enfocarán de manera complementaria.

Cabe señalar que México es el primer País que lleva adelante, con éxito, un programa de Actualización y Desarrollo Educativo para Médicos Generalistas.

Hace más de una década, la Academia Nacional de Medicina de México inauguró este programa en la modalidad presencial. En la actualidad, lo lleva adelante, también, en el formato electrónico y por internet, valiéndose de las nuevas tecnologías para permitir su llegada a todos los puntos de su extensa y variada geografía.

El PRONADAMEG, se lanza en Argentina, tras la firma, en 2003, de un convenio de colaboración con la ANMM.

De esta forma, Argentina pone en marcha un modelo similar al mexicano, pero con contenidos adaptados a sus necesidades sanitarias y dictado por referentes médicos y científicos del país y la región.



Asimismo, el Dr. Jorge Renna explicó los alcances logrados en la integración con Latinoamérica a través del Programa Latinoamericano de Educación Médica (PLEMED), al que se integran los PRONADAMEG de México y Argentina, y que cuenta con el aval de más de 150 entidades universitarias, academias y sociedades científicas de la región.

Finalmente, el Dr. Ricardo Herrero detalló que el PRONADAMEG-AMA ofrece una aula virtual, con más de 200 horas de clases magistrales reproducidas en formato electrónico que potencian y complementan guías de estudio multimedia y el desarrollo interactivo de casos clínicos.

Tras los discursos del Presidente de la AMA, Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo; del Presidente de la Comisión de Informática de la AMA, Dr. Jorge Renna y del Vicepresidente de la Comisión de Informática de la AMA, Dr. Ricardo Herrero, los directivos de la Asociación Médica anfitriona entregaron los certificados a los profesionales que participaron en la elaboración de los contenidos en cada una de las áreas temáticas abordadas en el PRONADAMEG –AMA.

Participan como Directores de cada módulo temático los doctores:

Cardiología: Bertolasi, Carlos
Endocrinología: Levalle, Oscar
Endocrinología: Montero, Julio, Ruiz, Maximino
Gastroenterología: Pérez, Víctor
Ginecología y Obstetricia: Nassif, Juan Carlos
Infectología: Gorodner Jorge, López, Horacio
Inmunología: Alonso, Angel
Nefrología: Vilches, Antonio
Neumonología: Pilheu, Jorge
Neurología: Sica, Roberto
Oftalmología: Piantoni, Gustavo
Oncología: Cóppola, Federico
Ortopedia: Schachter, Salomón
Otorrinolaringología: Gorrini, Vicente
Patología Quirúrgica: Gutiérrez Maxwell, Vicente
Pediatría: Grossman, Arnoldo, Ruvinsky, Raúl
Psiquiatría: Montenegro, Roger
Reumatología: Scali, Juan José
Salud Pública: Mazzafero, Vicente

CEREMONIA DE ENTREGA DE CONSTANCIAS EN LA UAY

El martes 9 de marzo en la Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán se realizó la ceremonia de entrega de constancias a los Médicos Generales que concluyeron el Curso de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General. Durante el acto hicieron uso de la palabra el doctor José Antonio Cetina Manzanilla, Coordinador de la Región Sureste de PRONADAMEG y el doctor Juan Urrusti Sanz, Director Adjunto del Programa.

Acto seguido, el Dr. Ricardo Herrero, Vicepresidente de la Comisión de Informática Médica de la Asociación Médica Argentina, presentó PRONADAMEG en línea, versión electrónica del Programa que en breve estará disponible, tanto por Internet para quienes dispongan de banda ancha, como por CD Rom.

Pronadameg en línea, comprende la totalidad de las conferencias que conforman el Curso Presencial impartido en la Academia Nacional de Medicina, Sede de PRONADAMEG en la Ciudad de México, filmadas y editadas, así como Casos Clínicos y Guías de Estudio, monografías de los temas tratados.

PRONADAMEG en línea, es útil para el médico general que por problemas de carácter laboral, de distancia o de cualquier otra índole, no puede asistir al curso presencial. También lo es para quienes asistiendo al curso presencial desean precisar algún concepto o reforzar conocimientos adquiridos mediante los casos clínicos y las guías de estudio.

SIMPOSIO INTERNACIONAL: APLICACIONES CLÍNICAS DE LA MEDICINA GENÓMICA EN CÁNCER

En el marco del Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General – PRONADAMEG– se llevó a cabo el Simposio Internacional: Aplicaciones Clínicas de la Medicina Genómica en Cáncer organizado por el Instituto Nacional de Medicina Genómica y la Sociedad Mexicana de Medicina Genómica el martes 24 de mayo del 2005 a las 17:00 horas en el Auditorio de la Academia Nacional de Medicina.

El Simposio se realizó al término del curso presencial de PRONADAMEG bajo la coordinación del Dr. Gerardo Jiménez Sánchez, Director General y Presidente del Instituto y de la Sociedad, respectivamente.

El Programa estuvo integrado por las siguientes ponencias:

Introducción

Dr. Alejandro Mohar Betancourt
Director General del Instituto Nacional de Cancerología, México

Identificación de genes asociados a enfermedades humanas

Dr. David Duggan
SNP Genotyping Center
Genetic Basis Human Disease, Division
Translational Genomics Research Institute, Phoenix, AZ, EUA

Genómica funcional de la oncogénesis en el adenocarcinoma pulmonar

Dr. Alejandro Sweet Cordero
Massachusetts Institute of Technology Dana Farber Cancer Institute, Boston, MA, EUA

Aplicaciones genómicas en el carcinoma cervicouterino

Dr. Mauricio Salcedo Vargas
Jefe del Laboratorio de Oncología Genómica, Centro Médico Nacional Siglo XXI–IMSS, México

Genómica del cáncer de próstata

Dr. John Carpten
Prostate Cancer Research Unit Genetic Basis of Human Disease Division
Translational Genomics Research Institute, Phoenix, AZ, EUA

El Simposio tuvo gran afluencia ya que asistieron los dos grupos de médicos inscritos del curso presencial de las sedes 1 y 2 de Ciudad de México de PRONADAMEG, así como invitados y asistentes del propio Instituto Nacional de Medicina Genómica, también se contó con traducción simultánea e información impresa de mucho interés, concluyéndose con gran éxito.

SEMBLANZAS Y APORTACIONES DE NUESTROS MÉDICOS

DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO 1885–1946 (SEGUNDA PARTE)

DRA. MARÍA ELENA ANZURES*

Investigación

Su espíritu inquieto y su preparación científica propició que aplicara el método científico más depurado para resolver los problemas que se planteaba, de ahí su dedicación dominical a la práctica de disecciones en cadáveres dirigidas a resolver los problemas anatómicos que una vez aclarados aplicaría a la cirugía en sus pacientes.

