

Primer Encuentro Nacional de Medicina del Dormir

Los días 26 y 27 de abril del año en curso se llevó a cabo, en la ciudad de Puebla, el *Primer Encuentro Nacional de Medicina del Dormir* en el marco de las actividades del LXX Congreso Nacional de Neumología y Cirugía de Tórax. Esta actividad fue organizada por la Sección de Trastornos Respiratorios del Sueño de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax (SMNyCT) y por la Clínica de Sueño del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER).

La idea nació a mediados del año 2010 ante la necesidad de tener un foro en el que un grupo plural de profesionistas dedicados a la Medicina del Dormir y quienes trabajan en diversas instituciones públicas y privadas, compartieran sus conocimientos y su experiencia en ésta aún rezagada disciplina médica. En este contexto, es que el día 15 de octubre de 2010 se llevó a cabo la *Primera Reunión de Medicina del Dormir* en el INER. En esa ocasión contamos con la presencia, gracias al apoyo de la compañía Philips Respironics, del Dr. León Rosenthal, mexicano radicado en Estados Unidos y con quien tuvimos la fortuna de compartir espléndidos momentos, tanto académicos como de espacamiento. Además, tuvimos la valiosa participación del Dr. Fructuoso Ayala Guerrero que nos hizo una reseña de la historia de la Medicina del Dormir en nuestro país; del Dr. Raúl Aguilar Roblero quien nos actualizó los conocimientos e importancia de la cronobiología y el impacto que puede tener en la práctica clínica y la estupenda conferencia del Dr. Manuel Martínez Lavin acerca de la Fibromialgia en la Medicina del Dormir. Pensamos, en un

inicio, que sería otra reunión a la que acudirían, como es costumbre, entre 10 y 15 personas genuinamente interesadas. Para nuestra sorpresa, dicha reunión fue un «éxito». Acudieron médicos de diversas especialidades relacionadas a la medicina del dormir, personal técnico, residentes e incluso, estudiantes de pregrado. El aula que nos fue asignada, figurando *a priori* ser grande, fue insuficiente a pesar de los 52 lugares disponibles y había al menos una docena de personas de pie que se sostuvieron ahí a pesar de las incomodidades. Ante dicho escenario, era clara la enorme necesidad de planear alguna actividad académica de mayor alcance.

Fue así como se organizó el *Primer Encuentro Nacional de Medicina del Dormir*. La SMNyCT, en las personas del Dr. Andrés Palomar Lever y el Dr. Juan Carlos Vázquez García, nos abrió las puertas para llevar a cabo este ambicioso evento. Logramos reunir el talento de cinco profesores extranjeros y una veintena de profesores nacionales procedentes de diversas entidades federativas que en dos días de actividades cubrieron algunas de las múltiples necesidades académicas que tenemos todos los profesionales que nos dedicamos a esta disciplina. Los cinco profesores extranjeros a quienes les agradecemos su valiosa presencia fueron los doctores: Joaquín Durán Cantolla (España), Eusebi Chiner Vives (España), León Rosenthal (Estados Unidos), Geraldo Lorenzi Filho (Brasil) y Magdy Younes (Canadá). Durante las actividades académicas del primer día se revisaron los instrumentos de medición más importantes que existen en el abordaje diagnóstico de los pacientes con trastornos del dormir; es especial, la polisomnografía y las reglas de estadificación y monitoreo cardiorrespiratorio, tanto en adultos como en niños. Se tuvieron dos simposios; el primero, enfocado a las características normales del dormir en diferentes grupos de edad; y el segundo, a la valoración de som-

nolencia y estado de alerta. El taller de instrumentación y control de calidad en polisomnografía complementó las actividades. En el segundo día se procuró un enfoque «respiratorio»; las conferencias fueron acerca de diferentes aspectos del síndrome de apneas e hipopneas durante el sueño (SAHS) y del síndrome de hipovenilación-obesidad tales como su epidemiología, fisiopatología, métodos simplificados de diagnóstico y los daños a la salud que generan. El simposio *Aspectos terapéuticos del SAHS* atendió aspectos novedosos del tratamiento de dicha enfermedad incluyendo modalidades quirúrgicas. El Dr. Eusebi Chiner Vives expuso la experiencia que en España han tenido acerca del proceso de certificación de las unidades de sueño a través de la Sociedad de Neumología de aquel país. Este aspecto es de suma relevancia e hizo patente la necesidad que tenemos en México de iniciar un proceso de certificación basado, más que en los individuos, en los centros en donde se atienden pacientes portadores de trastornos del dormir. Finalmente, en una mesa redonda multidisciplinaria, se discutió el mercado de trabajo y la formación de recursos humanos en Medicina del Dormir.

