

VOLUMEN V, NÚMERO 1, ENERO-MARZO 2025

# COMINE

BOLETIN TRIMESTRAL DEL COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL NORESTE  
FILIAL DE CMIM



# INDICE

03

## MENSAJE DE BIENVENIDA

*Dr. Jorge Felipe Vega Elguezabal*

04

## EFEMÉRIDE DEL MES

**26 DE ENERO "DÍA MUNDIAL DE LA LEPRO"**

*Dra. Karina Lizbeth Lara Sampayo*

08

## TEMA DE ACTUALIDAD

**LA TOSFERINA Y SU HISTORIA**

*Dr. Constancio Ponce González*

*Dra. María Cristina Guerrero de León*

13

## PERLA ACADÉMICA

**CASO CLÍNICO INTERESANTE**

*Dra. Irma Archundia Riveros*

*Dr. Jacinto Ramón Orta*

20

## PERLA CULTURAL

**CONOCE "LOS CABOS" BCS**

*Dra. Larissa Vázquez G.*

26

## BIOÉTICA CLÍNICA

**OBJECCIÓN DE CONCIENCIA**

*Dr. Raúl Garza Garza*

31

## INDUSTRIA FARMACÉUTICA

25

## ANUNCIOS, CUMPLEAÑOS Y AGRADECIMIENTOS



comine.com.mx



/cominenl



@cominenoreste



comine noreste



comine noreste

# MENSAJE DE BIENVENIDA



Como presidente del Colegio de Medicina Interna del Noreste, es un honor darles la más cordial bienvenida a este primer boletín del año 2025. Un año que se vislumbra lleno de retos y oportunidades para nuestra especialidad ante un mundo donde la información médica abunda y es imperativa la adaptación de nuevas tecnologías a nuestra práctica clínica para brindar una atención de calidad y contribuir al bienestar de nuestra comunidad frente a fenómenos como el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y la aparición de nuevas enfermedades infecciosas.

En este boletín, hemos preparado un contenido que esperamos sea de su máximo interés y utilidad en su ejercicio profesional para estar a la vanguardia en el conocimiento y la práctica médica durante la atención integral del adulto, el abordaje de enfermedades complejas y multifactoriales. El internista es un médico con una visión global del paciente, un especialista en emitir diagnósticos y prescribir el tratamiento de enfermedades que afectan a múltiples órganos y sistemas, desde patologías comunes como la diabetes y la hipertensión, hasta las enfermedades raras.

Nuevas herramientas como la telemedicina y la inteligencia artificial nos permiten mejorar la precisión diagnóstica, personalizar los tratamientos y facilitar el seguimiento de los pacientes. La medicina interna es una especialidad esencial en el sistema de salud, nuestra visión global y capacidad para coordinar la atención con otros especialistas es crucial para garantizar la continuidad y la calidad de la atención.

Me enorgullece representar a un grupo de profesionales comprometidos con la excelencia y nuestro objetivo es brindarle a nuestros colegiados las herramientas y el conocimiento necesario para enfrentar los desafíos de la medicina interna en el siglo XXI. Los invitamos a enviar sus comentarios, sugerencias y contribuciones para futuros boletines. Su participación es fundamental para enriquecer el contenido de nuestra publicación y fortalecer a la comunidad médica, porque juntos podemos construir un futuro más saludable para Nuevo León.



## EFEMÉRIDE DEL MES

26 DE ENERO  
"DÍA MUNDIAL DE LA LEPRO"

DE LA ENFERMEDAD AL ESTIGMA: LA TRISTE  
HISTORIA DE LA LEPRO Y SU SEGREGACIÓN

*Dra. Karina Lizbeth Lara Sampayo*  
Internista, HGZ 2, IMSS



# 26 DE ENERO

## DÍA MUNDIAL DE LA LEPROA

Aunque es difícil determinar con exactitud el origen histórico de la lepra, se han encontrado restos que evidencian su presencia en esqueletos antiguos. Los casos más antiguos se han hallado en momias egipcias de los siglos I y II a.C., y también se menciona en tratados de China e India del siglo XI a.C. En las Escrituras, la lepra se describe como una enfermedad de la piel, caracterizada principalmente por llagas, que afectaba tanto a las personas como a sus pertenencias, considerándolos impuros. Además, se asociaba con el pecado y se veía como un castigo divino.

En el Antiguo Testamento, el libro de Levítico establece la Ley de Purificación de la Lepra, que debía ser aplicada por los sacerdotes. El proceso comenzaba con un examen del sacerdote, quien ordenaba que la persona afectada fuera recluida durante siete días para observar la evolución de la llaga. Si la lesión se extendía, la persona era considerada impura y expulsada de la comunidad. Para los que se curaban, se realizaba un rito de purificación que incluía el sacrificio de aves y la rociadura de su sangre con agua y elementos simbólicos como madera de cedro, escarlata e hisopo, simbolizando la purificación y restauración de la persona a la comunidad.

En el Nuevo Testamento, el Evangelio de San Lucas narra cómo Jesús curó a un leproso, mostrando su compasión y poder divino. En este mismo Evangelio, también se encuentra la parábola del rico y Lázaro. Además, antes de ser conocida como lepra, la enfermedad se llamaba "mal de Lázaro", en referencia a San Lázaro, a quien Jesús resucitó. Aunque Lázaro no padecía lepra, se le asoció erróneamente con esta enfermedad debido a la conexión simbólica entre su nombre y el sufrimiento. Así, la lepra llegó a ser vista no solo como una enfermedad física, sino también como una condición espiritual.



# ENFERMEDAD DE LA LEPROA

## ¿ESTIGMA O DISCRIMINACIÓN?

Durante la Edad Media, las personas con lepra eran segregadas y enviadas a leprosarios fuera de las ciudades. Los sacerdotes realizaban el diagnóstico y les imponían severas restricciones, como la prohibición de participar en actividades sociales, mantener relaciones sexuales o ser enterrados en sus propias casas. Además, debían caminar solo por campos abiertos y mantenerse alejados de la gente. Se crearon "ventanas de leproso" en las iglesias para que los enfermos pudieran ver la misa desde afuera, sin entrar en contacto con la comunidad. También debían portar vestimenta especial, que incluía sombreros, capuchas y campanas o tablas de madera llamadas carracas, con las que anunciaban su presencia, intensificando aún más la discriminación.

En diversas partes del mundo, especialmente en islas, se establecieron leproserías para evitar la propagación de la enfermedad. Un ejemplo es la isla de Santa María de Nazaret en Italia, conocida como el Lazzaretto Vecchio, donde se fundó el primer lazareto.

También existieron otros lazaretos, como el de Mohín en España, las colonias de Kalaupapa en Hawái, la isla de Sosokdo en Corea del Sur, y el Lazareto de San Pablo en Perú. Además, en Colombia, lugares como Contratación en Santander y Agua de Dios en Cundinamarca eran utilizados para aislar a los enfermos, quienes debían cruzar el "Puente de los Suspiros", debido a los suspiros de los afectados al ser separados de sus familiares. El desconocimiento sobre la causa de la lepra contribuyó a la discriminación y segregación. Sin embargo, en 1873, el médico noruego Gerhard Henrik Hansen identificó el microorganismo causante de la enfermedad, *Mycobacterium leprae*. Este descubrimiento ayudó a erradicar las creencias erróneas sobre la lepra y a reducir su asociación con la impureza, el pecado y el exilio. A pesar de este avance, los leprosarios continuaron existiendo debido al persistente estigma social.



## LEPRA, LA ENFERMEDAD OLVIDADA



### Raoul Follereau y su amor a los enfermos de lepra

Día Mundial Contra la Lepra: fue considerada como una enfermedad incurable, por lo que los enfermos eran vistos como una amenaza

En 1954, el periodista francés Raoul Follereau, tras visitar una leprosería en Costa de Marfil, inició una serie de acciones para mejorar la imagen de los afectados y reducir el estigma. Como parte de su esfuerzo, se celebró el primer Día Mundial de la Lepra. Desde entonces, el último domingo de enero se ha establecido como el Día Mundial de la Lucha contra la Lepra, con el objetivo de combatir el estigma, el prejuicio y la discriminación hacia quienes han padecido esta enfermedad. También sirve para recordar a aquellos que, a lo largo de la historia, sufrieron la humillación y el exilio debido a la lepra, y que vivieron bajo el peso de la exclusión durante muchos años.

- Pinzón, L. R. P. (2005). La Lepra y los Lazaretos en Santander. Discapacidad clínico - hospitalaria y minusvalía socio - cultural. Salud UIS, 37(3), 141-151. <http://www.redalyc.org/pdf/3438/343835672002.pdf>
- Herrera, D. L. L. (2015). LEPRA, LAZARETO y LEPROSOS: MEMORIAS DE UNA ENFERMEDAD OLVIDADA. Revista Temas, 0(3). <https://doi.org/10.15332/rt.v0i3.681>
- De Celis, E. S. P. (2003). La lepra en Europa Medieval. El nacimiento de un mito. Elemento, 10(49), 39-45. <http://www.redalyc.org/pdf/294/29404905.pdf>
- Levítico 13:10 Biblia de Jerusalén, Edición Española, 1972





## TEMA DE ACTUALIDAD

### LA TOSFERINA ENFERMEDAD NO ERRADICADA

Dr. Constancio Ponce González  
Dra. María Cristina Guerrero de León  
Internistas COMINE  
Consejo Directivo 2025-2026







## HISTORIA DE LA TOSFERINA

La tos ferina, también conocida como "tos convulsa" o "pertussis", es una enfermedad altamente contagiosa causada por la bacteria *Bordetella pertussis*. Su historia se remonta a varios siglos, revelando un interesante desarrollo en la comprensión y el tratamiento de esta enfermedad.