Estaba al tanto de las publicaciones científicas, tanto europeas como norteamericanas, y procuraba aplicarlas a su práctica cotidiana, mejorando las técnicas, como por ejemplo la raquianalgesia generalizada la cual mediante sus observaciones cuidadosas logró hacerla eficaz y segura para operar cabeza, cara y cuello, sin los inconvenientes que en esa época representaba la anestesia general. Su método superó al preconizado por Labat en 1930 y sus indicaciones

precisas permitieron que sus alumnos pudieran aplicarlo sin dificultades a sus propios procedimientos.

En unión del Dr. Abraham Ayala González preconizó con éxito el uso de la gastrectomía subtotal para el tratamiento quirúrgico, no sólo de la úlcera gástrica sino también de la duodenal, sin embargo la oposición de los médicos y cirujanos de la época impidió durante algunos años la aplicación de este tratamiento a los pacientes; posteriormente se les dio la razón, ya que estaba basado en conocimientos fisiopatológicos acertados. Desarrolló dos técnicas para la resección del ganglio de Gasser.

En 1932 ideó una técnica para realizar la frenicectomía percutánea sin dejar cicatriz. Esta operación se practicaba a pacientes con tuberculosis pulmonar, con el fin de paralizar unilateralmente el diafragma, como parte del tratamiento por colapsoterapia de las

* ACADÉMICO TITULAR. ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.

cavernas pulmonares, pero dejaba una cicatriz visible en la cara ántero lateral del cuello delatando la existencia de tuberculosis pulmonar lo que en esa época era un estigma, por eso ideó esa técnica para no dejar cicatriz.

Después de numerosos estudios anatómicos en cadáver desarrolló la técnica de la desarticulación inter-ilio-sacro-púbica para el tratamiento de los osteosarcomas del fémur que afectaban al ilíaco. Se valía de incisiones transversales para practicar la mastectomía radical.

A él se debe la toracoplastía por vía axilar, así como la modificación de la técnica de Fiolle y Delmas para descubrir los vasos del cuello; Ideó técnicas para descubrir las arterias femoral y poplítea por la cara posterior del muslo, así como para lograr la anestesia del plexo braquial por vía supraclavicular.

Otras de sus aportaciones fueron la de resecaer el maxilar superior sin seccionar la mejilla, la de acceder al simpático lumbar, así como realizar esofagoplastía total, suprarrenalectomía y lipectomía abdominal.

Manejaba meticulosamente los órganos, a los que trataba con gran delicadeza y al contar con un tipo de anestesia sin toxicidad, como es la raquia, se permitía el lujo de hacer las operaciones cuidadosamente y no a gran velocidad, como era la costumbre de la época, aunque cuando era necesario podía hacer intervenciones en buen tiempo.

Implantó el uso del color verde claro, que es sedante, para las paredes de los quirófanos, la ropa de los cirujanos y los campos quirúrgicos, a fin de disminuir la aprensión del paciente hacia el deslumbrante color blanco de las paredes y la ropa quirúrgica.

Usaba segundos campos, para aislar la piel de los órganos internos durante las operaciones y llevaba al extremo la asepsia, con lavado frecuente de sus guantes o cambio de los mismos, de la ropa quirúrgica y del instrumental cuando había tiempos sépticos. Demandaba una iluminación perfecta para poder identificar sin ninguna duda los elementos anatómicos antes de seccionarlos, no permitía que el campo se inundara de sangre.

Al ejecutar las grandes cirugías abdominales estableció la necesidad del tercero y aún del cuarto ayudante para facilitar la labor del cirujano jefe.

Siempre sencillo y entregado por entero a su trabajo, no aceptó cargos públicos para los que recibió numerosas invitaciones.

Asistencia

Su técnica quirúrgica depurada, aunada al manejo cuidadoso de los tejidos y al estudio clínico minucioso de los pacientes le aportó numerosos éxitos en las miles de intervenciones quirúrgicas que ejecutó, y debemos recordar que vivió la época anterior a los antibióticos.

El antiguo pabellón 15 del Hospital General fue el sitio donde atendió a miles de pacientes; en una recopilación de cuatro años y medio, de 1934 a 1939, relata haber practicado 505 operaciones altas realizadas mediante la raquianalgnesia generalizada, incluídas desde tiroidectomías y mastectomías, hasta extirpaciones de tumores de la parótida, intervenciones sobre el maxilar superior, esofagoplastías, vaciamientos petromastoideos, simpatectomías cervicales y enucleación de ojo.

Su dedicación al trabajo era tal que cuando en 1920 contrajo la influenza española estuvo solamente 10 días fuera del hospital y cuando padeció su última enfermedad, por la que solicitó una licencia de 3 meses, regresó a trabajar un mes antes de que se cumpliera el plazo.

Sociedades médicas a las que perteneció

Fue miembro de la Academia Nacional de Medicina desde 1927, miembro fundador de la Academia Mexicana de Cirugía, miembro "Honoris Causa" del Colegio de Médicos y cirujanos de Costa Rica, así como de la Sociedad Médica del Hospital General, de la Sociedad de Anestesiastas del Hospital Juárez, miembro Honorario del Colegio Internacional de Cirujanos, del Colegio Americano de Cirujanos, del Colegio Indolatino de Cirujanos y del Colegio Internacional de Anestesiastas.

Un Hospital General del ISSSTE lleva su nombre

En 1965, cuando era Director General del ISSSTE el Lic. Rómulo Sánchez Mireles, se puso su nombre a uno de los grandes hospitales de esta institución.

Darío Fernández era una persona retraída, poco dada a las actividades sociales, ajena a la vida política y hasta el último momento de su vida fue un cirujano de excepcional valía.

Falleció el 12 de agosto de 1946 a consecuencia de complicaciones renales ocasionados por la diabetes *mellitas*, pasando a ser leyenda, en los corredores, en los quirófanos y en los pabellones del Hospital General donde trabajó durante toda su vida. Muchos años después se le evocaba sólo con su nombre, "**don Darío**", ya que no necesitaba de su apellido, ni de su título de doctor, porque todo el mundo sabía de quien se trataba.

Su legado intangible es trascendente, formó numerosos alumnos a los que inculcó su amor al trabajo, su respeto al enfermo, su dedicación íntegra al desarrollo de técnicas mejores, alumnos que a su vez tuvieron sus propios alumnos y así sucesivamente en una cadena ininterrumpida a la que se van incorporando los conocimientos de cada época, superándose día a día el desempeño de los cirujanos. Cumplió cabalmente su misión, fue el mejor cirujano de la primera mitad del siglo XX.

PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES

Sección a cargo del Dr. Pablo Kuri Morales, Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud

TABAQUISMO: ENFERMEDAD QUE REQUIERE UN NUEVO ENFOQUE MÉDICO ASISTENCIAL

DR. JESÚS FELIPE GONZÁLEZ ROLDÁN*

El tabaquismo es un problema mundial de salud pública. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo es la segunda causa de muerte en el mundo, con casi 5 millones de muertes anuales.

En México existen hoy en día por lo menos 16 millones de personas que son fumadoras y por ende están expuestas de manera directa a los daños físicos que el tabaco ocasiona. Adicionalmente más de 40 millones de personas no fumadoras, estamos expuestas cotidianamente a los daños que el humo de tabaco ocasiona. Se estima que una de cada ocho defunciones que ocurren durante el año guarda relación directa o indirecta con esta adicción. Es decir que 165 personas (60 000 anuales) fallecen diariamente por esta causa, de conformidad con la mortalidad anual ocurrida en 2004.

Hoy en día existe en el ámbito internacional y nacional, la suficiente evidencia científica generada en los últimos 40 años que demuestra que el tabaquismo induce una dependencia, que el tabaco es uno de los productos más nocivos para la salud y que la nicotina es una sustancia que produce adicción, por lo que se ha convertido para todos los sistemas de salud del mundo en una prioridad al ser una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte.

En este contexto, se debe señalar como un logro sin precedentes el establecimiento por la OMS del Convenio Marco para el Control del Tabaco, primer tratado mundial en política sanitaria, que permite a los países adheridos a éste, conjuntar políticas, estrategias, esfuerzos y recursos para dar una lucha frontal en contra del tabaco en todo el mundo. México, en mayo del 2004, fue el primer país en América Latina en refrendarlo, al reconocer la magnitud del problema ocasionado por el consumo de tabaco, tanto en adultos mexicanos como en menores de edad. El Convenio Marco entró en vigor el 27 de febrero de 2005, luego de ser ratificado por más de 40 países y hoy en día ha sido signado por más de 130 países. Dicho Convenio Marco tiene como objetivo principal el reducir de manera continua la prevalencia del consumo del tabaco y tiene como principios básicos los siguientes:

- Detener crecimiento del consumo de tabaco.

- Informar sobre la naturaleza adictiva y letal del producto.
- Establecer cooperación técnica y científica para aplicar programas eficaces.
- Brindar asistencia financiera para la transición económica de agricultores y productores.
- Establecer responsabilidad de la Industria Tabacalera por el daño que causan a la salud y al ambiente
- Promover la participación de la sociedad civil.
- Sus disposiciones son las normas MÍNIMAS para los países suscriptores.

Uno de los aspectos importantes a considerar en el problema del tabaquismo, lo es el relativo a los costos que éste ocasiona, donde el gasto vinculado con la enfermedad (gastos en atención médica, atención al enfermo crónico, rehabilitación) y la muerte prematura (pérdida de años de vida productivos, ruptura familiar), afectan de manera importante el entorno social y económico de los países.

Las tendencias epidemiológicas que tiene en México este problema de Salud Pública, nos señalan, de conformidad con la última Encuesta Nacional de Adicciones, aplicada en 2002, que la prevalencia de fumadores se mantiene estable (26.4 %), que cada vez son más las mujeres que fuman (casi 5 millones), que cada vez se empieza a fumar a más temprana edad y que cada vez son más los adolescentes que consumen este producto.

Adicionalmente, existen cifras estimadas de un costo anual de 29 mil millones de pesos que el Sistema de Salud Mexicano tiene que absorber por padecimientos relacionados con este producto. Tan sólo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Reynales y colaboradores, estimaron durante 2004 un costo atribuible de 7 100 millones de pesos por los siguientes padecimientos: Infarto Agudo del Miocardio, Enfermedad Cerebrovascular, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Cáncer de Pulmón. Este costo que dicha institución debe de afrontar equivale a 4.3% de su gasto de operación, lo que nos señala la trascendencia y magnitud que tiene el evitar que la gente fume.

De ahí, que si bien es necesario establecer políticas fiscales, regulatorias y de control respecto a

* DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. FRANCISCO DE P. MIRANDA NO. 177 4º PISO, COL. LOMAS DE PLATEROS 01480 MÉXICO, D.F.

la venta, comercialización, accesibilidad y mercadotecnia del producto. Sin embargo, es de llamar la atención, que aunque el personal de salud cuente con suficiente información respecto al daño que el tabaco ocasiona en la salud, su comportamiento adictivo es similar al del resto de la población (28% de prevalencia en Médicos de los Institutos Nacionales de Salud). Por ello, se hace necesario retomar aspectos preventivos sobre las adicciones durante su proceso formativo e involucrarlo en las actividades cotidianas de prevención, control, tratamiento y rehabilitación del adicto fumador.

Es indudable el liderazgo social que tiene el personal de salud y la relevancia que éste adopta a través de cualquiera de sus recomendaciones, sin embargo, el enfoque tradicional que se le ha dado desde el punto de vista clínico es el de considerar al tabaquismo como un mal hábito, un factor asociado a ciertos padecimientos graves (infartos, cáncer, enfisema, entre otros) y no ha sido visto como una entidad nosocomial, con signos y síntomas específicos que requiere asesoría y tratamiento oportuno por parte del médico. De ahí, que gran parte de los pacientes fumadores que acuden a cualquier consultorio médico, público o privado, se lleven en el mejor de los casos, únicamente una recomendación para que dejen de fumar y rara vez se les canaliza o se le prescribe tratamiento para ayudarlos a abandonar su adicción.

Si bien actualmente el Sistema de Salud cuenta con más de 450 Clínicas Antitabáquicas, la realidad es que la capacidad asistencial anual potencial, sólo llega a representar 0.5% del número de fumadores que existen en el país.

Este simple dato debe orientar a que es necesario involucrar al personal médico y paramédico en el tratamiento oportuno de este padecimiento y aprovechar la totalidad de la infraestructura asistencial, donde en toda clínica o centro de salud de nuestras instituciones se adiestre, capacite y actualice para brindar consejería médica y tratamiento a toda persona que fume.

Es importante que exista en este tema un proceso de actualización médica que conlleve al personal de salud en considerar a toda persona que fume, como un adicto que enfrenta un padecimiento crónico en donde de manera normal tendrá ciclos de recaída y remisión que requerirá de intervenciones múltiples, por lo que es necesario interiorizarse en las diversas alternativas terapéuticas que existen en el mercado para tratar esta adicción y sobre todo a reforzar la idea de un trabajo interdisciplinario, para lograr que el mayor número de personas fumadoras puedan dejar de hacerlo.

De igual forma es importante conocer los mecanismos fisiológicos y del comportamiento de la de-

pendencia tabáquica, los cuales son similares a los de las drogas ilegales como la cocaína o la heroína, para afrontar las recaídas comunes en el tratamiento de este tipo de padecimientos.