El *Primer Encuentro Nacional de Medicina del Dormir* nos dejó diversas y enriquecedoras enseñanzas. El éxito obtenido que se manifestó por ocupación al 90% casi permanente en un auditorio con cabida para 250 personas fue debido, principalmente, a dos factores; el primero, al soporte de la SMNyCT gracias a lo cual se financió a la totalidad de profesores nacionales y contamos con cuatro profesores extranjeros que en todo momento mostraron una disposición espléndida para compartir sus conocimientos y experiencia; y el segundo, al compromiso en aspectos de educación de la compañía Philips Respironics que contribuyó con los gastos derivados de otro profesor extranjero y otorgó becas completas y trasladó

para 30 personas que se dedican a la medicina del dormir en México. El esfuerzo de todos logró que el *Primer Encuentro Nacional de Medicina del Dormir* fuera la tercera actividad con mayor número de asistentes en el LXX Congreso Nacional de Neumología y Cirugía de Tórax.

El «éxito» también confiere nuevas responsabilidades que se extienden fuera de un auditorio y nos plantea la necesidad de «avanzar» hacia un reconocimiento social y de las autoridades sanitarias del gigantesco problema de salud pública que son los «trastornos»; o mejor dicho, las «enfermedades» del dormir. Trincheras las hay muchas; ésta, el *Encuentro*, es una que se yergue con firmeza y con el esfuerzo y perseverancia de muchos. Esperamos poder informarles en breve, acerca del *Segundo Encuentro Nacional de Medicina del Dormir*. Enhorabuena.

Luis Torre-Bouscoulet,*✉

Armando Castorena-Maldonado †

Jefe de la Sección de Trastornos Respiratorios del Sueño, SMNyCT; 2009-2011. Jefe del Departamento de Fisiología Respiratoria, INER Ismael Cosío Villegas;* Coordinador General del Primer Encuentro Nacional de Medicina del Dormir. Jefe de la Clínica de Sueño, INER Ismael Cosío Villegas.†

✉ Correspondencia:

Dr. Luis Torre-Bouscoulet,
Departamento de Fisiología Respiratoria
y Clínica de Trastornos Respiratorios del
Sueño.
Instituto Nacional de Enfermedades
Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
Teléfono y fax: (52) (55) 56654748
Correo electrónico:
luistorreb2001@yahoo.com.mx

Índice

- Situación de la influenza en México y el mundo
- Actualización sobre brotes de enfermedades agudas
- Avances en la Legislación antitabaco en México y el mundo
- Eventos nacionales e internacionales
- Publicaciones destacadas
- Noticias de interés

Situación de la influenza en México y el mundo

La información presentada en esta actualización es obtenida a partir de los datos distribuidos por los Ministerios de Salud de los Estados Miembros y de los Centros Nacionales de Influenza de los Estados Miembros a la Organización Panamericana de la Salud o de actualizaciones de los Ministerios de Salud de los Estados Miembros en sus páginas *webs*.

América del Norte. En Canadá, la actividad de influenza continúa disminuyendo en la mayor parte del país, excepto por actividad localizada. La tasa de consultas por enfermedad tipo influenza (ETI) fue de 15.1 por 1,000 consultas, mayor a lo observado la semana previa, pero dentro de lo esperado para esta época del año. El porcentaje de muestras positivas a influenza continúa disminuyendo; en la semana epidemiológica (SE) 18 fue 5.2%, menor que la semana previa (7.1%). El virus de influenza B (71.7%) fue más frecuente que influenza A (28.3%). Entre los otros virus respiratorios, el virus sincicial respiratorio (VSR) sigue disminuyendo y la proporción de muestras positivas para influenza continúa aumentando en varias regiones del país.

En México en la SE 18, entre las muestras analizadas ($n = 23$), no se detectaron virus respiratorios.

En Estados Unidos a nivel nacional, la proporción de consultas de pacientes ambulatorios por ETI (1.1) estuvo por debajo de la línea de base nacional. A nivel regional, todas las regiones sub-

nacionales notificaron una proporción de ETI por debajo de sus líneas de base específicas. La proporción de defunciones atribuidas a neumonía e influenza estuvo en el umbral epidémico. En la SE 18 se notificaron dos muertes pediátricas asociadas a influenza. Durante esta semana 1.9% de las muestras analizadas fueron positivas a influenza, con predominio de influenza B, influenza A/H3 e influenza A no subtipificada.

Caribe. La proporción de admisiones por infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) permaneció por debajo del 1%. Fueron reportadas dos muertes asociadas a IRAG en el último mes; en la SE 15 y 16, entre las muestras procesadas, se detectó que el virus predominante fue el rinovirus, seguido por VSR y adenovirus. No se detectó virus de influenza desde la semana 13.