### Antigüedad y primeros registros

Aunque la tos ferina como entidad médica no fue reconocida hasta mucho más tarde, referencias a síntomas similares aparecen en textos antiguos. En la antigua Grecia, Hipócrates describió una "tos persistente" que podría haber correspondido a lo que hoy conocemos como tos ferina. Sin embargo, fue en el siglo XVI que la enfermedad fue reconocida de manera más formal.

## "LA TOS DE LOS 100 DÍAS"

- En el siglo VII Yuanfang Chao (518-618) describió "la tos de los 100 días", que se referencia como la primera observación de la tosferina. Sin embargo, su elevada mortalidad (80-90 %) producida al mes del inicio de los síntomas, parecía indicar que estábamos ante otra entidad, más probablemente neumonías o abscesos pulmonares
- En el año 1578, De Baillou describió un brote de tosferina en París y denominó a a enfermedad como "quintas", por la presencia de paroxismos de tos cada 5 horas. En 1679, el médico inglés Thomas Sydenham acuña el nombre "pertussis", en referencia a los violentos ataques de tos. Algunas revisiones recientes, sitúan un siglo antes, en el actual Irán, los primeros brotes epidémicos descritos de la enfermedad.





## HISTORIA DE LA TOSFERINA

En la literatura, esta enfermedad se describe con diversos nombres. Los americanos adoptaron el término latino per (intensa) y tussis (tos) y los castellano-parlantes la conocemos como tosferina (tos de las fieras), mientras que los franceses se refieren a ella como coqueluche. En relación al término francés, hay dos teorías sobre su origen. La más conocida viene del término coq, el "gallo", que termina las quintas de tos, mientras que la segunda haría referencia a una caperuza o capuchón aislante que se aplicaría a los niños tosedores o, también, a los primeros infectólogos

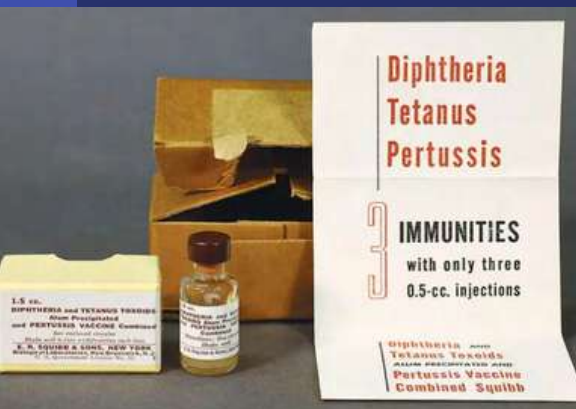


**FIG. 1. JULES BORDET. FUENTE: JULES BORDET ET LE TRÉPONEME PÂLE [INTERNET].**

- En el siglo VII Yuanfang Chao (518-618) describió "la tos de los 100 días", que se referencia como la primera observación de la tosferina. Sin embargo, su elevada mortalidad (80-90 %) producida al mes del inicio de los síntomas, parecía indicar que estábamos ante otra entidad, más probablemente neumonías o abscesos pulmonares
- En el año 1578, De Baillou describió un brote de tosferina en París y denominó a la enfermedad como "quintas", por la presencia de paroxismos de tos cada 5 horas. En 1679, el médico inglés Thomas Sydenham acuña el nombre "pertussis", en referencia a los violentos ataques de tos. Algunas revisiones recientes, sitúan un siglo antes, en el actual Irán, los primeros brotes epidémicos descritos de la enfermedad.

Esta enfermedad pasó por diferentes versiones a lo largo de los años, pero no fue hasta finales del siglo XIX cuando Burger y, posteriormente, Bordet (1870-1961) (Fig. 1), identifican bacterias filamentosas en el esputo de pacientes con tosferina. Anteriormente, se pensaba que la enfermedad era causada por un hongo. En 1906 Bordet y Gengou, dos científicos belgas, consiguen aislar un cocobacilo Gram negativo, del esputo del hijo del primero, posteriormente denominado Bordetella Pertussis. En el año 1912 estos investigadores desarrollaron la primera vacuna contra la tosferina, enfermedad que en aquellos tiempos era la principal causa de muerte infantil. Bordet, en 1919, fue galardonado con el premio Nobel de Fisiología y Medicina por sus logros en el campo de la Inmunología

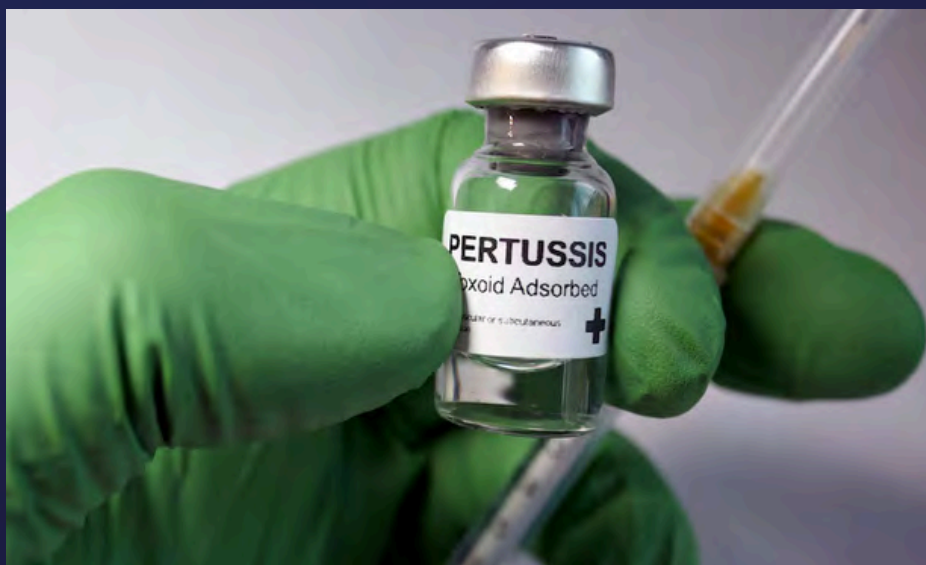
## “ VACUNAS Y TOSFERINA



**FIGURA 2: KIT DE LAS PRIMERAS VACUNAS FRENTE A LA TOSFERINA. FUENTE: THE UNSUNG HEROES WHO ENDED A DEADLY PLAGUE [INTERNET].**

La generalización del uso de las vacunas, inicialmente frente a la célula completa (wP), que incluía también toxoides frente a difteria (D) y tétanos (T) (DTwP), no llega hasta el año 1944 (Figura 2), siguiendo las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría. La primera vacuna wP efectiva fue desarrollada por las doctoras Pearl Kendrick, Grace Eldering y Margaret Pittman. Su introducción, llevó a un descenso muy marcado de la incidencia y mortalidad por tosferina. Así, en Estados Unidos, la inclusión de la vacuna wP en los programas de inmunización, llevó a un descenso de los más de 270.000 casos declarados en los mayores picos de incidencia previos a la vacunación, a un mínimo de 1.010 casos en 1976 y tasas de mortalidad publicadas menores al 1-3 % en las que hay que tener en cuenta que la incidencia real de la enfermedad es unas 100 veces mayor que la reportada.

Sin embargo, la aparición de varios casos con complicaciones neurológicas, algunos de ellos, mortales, tras la vacunación con DTwP, que posteriormente se ha demostrado que son debidas a un defecto genético (mutaciones de novo en el gen SCN1A que codifica los canales de sodio de alto voltaje), y la alta reactogenicidad de la vacuna, conllevaron a la búsqueda de vacunas más seguras y menos reactogénicas. La primera vacuna acelular (aP) fue desarrollada en Japón por Sato en el año 1981.



En el siglo XXI está claramente establecida la eficacia de las vacunas y del tratamiento precoz de la enfermedad con macrólidos. Sin embargo, durante los siglos pasados se emplearon numerosos tratamientos de variados orígenes y fundamentos, en ocasiones inverosímiles. Así, durante los siglos XVII-XIX, en Suecia se recomendaba aplicar consecutivamente romero y una mezcla de alquitrán y grasa de foca para intentar controlar la tos residual; en Escocia durante el siglo XVIII, en las primeras fases de la enfermedad se aplicaban ampollas en el tórax para disminuir la inflamación del pecho junto con eméticos. En fases posteriores, se aplicaba muérdago, tónicos de corteza de roble y antiespasmódicos.



## REMEDIOS CONTRA LA TOSFERINA

A finales del siglo XIX, se comercializó un jarabe de heroína por la farmacéutica Bayer, para el alivio de la tos y como tranquilizante para “niños revoltosos” (Figura 3). En España, Bayer aprovechó el invierno de 1912 para lanzar una intensa campaña de publicidad de su “jarabe de heroína”.

## RESURGIMIENTO Y DESAFIOS CONTEMPORÁNEOS

A pesar del éxito de la vacunación, la tos ferina ha experimentado un resurgimiento en las últimas décadas, especialmente en áreas con tasas de vacunación inadecuadas. Este aumento se debe en parte a la disminución en la efectividad de la vacuna a lo largo del tiempo y a la reticencia a la vacunación en algunas comunidades. Investigaciones recientes también han llevado a la aparición de nuevas vacunas, que incluyen formulaciones acelulares que presentan menos efectos secundarios. En la actualidad, la tos ferina es objeto de vigilancia continua por parte de las autoridades de salud pública en el mundo, dado que la enfermedad puede ser particularmente grave en bebés y niños pequeños

## TOSFERINA EN MÉXICO

Hasta la fecha actual, se han reportado más de 400 casos de tos ferina en México en el año 2025. De acuerdo a los informes del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, hasta la semana 9 del presente año se habían confirmado 288 casos.