Es importante que de igual modo, la industria farmacéutica se involucre en el desarrollo de nuevos tipos de tratamiento para este padecimiento. Si bien actualmente se encuentran en el mercado los tratamientos basados en el reemplazo de Nicotina (TNR) (chicle, inhalador, spray nasal, parche y comprimidos), así como diversos fármacos que actúan sobre las manifestaciones desagradables del síndrome de abstinencia nicotínico: clonidina, otros que actúan sobre los cambios de humor asociados al síndrome de abstinencia nicotínico: antidepresivos (bupropión, nortriptilina y doxepina) y aquellos agonistas o antagonistas de los receptores nicotínicos: lobelina y mecamilamina.

Es hasta ahora, después de una década, cuando actualmente existe una nueva alternativa terapéutica, aprobada el pasado 11 de mayo por la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos y que actualmente se encuentra en proceso de registro en México, para ayudar a los fumadores a dejar de hacerlo, este medicamento es el tartrato de varenicline, el cual sería el primer medicamento no nicotínico, desarrollado para dejar de fumar. El tartrato de varenicline es un agonista parcial selectivo de los receptores cerebrales Alfa 4 Beta 2 nicotínicos de acetilcolina. Este medicamento al unirse a los mismos receptores en el cerebro que utiliza la nicotina, alivia el ansia y disminuye los síntomas de supresión, bloqueando al mismo tiempo los efectos reforzadores de la nicotina. Los resultados que muestran los estudios sobre este fármaco, demuestran avances en el éxito del tratamiento y abre oportunidades para el fumador que desea dejar de fumar, siempre y cuando el personal de salud nos involucremos y aboquemos en tratar a cualquier paciente fumador.

Podemos concluir, que es indispensable que el personal de salud, de todas las instituciones y en cualquier nivel de atención, considere al tabaquismo como una enfermedad y por ende prescriba una terapia adecuada para cada paciente fumador.

Asimismo, es importante reafirmar el liderazgo que socialmente tiene el personal de salud en cada ámbito en el que se desenvuelva de la siguiente manera:

1. Ante sus compañeros de la salud:
 - Reafirmar liderazgo con su ejemplo de NO FUMAR.
 - Cumplimiento de Zonas Hospitalarias y de Enseñanza libres de humo de Tabaco.
 - Exhortación a compañeros a que abandonen el hábito tabáquico.
 - Canalización de compañeros a recibir ayuda terapéutica o brindar tratamiento.
 - Realizar investigaciones sobre el tema.

2. Ante población usuaria de servicios:
 - Ejemplo de NO FUMAR.
 - Brindar información sobre daños a la salud que la adicción ocasiona.
 - Identificación de fumadores para su atención y/o canalización oportuna.
 - Orientar sobre diferentes alternativas de apoyo o tratamiento para dejar de fumar.
 - Brindar tratamiento a cualquier paciente fumador.
3. Ante su comunidad:
 - Ejemplo de NO FUMAR.
 - Brindar información sobre daños a la salud que la adicción ocasiona.
 - Solicitar a fumadores que no lo hagan delante de su persona.
 - Asesorar sobre instituciones asistenciales que pueden brindar apoyo para superar la adicción.
 - Brindar tratamiento a cualquier persona fumadora.

Referencias

1. World Health Organization. The smoking epidemic—"a fire in the global village". 25th August, Ginebra: 1997, Press Release WHO/61.
2. World Health Organization. The world health report 1996: fighting disease, fostering development. Geneva: 1996.
3. World Health Organization 1998. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. WHO, 1999 Making a difference. World Health Report, Geneva, Switzerland.
4. Secretaría de Salud. Mortalidad 2002. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. México: 2003.
5. Bobadilla J, Frenk J, Lozano R, Frejka T, Stern C. The epidemiologic transition and health priorities. En: Jamison D. Ed. Disease control priorities in developing countries. Nueva York (NY): Oxford University Press, 1993.
6. Doll R, Hill A. Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report. *BMJ* 1950;2:739-748.
7. Burns DM, Garfinkel L, Samet JM. Introduction, summary and conclusions. Changes in cigarette related disease risk and their implication for prevention and control. Smoking and Tobacco Control Monograph 8, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, USA.
8. Samet JM. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública Mex* 2002; 44 supl1:S144-S160.
9. Denissenko MF, Pao A, Tang M, Pfeifer GP. Preferential formation of benzopyrene adducts at lung cancer mutational hotspots in P53. *Science* 274(5286): 430-432, 1996.
10. World Health Organization. Tobacco Free Initiative. 1999.
11. Tapia Conyer R, Kuri Morales P, Meneses González F. Smoking attributable mortality-Mexico 1992. *MMWR* 1995;44:372-381.
12. Kuri Morales P., González-Roldán JF, Hoy M.J. Epidemiología del Tabaquismo en México. *Salud Pública de México* 2006; 48:S91-S98
13. Reynales- Shigematsu LM, Rodríguez Bolaños RA, Jimenez JA y cols. Costos de la Atención Médica atribuibles al Consumo de Tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México* 2006; 48:S48-S64.
14. Tapia-Conyer R, Cravioto P, Medina Mora ME, Hoy MJ, Kuri P. El consumo de tabaco en México. Encuestas Nacionales de Adicciones 1988, 1993, 1998. México D.F.: Secretaría de Salud, 2000: 53-60.
15. Secretaría de Salud, Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA-2002). México: 2003, CONADIC, IMP, DGE, INSP
16. Tapia-Conyer R, Cravioto P, de la Rosa B, Galvan F, Garcia de la Torre G, Kuri P. Cigarette smoking; knowledge and attitudes among Mexican physicians. *Salud Publica Mex* 1997;39:507-512.
17. Hoy Gutierrez M, Kuri P, Camacho-Solis R, Meneses F, Peña Corona MP. Encuestas en Aspirantes a Residencias Médicas. El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco). México D.F.: Secretaría de Salud, 2000: 69 - 70.
18. Azagra-Rey M.J., Yurss I., Agudo-Pascual C., El Tratamiento de la Dependencia del Tabaco. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*, Vol. 9 No. 3 Octubre 2001, España.
19. Grupo Catalizador de Acciones Contra el Tabaquismo. Algoritmo de la Intervención Médica para Ayudar a sus Pacientes a Dejar de Fumar, Secretaría de Salud, México 2000.
20. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. El tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá (periodo 1990-1999), 2000.
21. Programa contra el tabaquismo, Secretaría de Salud, México 2000.
22. Organización Panamericana de la Salud. 43^{er}. Consejo Directivo. 53^a Sesión del Comité Regional. El Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica: una oportunidad para mejorar la salud pública de las Américas. CD 43/13. Washington D. C., EUA, 24 - 28 de septiembre 2001.