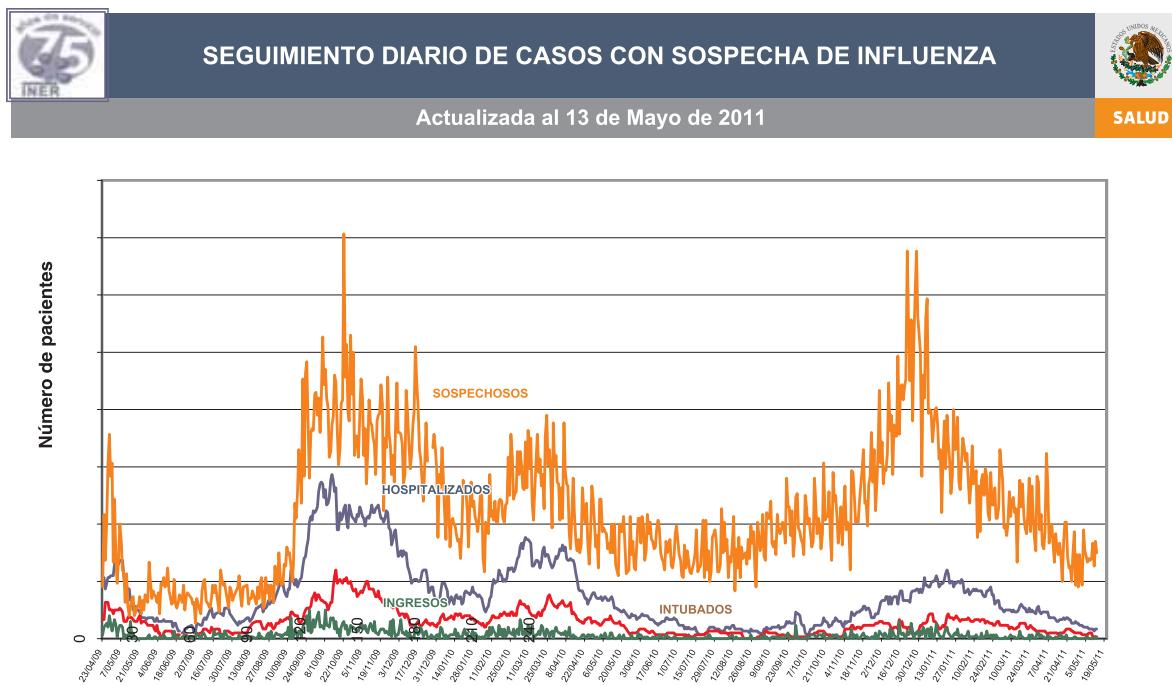
En Cuba, entre todas las muestras analizadas, el porcentaje de muestras positivas para virus respiratorios permaneció en ~50%; sin embargo, no se detectaron muestras de influenza. Según los datos de laboratorio en lo que va de 2011 hasta la fecha, el virus de influenza predominante en circulación ha sido influenza A/H3. Otros virus respiratorios (VSR, adenovirus y parainfluenza) co-circularon.

En América del Norte, la mayoría de indicadores de actividad de influenza continúan disminuyendo, el porcentaje de muestras positivas a influenza continúa disminuyendo, siendo el virus de influenza B ligeramente predominante respecto a influenza A.

En Centroamérica, el Caribe, la región Andina y el Cono Sur, la actividad de influenza permaneció baja. En varios países de Sudamérica se reportó aumento de actividad de infecciones respiratorias siendo VSR, el virus respiratorio predominante en circulación.

América Central. En Costa Rica entre las muestras analizadas, el porcentaje de positividad para virus respiratorios disminuyó a ~30% desde ~40% (SE 18); sin embargo, no se detectaron virus de influenza en las últimas dos semanas. El adenovirus ha sido el virus respiratorio predominante en circulación desde la SE 10, seguido por influenza. En Honduras, el porcentaje por atenciones ETI fue de 6.6%, ligeramente mayor al observado

Actualidades en el mundo de la neumología y la cirugía torácica



la semana previa (5%). La proporción de hospitalizaciones por IRAG fue de 2%, menor a lo observado en la SE 17 (3%). Esta semana, fueron reportados 5 fallecidos por IRAG en San Pedro Sula. Durante el presente año, pocos casos de virus respiratorios fueron detectados.

América del Sur-Andinos. En Venezuela, el número de casos de IRA y neumonía aumentó con respecto a la semana previa (aumentó de 28 y 29%, respectivamente), sin embargo, permanecen dentro de lo esperado para esta época del año. De acuerdo al reporte de influenza, en lo que va de 2011 hasta el 4 de mayo, se han detectado 2,014 casos positivos para influenza A/H1N1 2009, con una tendencia al descenso entre la SE 12 con el pico epidémico ($n = 595$) hasta la semana 17 ($n = 46$).