FIGURA 3: TRATAMIENTOS PARA LA TOS.  
FUENTE: HEROÍNA DE BAYER. DISPONIBLE EN:  
[HTTP://WWW.FOGONAZOS.ES/2006/11/HERONA-DE-BAYER\\_116415393754925772.HTML](http://www.fogonazos.es/2006/11/HERONA-DE-BAYER_116415393754925772.HTML)

Sin embargo, cifras más recientes indican que México ha acumulado hasta 618 casos a finales de marzo de 2025, lo que marca un aumento significativo en comparación con los años anteriores. Este incremento ha llevado a la Secretaría de Salud a emitir alertas epidemiológicas debido al aumento de casos, que se ha evidenciado en varias Entidades de la República.

## CONCLUSIÓN

La historia de la tos ferina es un relato de avances científicos, desafíos en la salud pública y la importancia vital de la vacunación. A medida que seguimos enfrentando la enfermedad, es crucial recordar los avances logrados y mantener un compromiso con la inmunización para proteger a las generaciones futuras.

### Bibliografía.

1.- Sajadi MM, Aslanabadi A, Shad K, Khalili M, Ghabili K. The “100 Days Cough” Was Not Originally Whooping Cough. *Open Forum Infect Dis*. 1 de abril de 2016;3(2):ofw069. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/667157/mtrb1de1.pdf?sequence>

2.-Heroína de Bayer. Disponible en: [http://www.fogonazos.es/2006/11/herona-de-bayer\\_116415393754925772.html](http://www.fogonazos.es/2006/11/herona-de-bayer_116415393754925772.html)





## PERLA ACADÉMICA

### CASO CLÍNICO DE GRAN RELEVANCIA PARA EL MÉDICO INTERNISTA

DRA. IRMA ARCHUNDIA RIVEROS  
INTERNISTA, PRESIDENTE DEL COLEGIO DE  
MEDICINA INTERNA DE QUINTANA ROO  
DR. JACINTO RAMÓN ORTA  
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA  
INTERNA



# CASO CLÍNICO

## NEUROMIELITIS ÓPTICA

Paciente de sexo femenino de 21 años, originaria y residente de Cancún, Quintana Roo. Soltera, con bachillerato completo, vendedora de ropa, quien profesa la religión católica, Hemotipo O Rh positivo. Antecedentes relevantes: heredofamiliares negados. Inmunización para SARS-CoV2 dos dosis, la última en octubre 2020, resto desconoce. Niega alergias, consumo de tabaco, alcohol y drogas. Niega cirugías, hospitalizaciones y transfusiones previas. Hipertiroidismo diagnosticado en 2017 secundario a enfermedad de Graves en tratamiento con tiamazol 5mg al día.



Inicia su padecimiento en febrero de 2021 con discromatopsia y disminución de la visión en campos visuales superiores, acudió con un oftalmólogo en medio privado que solicitó una tomografía de cráneo y aplica prednisona intraocular sin mejoría de la visión. En mayo de 2021, acude con médico neurólogo por amaurosis izquierda en medio privado, quien solicita resonancia magnética de cráneo en la que se observa leve reforzamiento del nervio óptico izquierdo y potenciales evocados visuales que evidencian defectos en la conducción de la vía visual prequiasmática izquierda no acudió a seguimiento. En junio del 2022 presenta disminución de la agudeza visual del ojo derecho con discromatopsia a colores rojos, anaranjados y amarillos, así como dificultad para la acomodación ocular valorada en su unidad de medicina familiar y referida a consulta por amaurosis, ingresa a hospitalización donde a la exploración neurológica se encontró con funciones mentales conservadas, amaurosis izquierda, agudeza visual del ojo derecho 20/200 sin corrección con colorimetría normal, el resto de los pares craneales sin alteraciones, fuerza muscular en las 4 extremidades 4/5, sensibilidad normal, reflejos osteotendinosos 3/5 signos meníngeos y cerebelosos ausentes. Bien hidratada, sin adenopatías, glándula tiroides sin aumento de tamaño, ruidos respiratorios normales, precordio rítmico sin soplos, abdomen blando sin hepatoesplenomegalia, extremidades sin alteraciones.



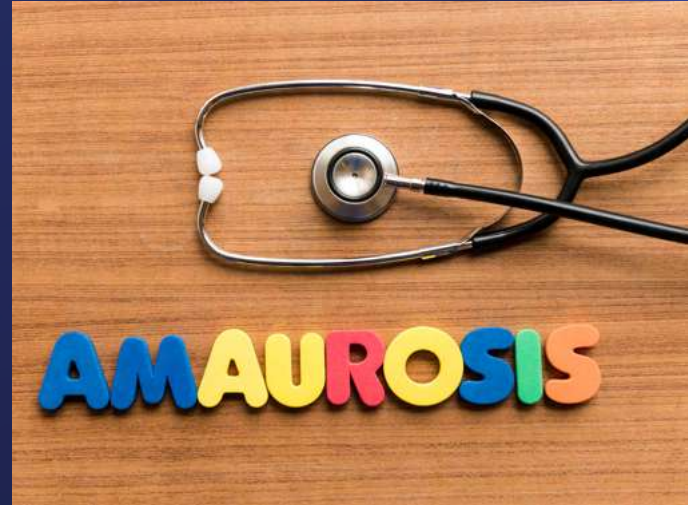
# “ CASO CLÍNICO NEUROMIELITIS ÓPTICA

## EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Inició manejo con metilprednisolona 1g IV cada 24 hrs. Se solicita una resonancia magnética con medio de contraste de cráneo y columna cervical que evidencia ligera atrofia del nervio óptico izquierdo e hiperintensidad en el trayecto del nervio óptico derecho, exámenes de gabinete, perfil tiroideo, química sanguínea, anticuerpos antinucleares, anti-DNA y Anti-MOG IgG normales. Anticuerpos anti-acuaporina 4 (AntiNMO) positivos, resto sin alteraciones. Se realiza diagnóstico de neuromielitis óptica, se otorga incapacidad, neurología inició manejo con rituximab 1 g IV cada 2 semanas inicialmente, posteriormente cada 6 meses, tiene última determinación de CD20  $800 \times 10^9/L$ , persiste amaurosis izquierda, ojo derecho sin discromatopsias agudeza visual 20/70 sin recaídas.

## DEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD

Los trastornos del espectro de neuromielitis óptica anteriormente conocida como enfermedad de Devic fue descrita por Eugene Devic, se consideraba parte de un espectro de la esclerosis múltiple con blanco específico en el nervio óptico. Ahora se conoce como una entidad propia con anticuerpos policlonales IgG contra el receptor de acuaporina 4 de la superficie celular (IgG-NMO o AQP4-Ab) que inducen lisis celular mediada por complemento, con activación de la cascada de inflamación mediada por IL-6 y con lesión de la célula oligodendrocítica y de las células de Schwann, produciendo desmielinización autoinmune.



Es una enfermedad relativamente rara con una prevalencia de 3.9 casos por cada 100,000 habitantes que se presenta principalmente en mujeres en relación 9:1, con edad media de presentación de 25-35 años sin predominio de raza.

Las manifestaciones clínicas típicas son neuritis óptica, mielitis transversa aguda, síndrome de tallo cerebral agudo, síndrome del área postrema no explicado por otras causas, narcolepsia sintomática, síndrome diencefálico agudo con lesiones típicas de neuromielitis óptica en el diencefalo, síndrome cerebral sintomático con lesiones cerebrales típicas de neuromielitis óptica.

## PRESENTACIONES CLINICAS DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA NEUROMIELITIS ÓPTICA

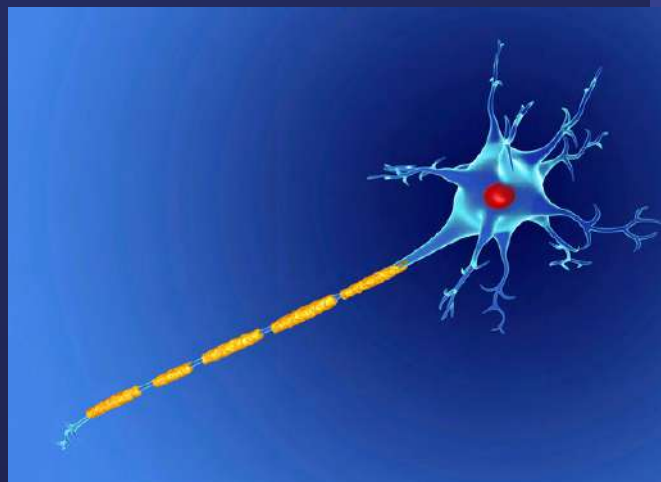
<p><b>Tipo Neuritis óptica</b> Pérdida de la visión caracterizada por disminución severa e indolora de la agudeza visual a un equivalente de Snellen de 20/200 o peor, con campo de visión altitudinal afectado al momento de la presentación, el nervio óptico se observa inflamado o normal en agudo. El pronóstico para la visión esta reservado a la evolución.</p>	<p><b>Tipo Mielitis transversa</b> Disfunción comúnmente severa de la sensibilidad y la capacidad motora, asociadas a espasmos tónicos dolorosos y a prurito, la recuperación neurológica puede ser limitada y los resultados más severos están precedidos por la extensión longitudinal de la mielitis transversa con subsecuente lesión cordal.</p>
<p><b>Tipo Síndrome diencefálico</b> Narcolepsia, hipotermia, síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética, anorexia, obesidad, inversión del ritmo sueño-vigilia.</p>	<p><b>Tipo Uveítis</b> Pérdida de la visión, visión borrosa, miodesopsias, fotosensibilidad, uveítis de afectación bilateral. Usualmente esta sintomatología suele preceder a un brote agudo de neuromielitis en el 67% de los casos.</p>
<p><b>Tipo Síndrome de área postrema</b> Náuseas, vómitos y episodios de hipo persistentes, que se acompañan de crisis de otras presentaciones clínicas del espectro de neuromielitis óptica en un 58% de los casos</p>	<p><b>Tipo Síndromes de tallo cerebral</b> Presentaciones variables de alteraciones de pares craneales, incluyendo pérdida de la audición, opsoclonias, parálisis de la mirada conjugada, mioclonías, ataxia, y disminución de la fuerza muscular.</p>
<p><b>Tipo Mielopatía aguda con hiperCKemia</b> HiperCKemia recurrente con patología muscular compatible con activación del complemento mediada por anticuerpos IgG dirigidos al sarcolema acuaporina 4.</p>	<p><b>Tipo Mieloradiculopatía</b> Manifestaciones clínicas de poliradiculopatía desmielinizante inflamatoria aguda como ebilidad y pérdida de la sensibilidad con síndrome de motoneurona inferior, con evidencia de síndrome de cauda quina y engrosamiento de las raíces nerviosas evidenciado por resonancia magnética.</p>
<p><b>Tipo Síndrome cerebral Encefalopatía</b> (encefalomielitis diseminada aguda), síndrome de encefalopatía posterior reversible, hidrocefalia y crisis convulsivas.</p>	<p><b>Tipo Neuropsiquiátrico</b> Manifestaciones psiquiátricas como depresión mayor recurrente (la más común), manías, ansiedad, psicosis, trastornos alimenticios y riesgo de suicidio.</p>