PRINCIPALES ACTIVIDADES 2006 - SEDES PRONADAMEG

LANZAMIENTO DE PRONADAMEG EN LÍNEA

Se está realizando a través de presentaciones en las Coordinaciones regionales, de acuerdo con la siguiente programación:

Coordinación Regional	Sede	Fecha
Sureste	Mérida	9 de mayo
Noreste	Monterrey, N.L.	10 de junio
Occidente	Guadalajara	24 de junio
Centro	San Luís Potosí	15 de junio
Noreste	Chihuahua	Por confirmar

CURSOS 2006

SEDE	MÓDULO	FECHA	SEDE	MÓDULO	FECHA
Cd. México (1 lunes)	III-B1-06	10 de julio	Cd. Mendoza (45)	IV-B1-06	5 de agosto
Cd. México (2 martes)	I-B1-06	11 de julio	Monterrey (08)	II-B1-06	12 de agosto
Querétaro (29)	II-B1-06	29 de julio			

HIPOGONADISMO HIPOGONADOTRÓPICO

DR. BALDOMERO GONZÁLEZ VIRLA*

Definición

La secreción pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) del hipotálamo es un prerrequisito para la iniciación y el mantenimiento del eje reproductivo en humanos. La falla de la secreción episódica de GnRH resulta en el síndrome clínico de hipogonadismo hipogonadotrópico. La deficiencia de la secreción de GnRH puede ocurrir en forma aislada [hipogonadismo hipogonadotrópico idiopático (HHI)], en asociación con anosmia (Síndrome de Kallman), o como resultado de una variedad de lesiones estructurales y funcionales del eje hipotálamo hipofísico.

Presentación clínica

Las características clínicas de la deficiencia de GnRH se manifiestan primariamente en la pubertad, momento en el cual hay un aumento marcado de la secreción pulsátil de GnRH. La expresión fenotípica de la falla de la secreción de la GnRH varía con la edad de establecimiento (congénita *versus* adquirida), su severidad (completa *versus* parcial), y su duración (funcional *versus* permanente).

La deficiencia aislada de GnRH puede ser ocasionalmente diagnosticada en el periodo neonatal. El escenario típico es la presentación de un infante masculino con criptorquidismo y micropene, a quien se le ha encontrado que tiene gonadotropinas y esteroides sexuales inadecuadamente bajos. Aunque la producción temprana de testosterona fetal es necesaria para el completo desarrollo sexual y la diferenciación de los genitales externos, se piensa que es dependiente de la estimulación por parte de la gonadotropina coriónica humana (hCG) materna únicamente, y que la secreción de GnRH en los periodos fetal tardío y neonatal temprano, es necesaria para el descenso completo de los testículos y un adecuado crecimiento de los genitales externos.

Es mucho más común que el diagnóstico de deficiencia de GnRH sea hecho más tardíamente en la adolescencia, cuando se hace presente una falla para alcanzar la pubertad. Resultando por la falta de de-

Monografía elaborada para el Ejercicio Clínico Patológico "Varón de 32 años con enfermedad endocrina múltiple" publicado en versión parcial en Vox Médica No. 2 2006 y en toda su extensión en Gaceta Médica de México, Vol. 142, No. 3, Mayo-Junio 2006.

sarrollo de las características sexuales secundarias. Los hombres con hipogonadismo hipogonadotrópico tienden a tener proporciones corporales eunucoideas (relación de segmentos superior/inferior <1, brazada de más de 6 cm. en relación con la talla, voz de tono alto, y testículos prepuberales. En mujeres, la presentación clínica del hipogonadismo hipogonadotrópico consiste en amenorrea primaria y ausencia de telarquia. En ambos sexos la edad ósea está retrasada.

En un subgrupo de pacientes, el hipogonadismo hipogonadotrópico quizás se presente pospuberalmente, resultando en regresión de la función reproductiva en el adulto caracterizada por libido disminuido, impotencia, y oligospermia ó azoospermia en el hombre y amenorrea secundaria e infertilidad en la mujer.

Diagnóstico diferencial

El hipogonadismo hipogonadotrópico quizás sea idiopático ó quizás se origine como resultado de una variedad de lesiones estructurales o funcionales del eje hipotálamo-hipofísico. Cuadro I.

Cuadro I. Diagnóstico diferencial del hipogonadismo hipogonadotrópico

Estructural

- Tumores
 - Craneofaringioma
 - Germinomas, gliomas, meningiomas Alteraciones infiltrativas
 - Sarcoidosis, hemocromatosis, histiocitosis X.
- Trauma craneal
- Radioterapia

Funcional

- Ejercicio
- Dieta de reducción de peso
- Esteroides anabólicos.

Idiopático

- Hipogonadismo hipogonadotrópico idiopático.
- Síndrome de Kallman
- HH de establecimiento tardío
- Síndrome del eunuco fértil.
- Pubertad retardada
- Hipoplasia suprarrenal congénita

Alteraciones misceláneas

- Síndrome de Prader-Willi
- Síndrome de Lawrence-Moon-Biedl.
- Síndrome de Möebius

*INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y LA NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

Fisiopatología

Entender la heterogeneidad clínica de la deficiencia aislada de GnRH y definir la fisiología de la GnRH en humanos ha sido difícil ya que no es factible el muestreo directo del sistema portal hipofisario humano. Además, mediciones de GnRH en la circulación periférica no reflejan exactamente su secreción por su vida media tan corta, 2-4 minutos.

Patrones de secreción de GnRH en sujetos con deficiencia de GnRH

Gran variedad de patrones de secreción aberrantes han sido observados en sujetos con deficiencia de GnRH aislada, en concordancia con diversas formas de presentación clínica del desorden. En este grupo de pacientes con deficiencia de GnRH aislada, aproximadamente el 84% no tiene pulsos de LH detectables (patrón apulsátil). La mayoría de estos sujetos carece de evidencia histórica a física de pubertad, reflejando la forma más severa de deficiencia. En un segundo grupo de pacientes podemos encontrar sujetos que presenten pulsaciones de LH predominantemente nocturnas, similares a los patrones observados en la pubertad temprana y en el síndrome del eunuco enfermo. Sujetos con este tipo de patrón nocturno asociado al sueño, de la secreción de GnRH, tienden a tener algún grado de crecimiento testicular y una historia consistente con detención de la pubertad. Por lo tanto se piensa que en estos sujetos la detención del desarrollo en la secreción pulsátil de la GnRH interferiría con la programación de la maduración del eje hipotálamo-hipófisis. Otros tipo de patrones observados en individuos con hipogonadismo hipogonadotrópico idiopático es el asociado a pulsos de LH que ocurren con una frecuencia normal, pero con disminución de la amplitud, cuando se comparan con hombres normales, incluyendo sus hermanos no afectados.