América del Sur-Cono Sur. En Argentina, entre las muestras analizadas, el porcentaje de positividad para virus respiratorios incrementó entre la SE 10 (11%) a la 17 (~40%), sin embargo, en la semana 18 decreció a ~20%. En Chile, la actividad de ETI aumentó ligeramente (4.9 consultas por 100,000 habitantes) respecto a la semana previa (4.1), aunque permanece dentro de los niveles esperados para esta época del año y menor al observado durante el 2009 y 2010. El porcentaje de atenciones en servicios de urgencias por causas res-

piratorias en menores de 15 años aumentó ligeramente a 40% desde la semana anterior (38%), que es ligeramente superior al observado en los dos últimos años.

Influenza, situación en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER). En el INER, el número de pacientes internados (en acumulado desde 17-IV-09) es de 1518.

En cuanto a los casos confirmados (acumulado desde el 17-IV-09) se presentaron de la siguiente manera: 258 H1N1, 97 influenza A, 35 influenza H3, 602 negativos.

el MSPP registró un total de 302,401 casos de cólera de los cuales 53.8% (162.651) requirieron hospitalización y 1.7% fallecieron (tasa global de letalidad).

A partir de la SE 19 se observó un incremento en el número de nuevas hospitalizaciones en comparación con las semanas epidemiológicas precedentes, especialmente en los departamentos de Sud-Est, Nord-Ouest y Port-au-Prince.

Mientras en la República Dominicana, desde la SE 16 se registra un incremento de casos sospechosos en localidades periféricas de Santo Domingo próximas al río Osama e Isabel. El incremento coincide con el aumento de lluvias en esa área.

Actualización sobre brotes de enfermedades agudas

Alerta epidemiológica: Actualización sobre la situación del cólera en Haití y República Dominicana (publicado el 20 de mayo de 2011)

En Haití, desde el inicio del brote de cólera en la SE 42 de 2010 al 10 de mayo de 2011,

Avances en la legislación antitabaco en México y el mundo

Día Mundial sin Tabaco 2011

En 1988 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó a todos los gobiernos la celebración del *Día Mun-*

dial sin Tabaco cada 31 de mayo para llamar su atención, y la de todos los grupos sociales sobre los problemas de salud pública asociados a dicha sustancia adictiva, así como para promover actitudes y conductas de rechazo a la misma. Dicha recomendación ha sido acatada en México con gran entusiasmo e interés.

Durante la fecha se llevan a cabo jornadas intensivas de información y orientación a nivel nacional en las unidades de los servicios estatales de salud; pero también se realiza una gran movilización de niños, jóvenes, estudiantes, deportistas, ecologistas y personas de otros sectores en torno a conceptos preventivos que difunden una vida saludable, sin atacar o descalificar a quienes fuman.

Cada año se recomienda un lema para esta conmemoración. En este 2011, el lema recomendado por la OMS y adaptado por el Comité Interinstitucional para la Lucha contra el Tabaco es: *Día Mundial sin Tabaco 2011 «por tu derecho a la salud haz valer el convenio marco para el control del tabaco»*.

El *Día Mundial sin Tabaco* se ha logrado arraigar entre la población y su

organización, está a cargo de la Secretaría de Salud a través del INER y del Consejo Nacional contra las Adicciones por conducto de la Oficina Nacional para el control del Tabaco, y a partir de ésta de los 32 consejos estatales contra las adicciones con el apoyo de un grupo organizado de instituciones de gobierno como organizaciones civiles que forman el *Comité Interinstitucional para la Lucha contra el Tabaco* (CILCT) que se crea en 1989 con la encomienda de organizar las actividades del *Día Mundial sin Tabaco*.

La denominación de interinstitucional se adoptó durante la administración del Dr. Jaime Villalba Caloca en el INER y de la Mtra. Haydée Rosovsky en el CONADIC a fines de los años 90.

Si bien, al principio se realizaban actividades restringidas al D. F., como una conferencia de prensa organizada por el área de Comunicación Social de la Secretaría de Salud y un seminario para especialistas en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) o en el INER, fue muy pronto que empezó a diseminar el trabajo del comité por medio de los Con-

sejos Estatales contra las Adicciones, los Institutos Estatales de la Juventud y el Deporte, incluso durante cinco años se realizó en las 32 entidades federativas, en paralelo, una *Semana Nacional de la Juventud contra el Tabaquismo* durante el sexenio del presidente Carlos Salinas de Gortari, siendo Secretario de Salud el Dr. Jesús Kumate Rodríguez.