# “ CASO CLÍNICO NEUROMIELITIS ÓPTICA

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El principal diagnóstico diferencial es la esclerosis múltiple cuyo inicio puede ser insidioso con evolución con remisiones y exacerbaciones o progresiva, hay diseminación espacial y temporal de las lesiones con aumento progresivo de la severidad de los brotes. La resonancia magnética cerebral presenta lesiones en sustancia blanca usualmente periventriculares, la resonancia magnética de medula puede presentar lesiones de segmentos cortos y hay presencia de bandas oligoclonales en el líquido cefalorraquídeo. En la neuromielitis óptica el inicio siempre es con un brote agudo, la resonancia magnética evidencia lesiones en sustancia blanca en sitios no especificados, con predominio en hipotálamo, sustancia blanca periventricular, cuerpo calloso y tronco cerebral, así como lesiones medulares longitudinales en más de tres segmentos vertebrales y presencia de anticuerpos anti-acuaporina 4.



## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos se pueden dividir en dos grupos, uno aquellos pacientes con anticuerpos IgG anti-acuaporina 4 positivos, otro con pacientes con anticuerpos IgG anti-acuaporina 4 negativos o desconocidos.

1.-Criterios diagnósticos para aquellos pacientes con anticuerpos IgG anti-acuaporina 4 positivos.

- Presencia de por lo menos una de las características clínicas características. Anticuerpos IgG anti-acuaporina 4 positivos detectados con el método basado en células.
- Exclusión de otras alternativas diagnósticas.

# “ CASO CLÍNICO NEUROMIELITIS ÓPTICA

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

2.-Criterios diagnósticos para aquellos pacientes con anticuerpos IgG anti-acuaporina 4 negativos o desconocidos.

- Al menos dos características clínicas típicas que ocurren como resultado de uno o más tipos de presentación clínica y además cumplir lo siguiente.
  - Presencia de una de las variantes clínicas tipo neuritis óptica o tipo mielitis transversa con extensión longitudinal extensa o tipo síndrome de área postrama.
  - Diseminación en el espacio (por lo menos dos características clínicas típicas diferentes).
  - Cumplir con los criterios imagenológicos evidenciados por resonancia magnética.
  - Hallazgos imagenológicos (resonancia magnética) requeridos para pacientes con anticuerpos antiacuaporina 4 negativos o desconocidos.
  - Neuritis óptica aguda, requiere resonancia magnética de cerebro que evidencie (1) hallazgos normales o hallazgos no específicos de lesión de material blanca, o (2) nervio óptico con lesión hiperintensa en T2 o lesión en T1 que capte gadolinio y que se extienda por más de la mitad de la longitud del nervio óptico y que comprometa el quiasma óptico.
  - Mielitis transversa aguda, requiere resonancia magnética que evidencie lesión intramedular extendida en tres segmentos contiguos o tres segmentos contiguos de lesión espinal focal atrófica en un paciente con historial compatible de sintomatología de presentación tipo mielitis transversa aguda.
  - Síndrome del área postrema, requiere lesión dorsal medular asociada a lesión del área postrema.
  - Síndrome de tronco encefálico, requiere lesiones asociadas al área periependimaria del tronco cerebral.

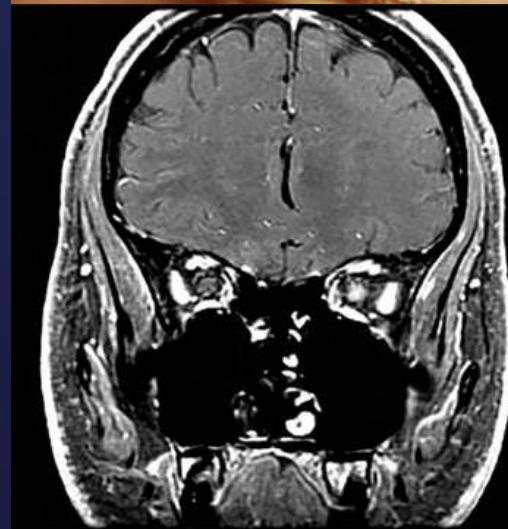
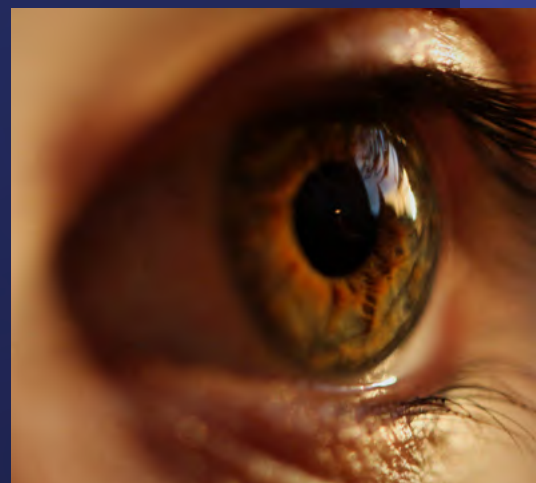
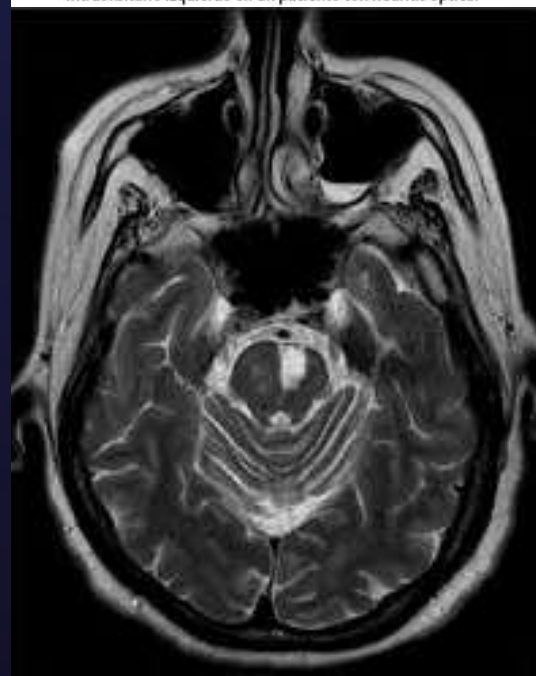


Imagen de RMN: corte coronal ponderado en T1 de las órbitas con saturación de grasa que muestra el agrandamiento del nervio óptico intraorbitario izquierdo en un paciente con neuritis óptica.



## “ CASO CLÍNICO NEUROMIELITIS ÓPTICA TRATAMIENTO

El tratamiento va dirigido a la recuperación rápida de las exacerbaciones agudas, prevención de recaídas, minimizar el riesgo de discapacidad. Entre los medicamentos aprobados los que mejor índice de éxito tienen son los inmunosupresores, existe una variedad de opciones y regímenes de tratamiento que incluyen la azatioprina, prednisona, micofenolato y rituximab.

El consenso indica que el rituximab ha mostrado mayor eficacia dentro de los estudios. Un metaanálisis realizado por Damato y cols, que evaluó a 25 pacientes indico que la terapia con rituximab presentó una mayor eficacia en las tres metas del tratamiento.