Un idéntico espectro de anomalías en la secreción de GnRH se presenta tanto en el hombre como en la mujer con deficiencia aislada de GnRH y es muy probable que contribuyan a la heterogeneidad clínica y bioquímica de este desorden. Dado la

gran variedad de patrones anormales de secreción pulsátil de GnRH observados y su consistencia dentro de las familias, es muy probable que determinantes genéticos gobiernen la expresión de la secreción de GnRH.

La deficiencia de GnRH es remarcable por su heterogeneidad genética ya que puede heredarse como un defecto autosómico dominante, autosómico recesivo, o ligado al cromosoma X. Aunque mecanismos genéticos únicos han sido descritos tanto para el Síndrome de Kallmann e Hipogonadismo hipogonadotrópico, algunos pacientes con Síndrome de Kallmann tienen miembros familiares con hipogonadismo hipogonadotrópico congénito, pero olfacción normal.

Los complejos genéticos asociados a estos padecimientos son:

- Genes ligados al cromosoma X. KAL. Gen del síndrome de Kallmann.
- Gen DAX-1
- Genes autosómicos
- Gen de GnRH y el gen del receptor de GnRH.

Tratamiento

En el paciente con hipogonadismo hipogonadotrópico prepuberal el principio de tratamiento son los esteroides sexuales los cuales deben iniciarse a bajas dosis e incrementarse gradualmente a dosis de adulto, mientras las características sexuales secundarias se desarrollan. En jóvenes la dosis usual de comienzo es de 50 mg de un éster de testosterona de depósito. (enantato ó cipionato) por mes, con incrementos graduales de 50 mg cada 3 a 6 meses hasta que complete la madurez sexual. Una alternativa a la testosterona es la gonadotropina coriónica humana (hCG) a dosis bajas, la cual es administrada, tanto por vía intramuscular como subcutánea (200 a 500 UI en días alternos). En mujeres se recomienda instituir terapia con estrógenos sin oposición, tales como etinilestradiol a dosis de 5 µg o 0.3 mg de estrógenos conjugados diarios por 6 meses, de tal manera que se logre el desarrollo mamario óptimo, posteriormente se puede agregar terapia cíclica incluyendo una progestina.

**PROGRAMA DE SESIONES SEMANALES
DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.**

MAYO 2006

MIÉRCOLES 3

Sede: Auditorio de la ANMM
19:00 Hrs.

Presentación del trabajo de ingreso: Análisis genómico funcional de la interacción entre la proteína de la adrenoleucodistrofia
Dr. Gerardo Jiménez Sánchez
ASPECTOS FISIOLÓGICOS Y QUIRÚRGICOS DEL MANEJO DE LA FISURA DE PALADAR SECUNDARIO

Dr. Antonio Ysunza Rivera

JUNIO 2006

MIÉRCOLES 7

Sede: Auditorio de la ANMM
19:00 Hrs.

Presentación del trabajo de ingreso: Melanoniquia estriada, hiperplasia de melanocitos y melanoma maligno subungueal. Un reto diagnóstico
Dra. Judith G. Domínguez Cherit
VASCULITIS PRIMARIAS EN RETINA: RETOS Y AVANCES
Dra. Lourdes Arellanes García

JULIO 2006

MIÉRCOLES 5

Sede: Auditorio de la ANMM
19:00 Hrs.

INVESTIGACIÓN CON MISIÓN PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS NACIONALES DE SALUD
Dr. Mauricio Hernández Ávila

MIÉRCOLES 17

Sede: Auditorio de la ANMM
19:00 Hrs.

Lectura del trabajo de ingreso: Perosidación lipídica en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con neurocisticercosis

Dr. Luis A. Herrera Montalvo

SIMPOSIO

Dr. Juan Pedro Laclette

MIÉRCOLES 14

Sede: Auditorio de la ANMM
19:00 Hrs.

Lectura del trabajo de ingreso: Elevación de ácidos grasos, secreción de insulina y metabolismo de lipoproteínas.

Dr. Francisco J. Gómez Pérez

LA INVESTIGACIÓN EN SALUD EN MÉXICO. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS

Dr. José Luis Valdespino Gómez

MIÉRCOLES 12

Sede: Auditorio de la ANMM
19:00 Hrs.

TRATAMIENTO DE LA DM TIPO 2
Dr. Francisco J. Gómez Pérez

MIÉRCOLES 24

Sede: Auditorio de la ANMM
19:00 Hrs.

Presentación del trabajo de ingreso: Asociación de genes HLA-CLASE II con poliposis nasal

Dr. Germán Fajardo Dolci

EL POSGRADO DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EN LA UNAM

Dr. Enrique Graue

MIÉRCOLES 21

Sede: Auditorio de la ANMM
19:00 Hrs.

Lectura del trabajo de ingreso: Reducción del tiempo de cierre de las fístulas enterocutáneas posquirúrgicas.

Dr. Alejandro González Ojeda

ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE LA UROLOGÍA EN MÉXICO

Dr. Jorge Moreno

MIÉRCOLES 19

Sede: Auditorio de la ANMM
19:00 Hrs.

ACTUALIDADES Y AVANCES TECNOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO
Dr. Ricardo Plancarte Sánchez

MIÉRCOLES 31

Sede: Auditorio de la ANMM
19:00 Hrs.

EL ESPECTRO DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Dr. Fernando Cano Valle

MIÉRCOLES 28

Sede: Auditorio de la ANMM
19:00 Hrs.

SESIÓN SOLEMNE INGRESO DE NUEVOS ACADÉMICOS

Conferencia Magistral "Dr. Miguel F. Jiménez"

Dr. Fernando Ortiz Monasterio

MIÉRCOLES 26

Sede: Auditorio de la ANMM
19:00 Hrs.

CLONACIÓN DE SERES VIVOS DESDE LA PERSPECTIVA CLÍNICA

Dr. Javier Mancilla Ramírez

SECCIÓN DE AUTOEVALUACIÓN

NOTA:

Corresponde exclusivamente a la presentación del Caso Clínico. El Ejercicio Clínico Patológico, en toda su extensión, aparece en Gaceta Médica de México, Vol. 142, No. 4, Julio-Agosto 2006.