En los años recientes, el CILCT sigue sesionando en el INER, pero ya con una cuarentena de instituciones gubernamentales y organizaciones sociales que trabajan en forma permanente en aspectos preventivos de tratamiento, rehabilitación, investigación, abogacía e impulso de políticas públicas a favor del control del tabaco. Esta suma de esfuerzos y de integrantes del comité llevó a formar tres comités derivados del CILCT, a saber: Comité Científico, Comité de Enseñanza, Comité de Difusión y Comité de Eventos Simultáneos.

La incorporación de numerosas dependencias gubernamentales no sanitarias, así como de organizaciones de la sociedad civil es un logro de los años recientes que debe resaltarse. El tema del control del tabaco ha podido situarse en las agendas

PICTOGRAMA Y MENSAJE SANITARIO 3

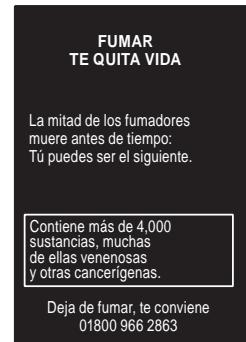


PICTOGRAMA

La imagen del pictograma deberá cubrir al menos el 30% de la parte superior frontal de la cajetilla o empaque de cigarrillos.

TEXTO DEL PICTOGRAMA

Helvetica Neue Bold 10 pt., en altas condensada al 75% máximo, 100% mínimo.



MENSAJE SANITARIO

100% de la parte anterior del paquete o de la cajetilla.

RECUADRO

Contenido: Helvetica Neue Bold 9 pt., interlineado en 11 pt., al 100% a lo alto y 100% a lo ancho, texto centrado. Ningún doblez de la cajetilla deberá cruzar una línea de texto.

RECUADRO:

Rectángulo de ancho y altura variable, según los renglones del párrafo y tamaño del paquete o cajetilla; a efecto de que las proporciones del recuadro correspondiente a la leyenda sanitaria se asimilen a las características presentadas en prototipo anterior, con línea de 1 pt. de grosor. El recuadro se ubicará a 6 mm. de la línea de la base de la recomendación y a 2 mm. del doblez izquierdo de la cajetilla.

RECOMENDACIÓN Y NÚMERO DE AYUDA

Helvetica Neue Bold 9.5 pt., interlineado en 12 pt., al 100% a lo alto y 100% a lo ancho, texto centrado, el teléfono de ayuda a 10 pt.

Entre la línea base del número de ayuda y la línea de doblez del límite interior de la cajetilla deberá haber 4 mm. de espacio libre.



ADVERTENCIA LATERAL

Helvetica Neue Bold 11 pt., interlineado en 13 pt., al 100% a lo alto y 100% a lo ancho, texto centrado.

COLOR

El color de la tipografía y la línea del recuadro deberá ser Pantone 115 o en selección de color (CMYK) en 10% magenta y 80% amarillo.

TIPOGRAFÍA PERMITIDA: Helvetica Neue Bold (puede sustituirse por Helvetica Bold o Arial Bold).

ENCABEZADO

Helvetica Neue Bold 11 pt., interlineado en 14 pt., al 100% a lo alto y 100% a lo ancho, texto centrado. Ningún doblez de la cajetilla deberá cruzar una línea de texto.

MENSAJE CENTRAL

Helvetica Neue Bold 9 pt., interlineado en 12 pt., al 100% a lo alto y 100% a lo ancho, interlíftreaje normal o cero, en altas y bajas, texto alineado a la izquierda, a 4 mm. del doblez. Centrado verticalmente entre el encabezado y el recuadro.

de distintos sectores y entidades públicas, privadas y sociales en correspondencia con el hecho de que el consumo de tabaco, voluntario e involuntario, daña a hombres y mujeres de toda edad, condición social, situación económica, grado de escolaridad o militancia política.

Como ya lo hemos comentado en *Mundo respiratorio*, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco cuya aprobación por parte del Senado de la República, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo de 2004, le dio el carácter de Ley Suprema conforme

con lo dispuesto en el artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece en su artículo 11 la obligación de cada país firmante de adoptar y aplicar de conformidad con su legislación, medidas eficaces para que en los paquetes y envases de los productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos, figuren advertencias sanitarias que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco; además, mensajes apropiados de manera rotativa, grandes, claros y legibles aprobados por la autoridad nacional competente.

Dichas advertencias y mensajes podrán consistir en imágenes o pictogramas y contendrán información sobre los componentes pertinentes de los productos de tabaco y sus emisiones.

Desde fines de 2010 todas las cajetillas que se venden en México deberán incorporar los pictogramas seleccionados que funcionan como advertencia sanitaria y convierten un instrumento publicitario de la industria del tabaco en un promocional de la salud.