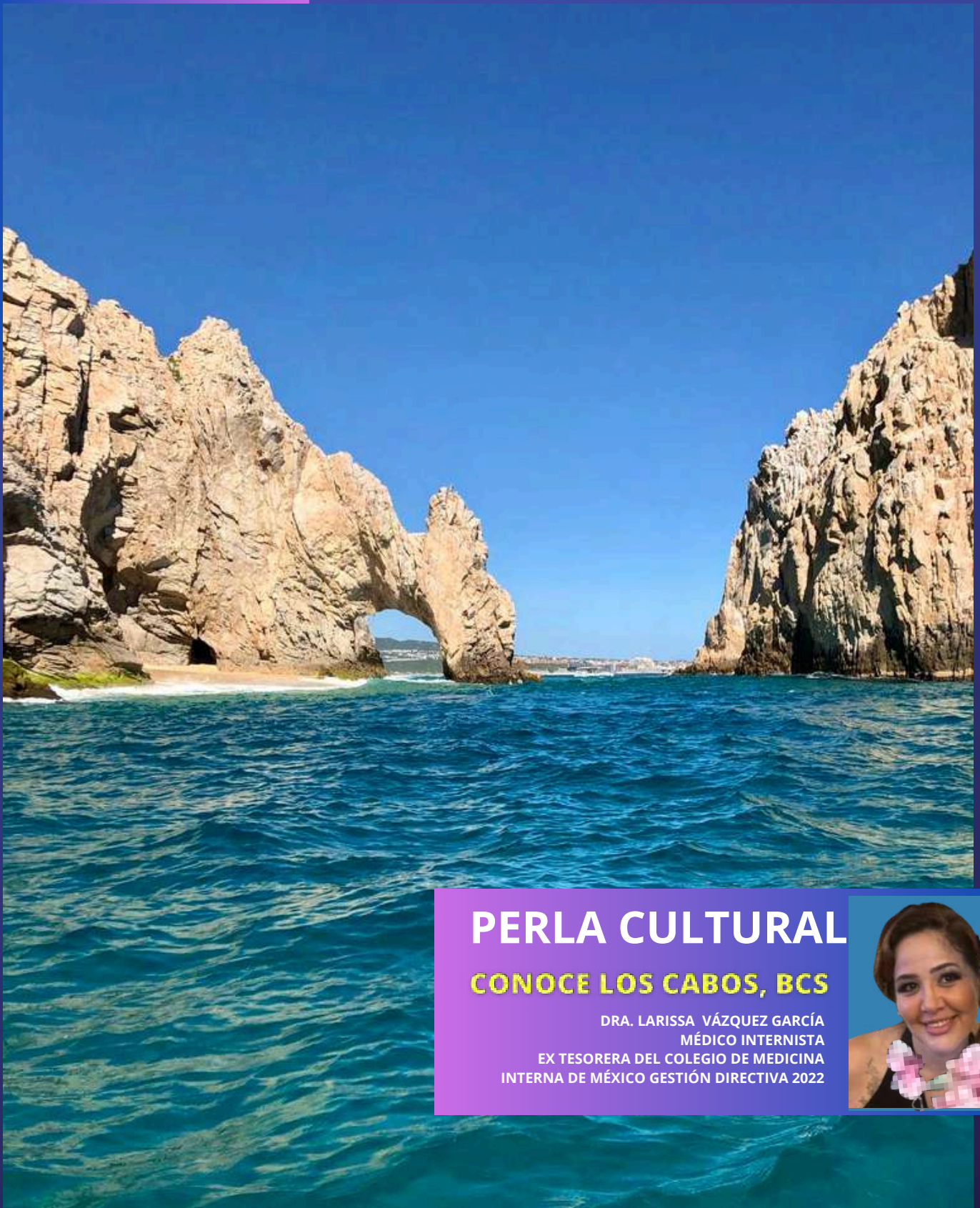
El régimen de manejo con rituximab más eficiente es dosis inicial de 375mg/m<sup>2</sup>/semana por 4 semanas seguido de terapia de mantenimiento de 375mg/m<sup>2</sup> cada 6 meses con control laboratorial que incluya biometría hemática y control de CD20 para monitorizar riesgo de desarrollar inmunodeficiencia y consiguientes infecciones oportunistas.



### Bibliografía.

1. Fujihara K. Neuromyelitis optica spectrum disorders: still evolving and broadening. *Curr Opin Neurol* 2019;32(3):385-394. doi:10.1097/WCO.0000000000000694
2. Winkler A, Wrzos C, Haberl M, et al. Blood-brain barrier resealing in neuromyelitis optica occurs independently of astrocyte regeneration. *J Clin Invest* 2021;131(5):e141694. doi:10.1172/JCI141694
3. Hor JY, Asgari N, Nakashima I, et al. Epidemiology of neuromyelitis optica spectrum disorder and its prevalence and incidence worldwide. *Front Neurol* 2020;11:501. doi:10.3389/fneur.2020.00501
4. Papp V, Magyari M, Aktas O, et al. Worldwide incidence and prevalence of neuromyelitis optica. *Neurology* 2021;96(2):59-77. doi:10.1212/WNL.00000000000011153
5. Ma X, Kermode AG, Hu X, Qui W. Risk of relapse in patients with neuromyelitis optica spectrum disorder: recognition and preventive strategy. *Mult Scler Relat Disord* 2020;46:102522. doi:10.1016/j.msard.2020.102522

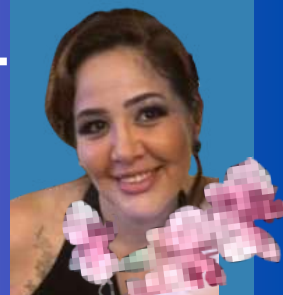




## PERLA CULTURAL

### CONOCE LOS CABOS, BCS

DRA. LARISSA VÁZQUEZ GARCÍA  
MÉDICO INTERNISTA  
EX TESORERA DEL COLEGIO DE MEDICINA  
INTERNA DE MÉXICO GESTIÓN DIRECTIVA 2022



## LOS CABOS, BCS



Los Cabos es un destino turístico impresionante que se encuentra en la punta de la península de Baja California en México, conocido por muchos por sus hermosas playas, su enigmático Arco y su vida nocturna sin embargo su historia es fascinante y llena de interesantes eventos.

### BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Los primeros habitantes de la región fueron los Pericúes, una tribu indígena que no practicaban la agricultura. Su dieta consistía en la caza de animales terrestres, como ciervos, y la recolección de frutos del agave y cactus. También eran hábiles pescadores y navegantes, capturando peces, mariscos y mamíferos marinos.

Las comunidades Pericúes parecían ser políticamente independientes, con liderazgos posiblemente hereditarios y, en algunas ocasiones, ocupados por mujeres.

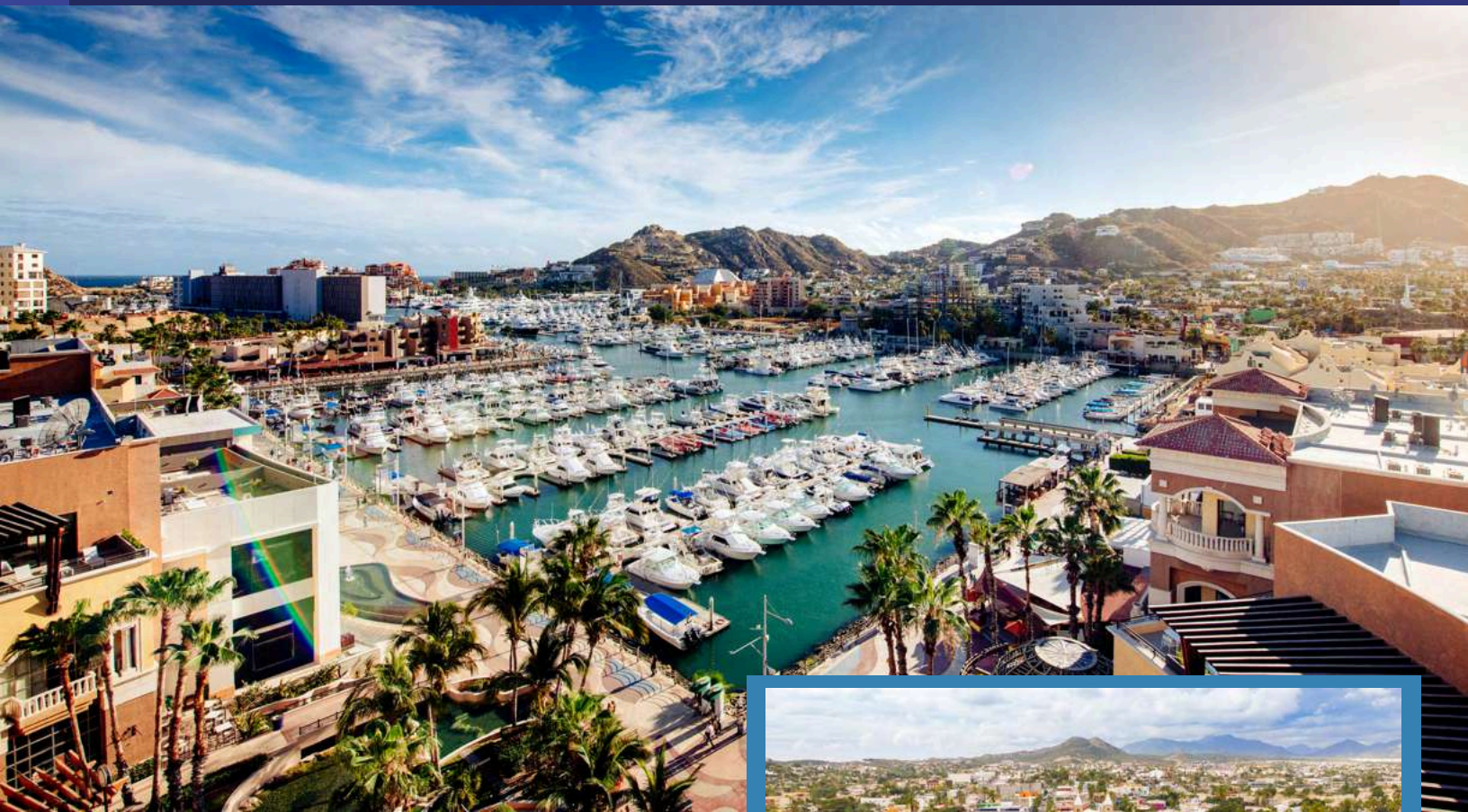
Francisco de Ulloa descubrió Cabo San Lucas en 1537 y fue hasta 1730 que los misioneros jesuitas fundaron la Misión de San José del Cabo.