EJERCICIO CLÍNICO PATOLÓGICO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, IMSS

COORDINADOR: DR. MANUEL DE LA LLATA-ROMERO

COLABORADORES: DR. JUAN URRUSTI-SANZ,

DR. JESÚS AGUIRRE-GARCÍA, DR. ROBERTO SÁNCHEZ-RAMÍREZ

MUJER DE 56 AÑOS DE EDAD CON NÓDULOS DOLOROSOS Y ÚLCERAS CUTÁNEAS

SÁNCHEZ-HURTADO L,* ZAPATA-ALTAMIRANO L,* PÉREZ-SÁLEME L**

Presentación del caso

Paciente femenino de 56 años de edad, originaria de Oaxaca, residente en la ciudad de México desde hace 5 años. Empleada doméstica, soltera. Combe positivo, padre y hermano con historia de tuberculosis pulmonar. Portadora de hipertensión arterial sistémica desde hace 21 años, controlada con metoprolol. Artritis reumatoide diagnosticada hace 12 años, bajo tratamiento con AINES; previamente fue tratada con metotrexato y azatioprina. Al momento de su valoración inicial sin datos de actividad. Al interrogatorio intencionado niega ingesta de esteroides para el control de la AR.

Inicia 4 años previos a su ingreso con lesiones de aspecto papular, eritematosas a nivel de los dedos de ambas manos, dolorosas, que drenaban material sero-purulento y evolucionaron a úlceras, con

exacerbaciones y remisiones intermitentes y pobre respuesta al tratamiento con antibióticos diversos (ciprofloxacino, dicloxacilina, metronidazol y eritromicina, entre otros).

En septiembre del 2004 inicia con dermatosis caracterizada por nódulos dolorosos en ambos codos, de consistencia renitente, sin cambios en el aspecto de la piel, con duración de 2 semanas que remitieron espontáneamente. Posteriormente se agregan lesiones nodulares dolorosas en codo izquierdo una de las cuales evolucionó hacia una úlcera de bordes bien delimitados, en sacabocado, profunda, de 2 cm. de diámetro (Fig.1); otras 2 lesiones nodulares dolorosas, que evolucionaron también a úlceras, en la cara anterior del antebrazo derecho en su tercio distal, con una base eritematoviolácea, dejando expuesto el plano muscular, de 2 x 2 cm. (Fig.2). Una lesión



Figura 1. Lesión ulcerosa que involucra piel, tejido adiposo y planos musculares en el codo izquierdo.



Figura 2. Lesiones ulcerosas localizadas en la cara anterior del antebrazo derecho.



Figura 3. Lesión en sacabocados localizada en la cara posterior del primer orjejo de la mano derecha. Al fondo se alcanza a observar una segunda lesión en la cara anterior del antebrazo.

* SERVICIO DE MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA

**CORRESPONDENCIA: DRA. LETICIA PÉREZ-SÁLEME. SERVICIO INFECTOLOGÍA CMN SIGLO XXI, IMSS. Av. CUAUHTÉMOC 330, COL. DOCTORES, DELEG. CUAUHTÉMOC, MÉXICO D.F. lepesa@prodigy.net.mx



VOX medica

Órgano de comunicación de los profesores y alumnos
del Programa Nacional de Actualización
y Desarrollo Académico para el Médico General

CUESTIONARIO EJERCICIO CLÍNICO-PATOLÓGICO

«MUJER DE 56 AÑOS DE EDAD CON NÓDULOS DOLOROSOS Y ÚLCERAS CUTÁNEAS»

1. ES UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA CUYO PRINCIPAL FOCO DE INFECCIÓN ES EL PULMONAR PERO QUE PUEDE MANIFESTARSE EN CASI CUALQUIER ORGANNO:
 - a) salmonelosis
 - b) tuberculosis
 - c) cisticercosis
 - d) cólera
 - e) triquinosis
2. DE ESTA ENFERMEDAD INFECCIOSA, EN SU VARIEDAD CUTÁNEA, ¿CUÁL ES LA VÍA DE TRANSMISIÓN MÁS FRECUENTE?
 - a) hematógena
 - b) linfática
 - c) exógena
 - d) exposición laboral
 - e) contacto sexual
3. EN SU PRESENTACIÓN CUTÁNEA, ¿CUÁL ES EL ÓRGANO QUE GENERALMENTE ES LA FUENTE DE LA PRIMO INFECCIÓN?
 - a) riñón
 - b) ojo
 - c) cerebro
 - d) pulmón
 - e) bazo
4. ¿CUÁLES SON LAS VARIANTES MÁS FRECUENTES DEL PADECIMIENTO CUANDO HAY AFECCIÓN SISTÉMICA?
 - a) escrofulodermia y *lupus vulgaris*
 - b) *lupus vulgaris* y verrucosa
 - c) miliar cutánea y la escrofulodérmica
 - d) *orificialis* y la cutánea primaria
 - e) *lupus vulgaris* y miliar cutánea
5. SON CARACTERÍSTICAS DE ESTA ENFERMEDAD RESPONSABLES DE SU GRAN VARIEDAD CLÍNICA:
 - a) velocidad y tiempo de infección
 - b) temperatura del sitio de infección y calidad de los agentes infecciosos
 - c) la patogenicidad del agente, número y ruta de infección
 - d) edad del huésped y exposición previa
 - e) exposición previa, tiempo de infección y temperatura del sitio de infección
6. ¿QUE CONDICIÓN CARACTERIZA AL PACIENTE CON LA VARIANTE MILIAR DE ESTA ENFERMEDAD, COMO FACTOR PREDISPONENTE PARA SU PRESENTACIÓN?
 - a) obesidad
 - b) uso prolongado de antibióticos
 - c) inmunosupresión
 - d) edad del paciente
 - e) inmunización previa
7. EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE ESTA ENFERMEDAD INFECCIÓN EN SU PRESENTACIÓN CUTÁNEA SE FUNDAMENTA EN:
 - a) las características clínicas, hallazgos histopatológicos y/o cultivo
 - b) los hallazgos histopatológicos exclusivamente
 - c) los hallazgos de los laboratorios complementarios
 - d) el cuadro clínico del paciente exclusivamente
 - e) los hallazgos de cultivo, únicamente
8. EL TRATAMIENTO PROPUESTO PARA ESTE PADECIMIENTO CONSISTE EN:
 - a) rifampicina + etambutol + isoniazida + pirazinamida
 - b) rifampicina + etambutol + ciprofloxacino
 - c) rifampicina + isoniazida + amikacina
 - d) rifampicina + etambutol + isoniazida + ciprofloxacino
 - e) rifampicina + amikacina + ciprofloxacino + etambutol
9. TRATAMIENTOS ADICIONALES QUE HAN DEMOSTRADO MEJORÍA EN LOS PACIENTES, ADEMÁS DEL TRATAMIENTO ANTERIOR:
 - a) dieta polimérica y ácido salicílico
 - b) vitamina D2 y esteroides
 - c) esteroides y minerales
 - d) filtro solar y vitamina D2
 - e) dapsona y esteroides
10. ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL CAUSA DE FALLA DEL TRATAMIENTO ESTÁNDAR DE ESTA ENFERMEDAD?
 - a) dosificación inadecuada de tratamiento
 - b) esquemas de tratamiento incompletos
 - c) resistencia al tratamiento
 - d) inaccesibilidad al tratamiento en la mayoría de los casos
 - e) pobre adherencia al tratamiento por el paciente

DATOS DEL MÉDICO:

Apellido paterno Apellido materno

Nombre (s)

Sede No.