México es uno más de los países que incorpora pictogramas a los avisos sanitarios en las cajetillas de cigarrillos.

PICTOGRAMA Y MENSAJE SANITARIO 4



PICTOGRAMA

La imagen del pictograma deberá cubrir al menos el 30% de la parte superior frontal de la cajetilla o empaque de cigarros.

TEXTO DEL PICTOGRAMA

Helvetica Neue Bold 10 pt., en altas condensadas al 75% máximo, 100% mínimo.

FUMANDO AUMENTAS
VEINTE VECES
TUS PROBABILIDADES
DE MORIR POR CÁNCER
DE PULMÓN

90% de los muertos
por cáncer de pulmón
fumaban como tú.

CONTIENE AMONIACO
Sustancia tóxica que facilita
la absorción de nicotina,
lo que aumenta tu adicción.

Deja de fumar, te conviene
01800 966 2863



MENSAJE SANITARIO

100% de la parte anterior del paquete o de la cajetilla.

ENCABEZADO

Helvetica Neue Bold 11 pt.,
interlineado en 14 pt., al 100% a lo
alto y 100% a lo ancho, texto cen-
trado. Ningún doblez de la cajetilla
deberá cruzar una línea de texto.

MENSAJE CENTRAL

Helvetica Neue Bold 9 pt.,
interlineado en 12 pt., al 100% a lo
alto y 100% a lo ancho, interletraje
normal o cero, en altas y bajas,
texto alineado a la izquierda, a 4
mm. del doblez. Centrado vertical-
mente entre el encabezado y el
recuadro.

RECUADRO

Contenido:

Helvetica Neue Bold 9 pt., interlineado en 11 pt., al 100% a lo alto y 100% a lo ancho,
texto alineado a la izquierda, sin corte de palabras.
Se ubica: a la izquierda a 2 mm. del recuadro; abajo, a 2 mm., medido desde la línea
base del último renglón; hacia arriba, a 2 mm. del recuadro, medido desde la altura x
del primer renglón.

Recuadro:

Rectángulo de ancho y altura variable, según los renglones del párrafo y tamaño
del paquete o cajetilla, a efecto de que las proporciones del recuadro correspondiente
a la leyenda sanitaria se asimilen a las características presentadas en prototipo ante-
rior, con línea de 1 pt. de grosor. El recuadro se ubicará a 6 mm. de la línea de la base
de la recomendación y a 2 mm. del doblez izquierdo de la cajetilla.

RECOMENDACIÓN Y NÚMERO DE AYUDA

Helvetica Neue Bold 9.5 pt., interlineado en 12 pt., al 100% a lo alto y 100% a lo ancho,
texto centrado, el teléfono de ayuda a 10 pt.
Entre la línea base del número de ayuda y la línea de doblez del límite interior de la
cajetilla debe haber 4 mm. de espacio libre.

ADVERTENCIA LATERAL

Helvetica Neue Bold 11 pt.,
interlineado en 13 pt., al 100% a
lo alto y 100% a lo ancho, texto
centrado.

COLOR

El color de la tipografía y la
línea del recuadro deberá ser
Pantone 115 o en selección
de color (CMYK) en 10%
magenta y 80% amarillo.

TIPOGRAFÍA PERMITIDA:
Helvetica Neue Bold (puede
sustituirse por Helvetica Bold
o Arial Bold).

Eventos nacionales e internacionales

Calendario 2011

- 31 de mayo: *Día Mundial sin Tabaco*
- 25 de septiembre: *Día Mundial del Corazón*
- 14 de octubre: *Día Mundial de la Espirometría*
- 19 de noviembre: *Día Mundial de la EPOC*

- 28 de noviembre: *Día Latino de la Hipertensión Pulmonar*
- 01 de diciembre: *Día Mundial del SIDA*
- 04 de diciembre: *Día Mundial de las Alergias*

- 22 de octubre: «CHEST 2011», sponsored by the American College of Chest Physicians

ERS

- 24-28 septiembre: *European Respiratory Society*

UNION

- 26-30 octubre: *Conferencia mundial de la UNION sobre la salud respiratoria*

www.respiratory.org.mx

Calendario ATS

- 08 de junio: *54th Annual Thomas L. Petty Aspen Lung Conference: «COPD and lung cancer: common pathogenesis, shared clinical challenges»*

Publicaciones destacadas

Guía para el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones respiratorias en las enfermedades neuromusculares

Para mayor información sobre esta publicación consultar: www.smnyct.org.mx; www.iner.salud.gob.mx; www.medigraphic.com



Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Para mayor información sobre esta publicación consultar: www.alatorax.org



Noticias de interés

Urgen regular los protocolos (2011-05-23).