## “ CABO SAN LUCAS Y SAN JOSÉ DEL CABO

La región fue conocida por la presencia de piratas que merodeaban por las aguas del Pacífico. De ahí los apellidos de la población y sus características físicas, ya que muchos descienden directamente de ingleses, escoceses, noruegos, además de existir un sin número de leyendas sobre tesoros escondidos y la presencia de barcos abandonados en sus costas.

Decir los cabos entonces es hablar de las ciudades de Cabo San Lucas y San José del Cabo, así como las localidades de Miraflores, Santiago y La ribera. Todas son caracterizadas por un clima desértico, lo que significa sol casi todo el año con temperaturas agradables en invierno y muy calurosas en verano.



**CABO SAN LUCAS, BCS**



**SAN JOSÉ DEL CABO BCS**

“Aquí te dejamos algunas recomendaciones sobre que no puedes perderte en tu próxima visita, recomendándote ampliar tus horizontes y dejándote sorprender por todas las experiencias que toda la comunidad de los cabos te ofrece.

## Los Cabos y San José del cabo

- Buceo y snorkel: El Arco y Chileno Bay
- Golf: Campos diseñados por famosos como Jack Nicklaus y Greg Norman.
- Avistamiento de ballenas: De diciembre a abril, puedes ver ballenas grises y jorobadas.
- San José del Cabo tiene un encantador centro histórico con galerías de arte, restaurantes y tiendas.
- La gastronomía es una fusión de sabores mexicanos y mariscos frescos. No te pierdas los famosos tacos de pescado.
- Cabo San Lucas es famoso por su vibrante vida nocturna con numerosos bares, clubes y restaurantes.
- El Arco de Cabo San Lucas: Una formación rocosa icónica.
- Playa del Amor y Playa del Divorcio: Dos playas cercanas al Arco, perfectas para nadar y relajarse.



[visitaloscabos.travel](http://visitaloscabos.travel)



## “ MIRAFLORES

Miraflores es un pintoresco pueblo ubicado en Baja California Sur, a unos 45 minutos al norte de San José del Cabo. El pueblo es conocido por sus artesanos locales que crean productos de cuero, cerámica y muebles hechos a mano. También es famoso por su "Feria de la Pitahaya" en julio, donde se celebran eventos deportivos y culturales.

- Sierra de la Laguna: Miraflores está situado al pie de esta reserva de la biosfera, lo que ofrece paisajes impresionantes y una rica biodiversidad.
- Aguas Termales: Hay pozas de aguas termales cerca del pueblo, ideales para un refrescante chapuzón.
- Senderismo: Hay numerosos senderos para explorar la flora y fauna del desierto y disfrutar de la naturaleza
- Platos Tradicionales: La cocina de Miraflores incluye platos como machaca, tortillas de harina, chorizo, empanadas y tamales. Se dice que en Miraflores se produce la albahaca más dulce de México y el orégano más aromático.

# MIRAFLORES

CABO DEL ESTE, BAJA CALIFORNIA SUR, MÉXICO



LOSCABOSGUIDE.COM

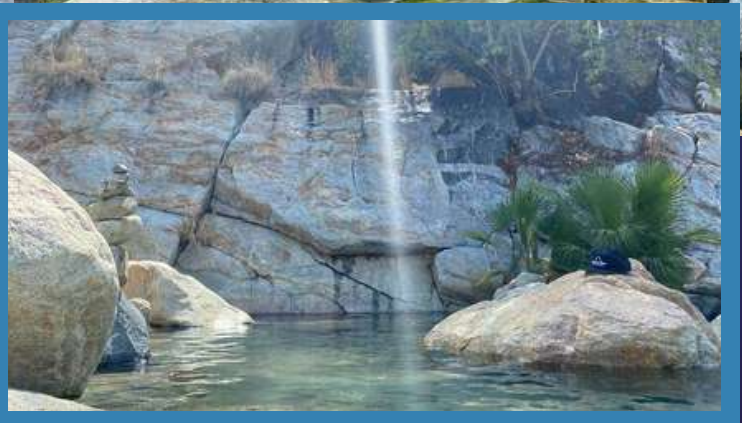




## “ SANTIAGO, BCS

Se encuentra a unos 135 km al sur de La Paz y aproximadamente 45 km al norte de San José del Cabo

- Cascadas y Aguas Termales: Algunas de las atracciones más populares incluyen la Cascada Sol del Mayo y las aguas termales de Santa Rita.
- La Ribera se encuentra a unos 60 km al sur de San José del Cabo y a 102 km al norte de Cabo San Lucas
- Pesca Deportiva: La Ribera es un lugar ideal para la pesca deportiva, con especies como el marlín, pez vela, wahoo, atún, pez gallo y dorado.
- Actividades al Aire Libre: Las playas de La Ribera son perfectas para caminatas, nadar, kayak, paddle-board, snorkel y buceo.
- Parque Nacional Marino de Cabo Pulmo: A solo 24 km de La Ribera, este parque es el único arrecife de coral vivo en Baja California Sur y una maravilla natural que no te puedes perder



**AGUAS TERMALES Y CASCADA EN SANTIAGO**

[https://www.tripadvisor.com.mx/AttractionProductReview-g152516-d30901438-Private\\_Tour\\_to\\_Hot\\_Springs\\_and\\_Waterfall\\_in\\_Santiago-San\\_Jose\\_del\\_Cabo\\_Los\\_Cabos\\_.html](https://www.tripadvisor.com.mx/AttractionProductReview-g152516-d30901438-Private_Tour_to_Hot_Springs_and_Waterfall_in_Santiago-San_Jose_del_Cabo_Los_Cabos_.html)





## BIOÉTICA CLÍNICA

### "DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA!"

BIOETICISTA, PROFESOR DE BIOÉTICA,  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA FAMILIA  
COMISIÓN DE BIOÉTICA  
COLEGIO DE MÉDICOS CIRUJANOS DEL ESTADO  
DE NUEVO LEÓN



DR. RAÚL GARZA GARZA

“



## LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Un reconocimiento a la objeción de conciencia ha sido uno de los logros más importante, sobre todo en el área de la salud, del pasado siglo XX. Desde hace varios años en México este término ha sido mencionado en un gran dilema entre los pros y los contras, que ha llegado a una aprobación y puesta en acción en la Ley General de Salud, pero también en un desconocimiento por parte de la Suprema Corte de Justicia y luego en una disertación acerca de la valía de su implementación, pero con ciertas restricciones, que han resultado más en una mala interpretación, que en un derecho innegable para los profesionales de la salud.

Todo ese gran esfuerzo que se ha hecho ha caído en una confusión importante que no deja de cuestionar la utilidad del tema, pero más los derechos de toda persona a no aceptar situaciones “legales” que atentan contra la libertad individual y sobre todo el respeto a la dignidad de cada persona.

En el centro de dicho dilema se encuentran aseveraciones como “la objeción implica una imposición de unos sobre otros” y también, refutarla porque es una imposición “religiosa”. Nada más falso que estas aseveraciones que tratan de limitar o eliminar un profundo respeto a la libertad de conciencia y todo un derecho humano. (1)

Se ha convertido en una situación política que trata de evidenciar un deceso legal, para permitir situaciones en contra de la vida humana y un énfasis en algo que se quiere denostar como reaccionario y subversivo. Este derecho no implica agresividad, sino una manera civilizada, que la persona demanda en forma pacífica, que se le deje vivir de acuerdo a su libre conciencia; siendo una de las mejores formas de democracia y tolerancia, ante situaciones que una persona capaz esgrime para evitar su inconformidad ante algo que le están obligando a realizar.

Habiendo leyes que admiten el aborto provocado, la eutanasia y el suicidio asistido, pues deben irse al otro extremo y proclamar la objeción de conciencia del profesional de la salud y parece algo sencillo, pero dista mucho de serlo. Tiene admiradores y detractores, como muchas situaciones en la condición humana; sin embargo no acaba de estar muy claro: ¿un derecho a la libre conciencia? ¿Parece ser un derecho en contra de alguno de otras personas? ¿Sabemos que es exactamente la conciencia?. Cuestionamientos que no son fáciles de contestar y que por otro lado inquietan a los que por naturaleza están en contra de muchas cosas, o para suavizar algo esto: están decididos a contradecir a otros por sí mismos.



## “DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: ¿QUÉ ES Y QUÉ NO ES?”

“La conciencia moral es la capacidad de percatarse de que unos principios, valores y normas de vida son más humanizantes que otros” (Adela Cortina 1997). De allí que la objeción de conciencia es un incumplimiento de un deber jurídico motivado por la existencia de un dictamen de la conciencia, que impide el comportamiento prescrito, con una finalidad que se agota en la defensa de la moral individual” (Gascón Abellán 1990).

### DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y LA CONSTITUCIÓN

El derecho a la objeción de conciencia existe en nuestra Constitución, forma parte del contenido del derecho a la libertad ideológica y religiosa.