Ciudad

No. de registro

CUESTIONARIO DEL ARTÍCULO SELECCIONADO DE GACETA MÉDICA DE MÉXICO

«UN ANÁLISIS DE LA UBICACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME METABÓLICO.» ARTURO ZÁRATE, RENATA SAUCEDO. GACETA MÉDICA DE MÉXICO, VOL. 142, No. 1, 2006.

- | | |
|---|--|
| <p>1. REFLEJA CON MEJOR PRECISIÓN LA CANTIDAD DE GRASA DONDE SE DESARROLLA LA MAYOR ACTIVIDAD METABÓLICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) índice de masa corporal b) relación cintura-cadera c) circunferencia abdominal d) peso e) circunferencia de cadera | <p>3. HORMONA SINTETIZADA POR EL TEJIDO ADIPOSO QUE GUARDA UNA RELACIÓN INVERSA CON LA OBESIDAD Y LA RI</p> <ul style="list-style-type: none"> a) leptina b) adiponectina c) IL-6 d) factor de necrosis tumoral alfa e) resistina |
| <p>2. SE SOSPECHA DE RI CON CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL POR ARRIBA DE:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 88 cm en el hombre y 102 cm en la mujer b) 98 cm en el hombre y 88 cm en la mujer c) 102 cm en el hombre y 88 cm en la mujer d) 100 cm en el hombre y 98 cm en la mujer e) 102 cm en el hombre y 98 cm en la mujer | <p>4. FACTOR CENTRAL EN EL DESARROLLO DE DIABETES, ECV Y CÁNCER</p> <ul style="list-style-type: none"> a) RI b) Obesidad c) Hiperglucemia d) Dislipoproteinemia e) Hipertensión arterial |

* CUESTIONARIO ELABORADO POR EL AUTOR.- UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE ENDOCRINOLOGÍA.- HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI, IMSS.- Av. CUAUHTÉMOC 330 COL. DOCTORES 06725 MÉXICO, D.F.

RESPUESTAS	RESPUESTAS AL EJERCICIO CLÍNICO PATOLÓGICO	RESPUESTAS AL CUESTIONARIO DEL ARTÍCULO SELECCIONADO DE GMM												
	<p>“Varón de 32 años con enfermedad endocrina múltiple.” Vox Médica No. 2, 2006</p> <table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>1. a</td> <td>2. a</td> <td>3. b</td> </tr> <tr> <td>4. d</td> <td>5. a</td> <td>6. a</td> </tr> <tr> <td>7. d</td> <td>8. a</td> <td>9. b</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>10. b</td> </tr> </table>	1. a	2. a	3. b	4. d	5. a	6. a	7. d	8. a	9. b			10. b	<p>“El papel de la leptina en el desarrollo de esteatosis hepática y litiasis biliar.” GMM Vol. 141. No. 6, 2005 Vox Médica No. 2, 2006</p> <p>1. e 2. a 3. a 4. c</p>
1. a	2. a	3. b												
4. d	5. a	6. a												
7. d	8. a	9. b												
		10. b												



Las Medicinas Originales son seguras y efectivas.
Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica, A.C.
Tels.: 5688-8303 y 8313 www.amiif.org.mx amiif@amiif.org.mx



Órgano de comunicación de los profesores y alumnos del Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General

Instituciones de Educación Superior Participantes

Universidad Nacional Autónoma de México
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca
Universidad Autónoma de Nuevo León
Universidad Autónoma de Tlaxcala
Universidad Autónoma de Yucatán
Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Universidad Autónoma de Nayarit
Universidad Autónoma de Chihuahua
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Universidad Juárez del Estado de Durango
Universidad Autónoma de Coahuila
Universidad Autónoma del Estado de México
Universidad de Colima
Universidad Autónoma de Sinaloa
Universidad de Guanajuato
Universidad Autónoma de Chiapas
Universidad Autónoma de Querétaro
Universidad Autónoma de Zacatecas
Universidad Veracruzana
Universidad de Guadalajara
Universidad Autónoma de Guerrero
Universidad Autónoma de Tamaulipas
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto Politécnico Nacional
Universidad Regional del Sureste
Universidad Autónoma de Campeche
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Universidad Autónoma de Baja California Sur
Universidad Valle del Bravo
Universidad Autónoma de Guadalajara

Comité Editorial

Dr. Manuel de la Llata Romero
Editor

Dr. Juan Urrusti Sanz
Co-editor

Dr. Pablo Kuri Morales
Dr. Angel Gracia Ramírez
Dr. Roberto Sánchez Ramírez
Colaboradores

Vox Médica PRONADAMEG

Sótano del Bloque B, Unidad de Congresos
CMN Siglo XXI IMSS
Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores
06725 México D.F.
55 19 29 35 Tel y Fax
01 800 501 92 01
www.pronadameg.anmm.org.mx
vox-medica@pronadameg.com.mx

COMENTARIO PREVENTIVO AL EJERCICIO CLÍNICO PATOLÓGICO

VARÓN DE 32 AÑOS CON ENFERMEDAD ENDOCRINA MÚLTIPLE

DR. AQUILES R. AYALA*

Pese a la singularidad de este caso (hipogonadismo, hipotiroidismo, insulino-resistencia y probable hipofisitis) destaca el hecho que sea un portador de disgenesia gonadal. Se ha calculado que cerca de la mitad de pacientes con esta deficiencia (gónada disgenética) padece diabetes mellitus o alguna forma de resistencia insulínica y con menor frecuencia hipotiroidismo que suele ser provocado por tiroiditis autoinmune. En sentido preventivo es recomendable que ante cualquier problema de disgenesia gonadal se indague sistemáticamente la existencia de hiperglucemia (glucosa en ayuno y postprandial de 2 H) y disfunción tiroidea (T4L & TSH) para adoptar las medidas inmediatas correctivas necesarias a la brevedad e impedir mayores complicaciones inherentes al déficit gonadal crónico (infertilidad, cardiopatía isquémica y osteoporosis). El déficit en la producción de hormonas sexuales hace tácita su prescripción es al dejarse de lado cuando se da lugar a limitaciones neurológicas (orientación espacial) además de las propias del desarrollo y reproducción.

* MÉDICO ENDOCRINÓLOGO, MIEMBRO TITULAR DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, MIEMBRO DE LA ACADEMIA MEXICANA DE CIENCIAS.