Reforma; sección, *Ciudad*; Oscar Balderas.

Hasta hoy, las investigaciones médicas en humanos no están reguladas debido a que las reformas a la Ley General de Salud en materia de Investigación Clínica están empantanadas en el Senado. El 28 de abril, la Cámara de Diputados aprobó que estos experimentos en personas estén obligados a vincularse con la Secretaría de Salud federal y que los laboratorios puedan ser sancionados si dañan la salud de los voluntarios. Ayer, **Reforma** publicó cuatro casos de jóvenes que para pagar sus estudios acudían semanal o mensualmente a ensayos clínicos conocidos como protocolos, y debido a que no hay una regulación que limite el número de pruebas por persona, ahora tienen consecuencias en su salud o temen por ella. En estas pruebas, los participantes venden su sangre o ingieren medicamentos experimentales, que van desde pastillas contra la gripe hasta contra la epilepsia.

Aprieta la Secretaría de Salud a tabacaleras (2011-05-16). Uno más Uno. Redacción

A partir del próximo mes de septiembre y durante poco más de un año, la industria tabacalera deberá incluir en las cajetillas ocho nuevos pictogramas y mensajes sanitarios destinados a desalentar el consumo del tabaco. En los empaques deberán aparecer los nuevos pictogramas que advierten sobre los riesgos y consecuencias del consumo del tabaco, a partir del día 24 del mes patrio y hasta el 23 de septiembre de 2012. La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), de la Secretaría de Salud, informa que con esta medida se da cumplimiento a la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento en la legislación mexicana vigente. Por lo tanto, esta industria que obtiene miles de millones de dólares de ganancias en México y el mundo, tendrá que mostrar nuevas imágenes

y leyendas sanitarias en el etiquetado y empaquetado de todos los productos del tabaco que circulan en el territorio nacional. Lo anterior quedó establecido en la nueva versión del Acuerdo por el que se modifica el diverso mediante el cual se dan a conocer las disposiciones para la formulación, aprobación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberá figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos a partir del 24 de septiembre de 2011, publicado en el Diario Oficial de la Federación el pasado lunes. En el Acuerdo, firmado por el Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, se explica que la rotación de pictogramas cumple con el Acuerdo Marco de la OMS para el Control del Tabaco y con lo establecido en la Ley General del Control del Tabaco y su Reglamento. La medida implementada por COFEPRIS cumple con la Ley General de Salud.

En un año, vacuna contra gripe aviar (2011-05-09).

El Universal; sección, *Nacional*. Redacción

Se concretó una alianza entre la UNAM y la farmacéutica Boehringer Ingelheim para el desarrollo de una vacuna recombinante contra la influenza aviar subtipo H5N1 de muy alta patogenicidad, que inmuniza a las aves contra ese mal. El proyecto, dirigido por Laura Palomares Aguilera y Octavio Ramírez Reivich (Instituto de Biotecnología) y Mauricio Realpe Quintero (Boehringer Ingelheim Vetmedica [división veterinaria]), permitirá contar el próximo año con una vacuna para este tipo de influenza. Por ahora, el desarrollo científico ya fue acreedor al Premio Canifarma Veterinaria 2010 en la categoría de Desarrollo Tecnológico, que desde 1987 otorga la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica.

Urgen especialistas a atacar contaminación (2011-05-04). Reforma; sección, *Ciudad*; Iván Sosa

La lucha contra la contaminación se ha estancado y no hay avances para mejorar la calidad del aire respirada por 18 millones de habitantes de la Ciudad de México, denunciaron especialistas. En el *Día Mundial del Asma*, el director general del INER, Dr. Rogelio Pérez Padilla, expuso que la contaminación exacerbaba los síntomas en un 5% de la población que padece asma; además de que la población sana reduce su calidad de vida al estar expuestas a diario a niveles de contaminación dañinos. Ambos participaron en un seminario organizado por el Centro Mexicano de Derecho Ambiental, el Instituto de Desarrollo de Políticas para el Transporte y el Centro de Transporte Sustentable. Ahí, el investigador del Instituto Nacional de Salud Pública, Horacio Riojas, planteó que la contaminación en la Ciudad de México ha disminuido en comparación con los niveles de 1991 a 1995, pero que ahora la mitad de los días del año registran niveles de ozono por encima de los mínimos tolerables por las normas protectoras de salud.

Lanza OMS campaña para reducir 50% de hospitalizaciones por asma (2011-05-04).

La Crónica de Hoy; sección, *Nacional*.