En la legislación internacional se reconoce el derecho de libertad de conciencia y la objeción de conciencia:

- Artículo 18 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y artículo 9.1 Convenio Europeo de Derechos Humanos: “Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión”.
- Artículo 10 de la Carta Europea de los Derechos Fundamentales: “1. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. 2. Se reconoce el derecho a la objeción de conciencia, de acuerdo con las leyes nacionales que regulen su ejercicio”.
- Consejo de Europa, Resolución 1763/2010: “La Asamblea Parlamentaria enfatiza la necesidad de afirmar el derecho a la objeción de conciencia junto con la responsabilidad del Estado, de asegurar que los pacientes puedan acceder a la asistencia médica legal en el momento oportuno”. (2).

¿Será éste un derecho individual o de grupo? Lo cierto es que de ninguna manera se puede aducir que es más que un derecho individual, pues la conciencia es individual y por lo tanto no puede un derecho grupal, ni sería correcto. Es la persona la que tiene el manejo y decisión con respecto a su conciencia y por lo tanto sí es posible que en un grupo profesional o en una institución de salud, existan objetores y no objetores, para que lo que la ley debe esgrimir es que en un grupo profesional o en una institución de salud debe haber de ambas tendencias, al momento que la ley proclame el que se cumpla con la jurisprudencia por la cual, una persona puede ser objetora de conciencia, pero debe haber la posibilidad de que otro profesional de la salud pueda realizar lo que el o la paciente requieren.



## LA DEONTOLOGÍA EN LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Dentro de nuestras profesiones de la salud, sabemos cuáles son nuestras obligaciones y a que nos sujetamos cuando no podemos o no queremos realizarlas; además de tener claro lo que “no debemos hacer”. La llamada relación médico-paciente, que por mucho tiempo fue de una persona a otra persona, desde hace también una buena cantidad de años, se ha transformado en una relación de todo un equipo de salud por un lado y del paciente, su familia, sus amistades y la sociedad misma por el otro lado de la relación; por lo tanto ya se sale fuera de contexto el deber de hablar solo con el paciente y no tener deberes para con los demás elementos de la relación, que de alguna manera participan en el acto médico (o de salud) y para los cuales debemos establecer nexos que nos permitan un flujo de información adecuado, siempre y cuando se establezca con nitidez las participaciones de tercero y sobre todo las obligaciones de los involucrados, con la certeza de quien, si el (la) paciente no es capaz de tomar decisiones, debe tomar las decisiones necesarias para la correcta acción de salud.

En los casos de objeción, el médico actúa guiado por una conciencia que le advierte que tiene obligaciones de omisión concretas. El médico reconoce así que no puede hacer lo que quiera, sino que tiene deberes superiores con sus pacientes. En base a todo esto, tiene sentido que la objeción sea apreciada por su valor ético y sea protegida como derecho fundamental. Son contrarias a esta correcta valoración, cualquier forma de restricción, limitación o regulación de su ejercicio. Por ello “De la objeción de conciencia no se puede derivar ningún tipo de perjuicio o ventaja para el médico que la presenta”. La objeción de conciencia no debe suponer discriminación ni condicionar el ejercicio de la profesión del médico objetor. Se ve con preocupación la tendencia a un excesivo protagonismo de la jurisprudencia en la regulación del ejercicio de la objeción de conciencia, en particular por la elaboración de registros de objetores, teniendo además en cuenta su escasa utilidad en orden a organizar la atención sanitaria.



## “OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL SECTOR DE LA SALUD

Se corre así el riesgo de que la objeción de conciencia en el sector de la salud y, concretamente, la que se dirige a la acción en salud, vaya siendo parcialmente regulada a través de leyes con fines muy distintos a los del derecho fundamental, tan solo para conciliar socialmente la existencia de nuevas leyes que, precisamente, puedan ser contrarias a los deberes deontológicos.

En conclusión, el tema o más bien dilema de la objeción de conciencia, necesita ser encauzado de una forma racional, como un respeto a la dignidad de la persona del profesional de la salud y como un derecho en conciencia, que es particular de cada persona y que debe asimilarse, como una prerrogativa personal, ante situaciones de conflicto que se establecen en los límites de la acción médica y que estando bien valorados permiten una relación adecuada en los extremos posibles de la toma de decisiones que permiten el avance y no el retroceso de la relación sanitaria.



### Referencias:

- 1) Objeción de Conciencia: una sentencia respetuosa. José López Guzmán. La Gaceta de los Negocios. 28 de Junio de 2005.
- 2) El derecho a la objeción de conciencia. David Guillén Tatay. OBSERVATORIO DE BIOETICA UCV. 20 enero, 2023





# INDUSTRIA FARMACÉUTICA



Silanes

10/03/2025

## Terapias Innovadoras para la Lesión Renal Aguda en Pacientes Cardiológicos: — El Papel de la Canaglifozina —

La lesión renal aguda es una complicación común y grave en pacientes con enfermedades cardiovasculares, y su manejo sigue siendo un desafío en la práctica clínica. En los últimos años, han emergido terapias innovadoras que están cambiando el enfoque tradicional en el tratamiento de la LRA en estos pacientes.



Los estudios han demostrado que la canaglifozina es eficaz en pacientes con insuficiencia renal crónica y diabetes tipo 2, como se observó en los ensayos CANVAS y CREDENCE

**E**ste artículo explora la evidencia reciente sobre el uso de la canaglifozina en el tratamiento de la Lesión Renal Aguda (LRA) en pacientes con comorbilidades cardiovasculares y renales, así como su impacto en el manejo integral de estos pacientes.

Su tratamiento ha sido tradicionalmente limitado a terapias de soporte, como la diálisis. Sin embargo, nuevas terapias farmacológicas están mostrando un gran potencial, especialmente los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2), como la canaglifozina.

La canaglifozina, un inhibidor selectivo de SGLT2, tiene efectos más allá de su acción hipoglucemiante. Al reducir la reabsorción de glucosa en los túbulos renales, también mejora la función renal y reduce la presión intraglomerular, factores clave en el tratamiento de la LRA. Además, tiene propiedades antiinflamatorias y antifibróticas, que pueden proteger los riñones de daños adicionales, reduciendo la progresión de la lesión renal.

En los cuales se reportaron mejoras tanto en los resultados renales como cardiovasculares. Estos hallazgos sugieren que la canaglifozina podría ofrecer beneficios similares en pacientes con Lesión Renal Aguda inducida por insuficiencia cardíaca o eventos isquémicos, al reducir la sobrecarga de líquidos, mejorar la perfusión renal y disminuir la inflamación renal.

Aunque los beneficios de la canaglifozina en la Lesión Renal Aguda son prometedores, su uso debe ser monitoreado cuidadosamente, especialmente en pacientes con función renal severamente deteriorada, debido a riesgos como deshidratación y acidosis. A pesar de estas precauciones, su capacidad para mejorar la función renal y cardiovascular posiciona a la canaglifozina como una herramienta terapéutica innovadora en el manejo de la LRA en pacientes con comorbilidades cardiovasculares.

#### REFERENCIAS:

1. Neal B, Perkovic V, Mahaffey K W, et al. (2017). Canagliflozin and cardiovascular and renal events in type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine*, 377(7): 644-657. doi:10.1056/NEJMoa1609331
2. Perkovic V, Jardine M, Li Neal B, et al. (2019). Canagliflozin and renal outcomes in type 2 diabetes and nephropathy. *New England Journal of Medicine*, 380(24): 2295-2306. doi:10.1056/NEJMoa1807411
3. Zelniker T, A, Wiviott S, D, Raz I, et al. (2019). SGLT2 inhibitors for primary and secondary prevention of cardiovascular and renal events in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 393(10166): 31-39. doi:10.1016/S0140-6736(18)32590-X

DVVR





**Mankabal**<sup>®</sup>  
Rosuvastatina / Ácido Acetilsalicílico

Primera y única combinación a dosis fija de **Rosuvastatina + Ácido Acetilsalicílico** para una prevención efectiva y segura de eventos cardiovasculares mayores

Caja con 30 Cápsulas

Sitanes



# 9 DE ENERO

## SESIÓN Y CAMBIO DE MESA DIRECTIVA

**SESIÓN MENSUAL ENERO**

De los estudios a la práctica clínica con finerenona, beneficios Cardio-renales

**Jueves 9 de Enero 2025**

**20:00 hrs**

Doctors Hospital Galerias - Auditorio planta baja

**MODALIDAD PRESENCIAL**

**DR. JUAN CARLOS RAMÍREZ SANDOVAL**  
PONENTE

**DR. GERMÁN VELARDE**  
COORDINADOR

**COSTOS AFILIACIÓN**

**COSTO PREFERENCIAL MEDICO INTERNISTAS \$3000**

**MEDICOS GENERALES \$1600**

**RESIDENTES \$700**

CONFIRMACIONES DE AFILIACIONES - AL CORREO: COLEGIOMINE@GMAIL.COM  
CUENTA BANREGIO: 054892160018  
CLABE: 0058580548921600186  
COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL NORESTE A.C.

COMINENL COMINENORESTE  
COMINENORESTE  
ACNORESTE

**BAYER**



# 6 DE FEBRERO SESIÓN MENSUAL

## SESIÓN MENSUAL FEBRERO



Colegio de Medicina Interna  
del Noreste A.C.



"Desenlaces cardiorenales de los  
arGLP-1 (semaglutida)"



**Jueves**  
**6 de Febrero 2025**



**20:00 hrs**



**Doctors Hospital**  
**Galerías - Auditorio**  
**planta baja**

**MODALIDAD**  
**PRESENCIAL**



**f** COMINENL **yt** COMINENORESTE

**@** COMINENORESTE

**✉** ACNORESTE



novo nordisk®

**Dr. Carlos Alberto**  
**Garza García**  
**Ponente**

CÁPSULA BIOÉTICA  
"QUÉ SABEMOS DE LA BIOÉTICA"  
DR. JESÚS FERNANDO  
COLUNGA GONZÁLEZ

**COSTOS**  
**AFILIACIÓN**  
**COSTO PREFERENCIAL**  
**MEDICO INTERNISTAS \$3000**  
**MEDICOS GENERALES \$1600**  
**RESIDENTES \$700**

CONFIRMACIONES DE AFILIACIONES:  
AL CORREO: COLEGIOMINE@GMAIL.COM  
CUENTA BANREGIO: 054892160018  
CLABE: 058580548921600186  
COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL NORESTE A.C.



# SESIÓN MENSUAL MARZO



Colegio de Medicina Interna  
del Noreste A.C.



## “El papel de los iDPP4 en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2”



**Jueves**  
**6 de Marzo 2025**



**20:00 hrs**



**Doctors Hospital AUNA**  
**Galerías - Auditorio**  
**planta baja**



**Dr. Juan Carlos  
Garnica Cuella**  
**Ponente**

Cápsula Cultural  
Moneda Peso Caballito  
“Primera Moneda  
Commemorativa”

Ponente: Hugo Angel Lira  
Romero

**COSTOS  
AFILIACIÓN**  
**COSTO PREFERENCIAL  
MEDICO INTERNISTAS \$3000**  
**MEDICOS GENERALES \$1600**  
**RESIDENTES \$700**

CONFIRMACIONES DE AFILIACIONES  
AL CORREO: COLEGIOMINE@GMAIL.COM  
CUENTA BANREGIO: 054892160018  
CLABE: 058580548921600186  
COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL NORESTE A.C.

# 20 DE MARZO SESIÓN EXTRAORDINARIA

SESIÓN MENSUAL  
EXTRAORDINARIA  
MARZO



Colegio de Medicina Interna  
del Noreste A.C.



Colegio de Medicina Interna del Noreste A.C.  
FILIAL CMIM



## DISLIPIDEMIA MIXTA Y MICROBIOTA: REPROGRAMANDO EL EJE INTESTINO- METABÓLICO



Dr. Abel Alberto  
Pavía López  
Ponente



**Jueves**  
**20 de Marzo 2025**



**20:00 hrs**



**Doctors Hospital AUNA**  
**Galerías - Auditorio**  
**planta baja**

**COSTOS  
AFILIACIÓN**

**COSTO PREFERENCIAL  
MEDICO INTERNISTAS \$3000**

**MEDICOS GENERALES \$1600**

**RESIDENTES \$700**

CONFIRMACIONES DE AFILIACIONES  
AL CORREO: COLEGIOMINE@GMAIL.COM  
CUENTA BANREGIO: 054892160018  
CLABE: 058580548921600186

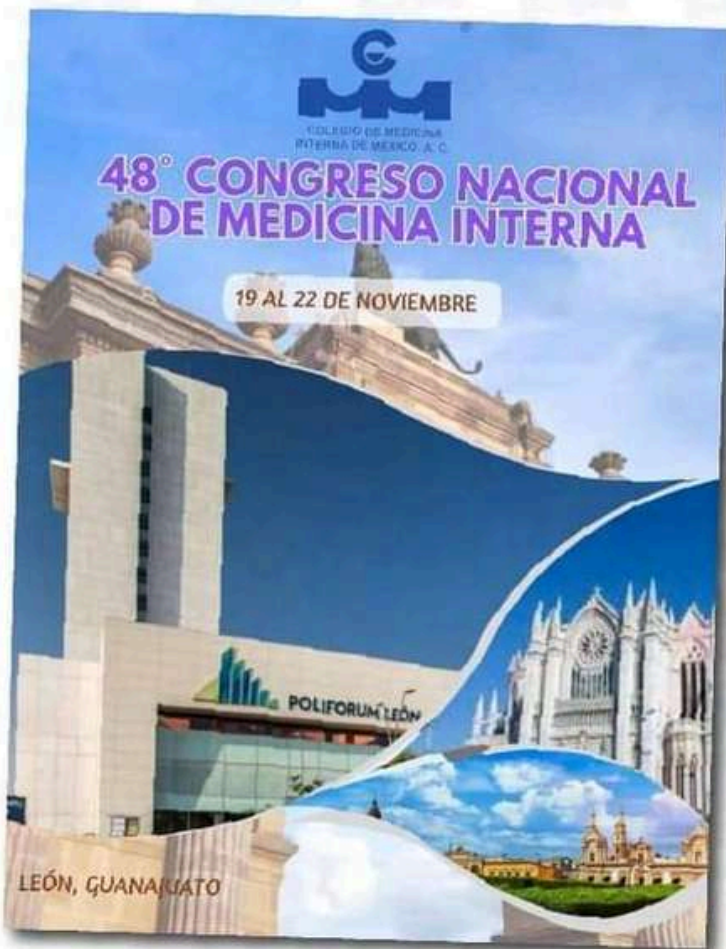
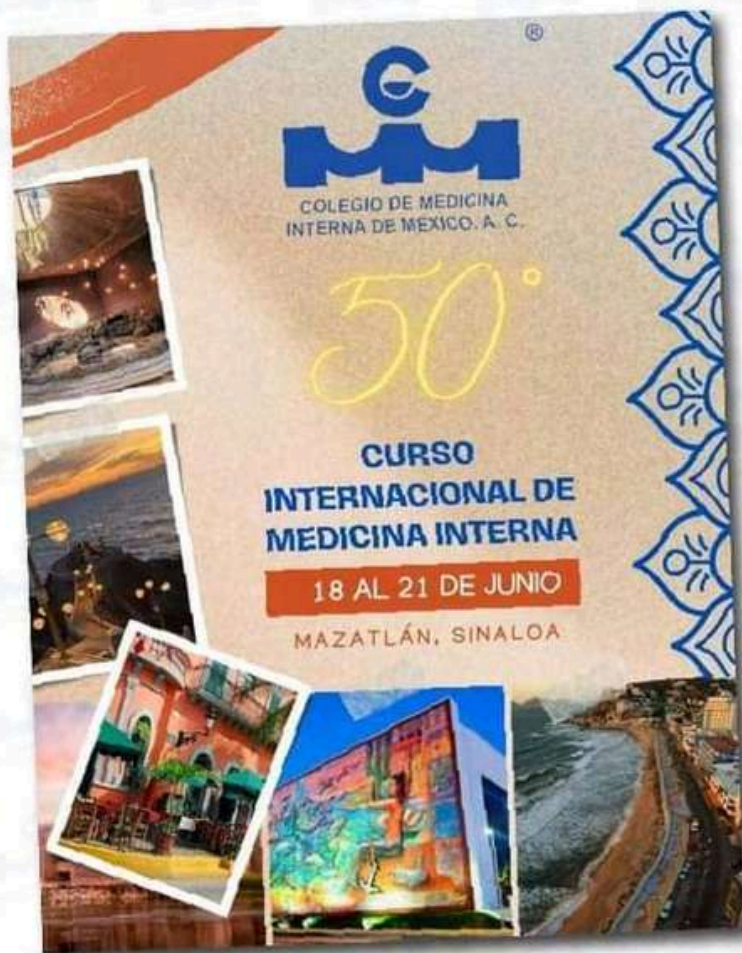
COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL NORESTE A.C.



VOLUMEN V, NÚMERO 1, ENERO-MARZO 2025



# *¡Aparta las fechas!*



# Ene y Feb

Olavide	Aguilar	Dra. Elizabeth	04-ene
Rodríguez	Garza	Dra. Blanca Esthela	06-ene
Avila	Cruz	Dra. Laura Estefania	06-ene
Muñoz	Ramírez	Dra. María del Rosario	17-ene
Ceja	Barrera	Dr. Lucrecia	21-ene
García	De la Cruz	Dr. Guillermo	08-feb
Garza	Felix	Dra. Sandra	08-feb
Mendoza	Vallejo	Dr. Victor Manuel	11-feb
Lozano	Moreno	Dr. Cesar Lauro	18-feb
Rosales	Alvarez	Dra. María Yolanda	19-feb
Gutiérrez	Aguirre	Dr. César Homero	22-feb
Zapata	Martinez	Dra. Karla Esmeralda	22-feb
Santos	Macías	Dr. Juan Enrique	29-ene

# Marzo

15 Dr. Alberto Daniel Mendoza López

18 Dra. Carolina Castillo Castro

19 Dr. Luis Alonso Morales Garza

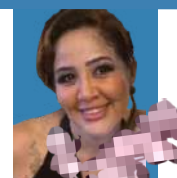
19 Dra. María Teresa Sánchez Avila

30 Dr. Carlos Hernández Ramírez R.I.P.



**Cumpleaños del mes de  
Enero a Marzo, 2025**

# AGRADECIMIENTO ESPECIAL A NUESTROS COLABORADORES



Dr. Jorge F. Vega Enguezabal

Dra. Karina L. Lara Sampayo

Dr. Constancio Ponce González

Dra. Ma. Cristina Guerrero de León

Dra. Irma Archundia Riveros

Dr. Jacinto Ramón Orta

Dra. Larissa Vázquez G.

Dr. Raúl Garza Garza

EDITOR

ARTE


DIRECCIÓN




Dra. María Cristina Guerrero de León  
Dr. Jorge F. Vega Enguezabal  
Presidente COMINE 2025-2027


 [www.comine.com.mx](http://www.comine.com.mx)

 [info@comine.com.mx](mailto:info@comine.com.mx)

 [@cominenoreste](https://www.instagram.com/cominenoreste)

 [comine noreste](https://www.youtube.com/cominenoreste)

 [/cominenl](https://www.facebook.com/cominenl)

 [cominenoreste](https://www.linkedin.com/cominenoreste)