Antonio Cruz

La OMS presentó ayer una campaña global para reducir a la mitad el número de hospitalizaciones por crisis de asma en todo el planeta. La campaña, que se llama «*Tú puedes controlar tu asma. 50% menos crisis en 5 años*», fue presentada en el marco del Día Mundial de Lucha contra el Asma, que desde 1998 se conmemora el primer martes de mayo de cada año. En México se estima que cada año 290 mil personas llegan a salas de emergencia de hospitales con crisis respiratorias por asma. Esta cifra está contenida en el reporte Información Epidemiológica de Morbilidad de Asma 2005, de la Secretaría de Salud. Oficialmente, las muertes de mexicanos a causa del asma se contabilizan en el mismo renglón que las muertes por enfisema y bronquitis, juntas suman 6 mil cada año de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Normas estrictas de calidad del aire en el DF evitarían hasta 2 mil muertes al año (2011-05-04).

La Crónica de Hoy; sección, *Nacional*. Isaac Torres

En la Ciudad de México alrededor de la mitad de los días al año, la exposición de un niño asmático a la contaminación atmosférica le provocará más visitas al hospital por ataques respiratorios. En este mismo período, la población de la tercera edad está predispuesta a padecer bronquitis crónica que afecte sus pulmones; las personas con problemas cardíacos probablemente desarrollarán un infarto; y la gente común expuesta a los contaminantes del aire son propensos a contraer más infecciones en las vías respiratorias, garganta, laringe y pulmones.

✉ Correspondencia:

Lic. Gustavo Giraldo Buitrago,
Jefe del Departamento de Relaciones
Públicas y Comunicación Social,
Instituto Nacional de Enfermedades
Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
Correo electrónico: gustavo.giraldo@gmail.com

extremo del espectro, que son sucintos, rápidos de leer, con diagramas, algoritmos y escaso texto.

Cirugía del Tórax de Sugarbaker se encuentra entre estas dos vertientes, busca llenar las necesidades de tener un libro de texto que nos brinde la mayor cantidad de información para lograr tratar a nuestro paciente, con el menor tiempo de lectura. Nos brinda un texto de rápida referencia y a la vez abarca los temas de forma completa. Todo esto en nuestro idioma.

Cirugía del Tórax es el primer libro de texto sobre la especialidad en español. Es tan actual que incluye el nuevo sistema de estadificación de cáncer pulmonar. Tiene más de 600 ilustraciones realizadas por expertos en ilustración. Es un libro producto de la experiencia de uno de los centros del sistema de Harvard que se ha constituido en uno de los servicios más ocupados de Norteamérica.

Esta obra ha recibido reseñas muy favorables en *Annals of Surgery*,¹ *Annals of Thoracic Surgery*.² Además, ha recibido premios y reconocimiento de la American Publisher's Association, Association of Medical Illustrators y la British Medical Association.

Esta obra resume el conocimiento de expertos en cirugía de tórax, oncología torácica, neumología y gastroenterología, mientras transmite la esencia del manejo práctico del paciente. Se revisan antecedentes importantes, potenciales complicaciones y su manejo. Las ilustraciones son claras y realistas.

Este libro es excelente para una amplia gama de especialistas, residentes de cirugía cardiotorácica, residentes de cirugía, médicos generales, estudiantes de medicina y de enfermería. Así como personal paramédico involucrado en el cuidado de pacientes con enfermedades del tórax.

Cirugía del Tórax de Sugarbaker de Editorial Panamericana es una nueva obra que debe formar parte de la biblioteca de profesionales de la salud que involucre la atención de problemas torácicos.

REFERENCIAS

1. Sugarbaker DJ, Bueno R, Krasna MJ, Mentzer SJ, Zellos L, editors. *Adult chest surgery*. McGraw-Hill. 1183

- page textbook. Reviewed by Menes-
hian A. Ann Surg 2010;251:989.
2. Sugarbaker DJ, Bueno R, Krasna
MJ, Mentzer SJ, Zellos L, editors.
Adult chest surgery. McGraw-Hill,
New York City (2009) ISBN 978-0-
07-143414-0 1,264 pp illustrated.
Reviewed by Ferguson MK. Ann
Thorac Surg 2010;89:1005.

Luis Marcelo Argote Greene ✉

Cirugía del tórax

Editado por David J. Sugarbaker, Raphael
Bueno, Mark Krasna, Steven J. Mentzer y
Lambros Zellos.
2011, Editorial Panamericana
1,220 páginas, Ilustrado, \$1,746.00
ISBN: 978-9-50-060142-9

✉ Correspondencia:

Dr. Luis Marcelo Argote Greene,
Servicio de Cirugía de Tórax.
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición «Salvador Zubirán».
Correo electrónico: Imagreene@gmail.com

www.medigraphic.org.mx