



Instituto Nacional de Rehabilitación

BOLETÍN MÉDICO E INFORMATIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Contenido

Eventos

- Curso Monográfico
"Problemas Médicos en
Pacientes Quirúrgicos" | 2
- Sesión Conjunta del INR
con la Academia Nacional
de Medicina | 3
- Intervenciones de Enfermería al
Paciente con Lesión Medular | 4
- Celebración día del Niño y
Concurso de Dibujo
¿Qué quiero ser de grande ? | 6

Artículos

- Trayectoria en la Aplicación de
los Indicadores de Calidad en
Enfermería en el INR | 8
- Parálisis Facial: Un estudio
prospectivo, longitudinal,
descriptivo y observacional de
los factores pronósticos para
la recuperación en pacientes
mexicanos | 9
- Día Mundial de la Salud | 11
- Un Problema de Peso
" La Obesidad en México: un
problema de todos" | 12

Educación Continúa

- Congreso Internacional
de Investigación en
Rehabilitación | 15



Celebración día del niño y Concurso de dibujo ¿Qué quiero ser de grande?



Instituto
Nacional de
Rehabilitación

Eventos

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Dr. Julio Sotelo Morales
Titular de la Comisión
Coordinadora de los INS y HAE

Dr. Luis Guillermo Ibarra
Director General

Dra. Ma. de los Ángeles Barbosa V.
Directora Médica

Dra. Matilde L. Enriquez S.
Directora de Enseñanza

Dr. Juan Antonio Madinaveitia V.
Director Quirúrgico

Dra. Hilda Villegas Castrejón
Directora de Investigación

Dra. Maricela Verdejo Silva
Directora Administrativa



Editor
Dr. Enrique Gómez Sánchez
Jefe de la División de Difusión
y Divulgación Científica

Redacción
Biol. Sylvia Núñez Trías

Reportero y Fotógrafo
Francisco Suárez Bravo

Diseño Editorial
D.G. Mónica García

Foto de portada:
www.munilahuaca.gob.pe/demuna.php

Contraportada:
Comité de Difusión del Congreso
Internacional de Investigación en
Rehabilitación

Prohibida su venta.
Distribución sólo dentro del
Instituto Nacional de Rehabilitación.
Calz. México Xochimilco No. 289
Col. Arenal de Guadalupe,
Del. Tlalpan, C.P. 14389, México, D.F.
www.inr.gob.mx

Publicación bimestral informativa
editada y distribuida gratuitamente por
el Instituto Nacional de Rehabilitación.

EL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS,
ES RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES.

Núm. 19 - marza-abril de 2010.



Curso Monográfico "Problemas Médicos en Pacientes Quirúrgicos"

Dr. Oscar Aguilar Diaz
Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos

Las patologías concomitantes que se presentan en los pacientes que serán sometidos a cirugía ortopédica en el INR generaron durante al año 2009 un total de 1821 interconsultas al servicio de terapia intensiva y medicina interna.

Un importante número de estas interconsultas son por patologías que no requieren de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, pero que si requieren de establecer tratamiento pre, trans y post operatorio, ya que forman parte de las enfermedades de los pacientes.

La hipertensión arterial, la obesidad, la Insuficiencia venosa, la diabetes mellitus y la enfermedad obstructiva crónica, son patologías crónicas degenerativas que forman parte de las enfermedades con las que acuden nuestros pacientes, por lo que es menester que los médicos cirujanos de cualesquier especialidad tengan los conocimientos mínimos para detectar y en su caso iniciar o continuar con el manejo que incluso puede ya estar recibiendo el paciente y que la mayor parte de las veces no contra indican una cirugía, o que después de una cirugía requiere solo de pequeños ajustes que no requieren de la intervención del medico internista para su manejo.

La mayoría de estos conocimientos son del dominio incluso del medico general ya que forman parte de la currícula que se imparte en las universidades del país.

Nuestro curso se impartió del 17 al 19 de Marzo del 2009.

Nuestro Objetivo era llevar a cabo una revisión y actualización en los conocimientos clínicos que ya tienen nuestros cirujanos Ortopedistas, Otorrinolaringólogos y maxilo faciales así como los médicos Rehabilitadores y personal de Enfermería para detectar y manejar adecuadamente la mayoría de las patologías concomitantes de los pacientes ortopédicos con el fin de mejorar la calidad de la atención que brinda el instituto a los pacientes.

Para la elaboración del programa fue necesario seleccionar del extenso programa de temas las prácticas que serian las mas importantes para iniciar un curso que por su extensión será secuencial para los siguientes años ya que dejamos pendientes temas tan importantes como serian el manejo de la sangre, terapia respiratoria, profilaxis de escaras etc.

Dentro de los temas que presentamos en el curso siendo todos importantes destacaron: valoración preoperatoria, Respuesta orgánica al trauma, control del dolor, complicaciones agudas de la diabetes mellitus y enfermedad tromboembólica venosa entre otros.

La experiencia de los profesores y la participación de la audiencia fue básica para llevar a un feliz termino el curso quedando pendientes para un nuevo curso un gran numero de patologías a las que se agregaran las sugeridas por los asistentes

SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD

MÉXICO 2010
Bicentenario Independencia Centenario Revolución

Sesión Conjunta del INR con la Academia Nacional de Medicina

Por Francisco Suárez Bravo

División de Difusión y Divulgación Científica



Academia Nacional de Medicina

Fotos: Francisco Suárez Bravo

Miércoles 07 de abril de 2010, en el auditorio de la Academia Nacional de Medicina se realizó la sesión conjunta entre este órgano colegiado y el Instituto Nacional de Rehabilitación. En ésta se dio lugar a la presentación del trabajo *“Reparación Artroscópica de Lesiones Experimentales en Cartílago Articular”*, expuesto por el Doctor José Clemente Ibarra Ponce de León, mismo que sirvió para su ingreso a la Academia.

El trabajo presentado por el Doctor Ibarra Ponce de León, adquiere importancia singular en el contexto del desarrollo de biotecnología especializada en la regeneración e implante de cartílagos autónomos aplicados con nuevas técnicas de cirugía articular, así como en el desarrollo de la medicina de rehabilitación.

En su investigación el académico demuestra la reparación de lesiones experimentales de cartílago articular mediante el implante de células sembradas sobre un andamio, colocado a través de artroscopia. El procedimiento realizado en equinos fue exitoso y vislumbra la posibilidad de su aplicación en humanos.

Acto seguido, inicio el simposio *“Medicina del Deporte: Estrategia Pendiente del Sistema Nacional Salud”*, coordinado por el Doctor Luis Guillermo Ibarra, Director General del INR y presentado por especialistas de nuestro Instituto.

El Dr. Guillermo Ibarra agradeció a la mesa directiva de la Academia por permitir llevar a cabo la sesión conjunta e hizo público su apoyo como padre y como académico al Doctor José Clemente Ibarra.

El Dr. Ibarra realizó una breve crónica de los planes nacionales de salud, a partir de 1974. Comentó que se han propuesto numerosos programas, entre ellos, el de higiene del deporte y de la recreación, que tuvo como objetivos mejorar la salud física, ambiental y social de la población, así como, estimular la integración familiar. En una palabra utilizar el tiempo libre de la población en el desarrollo de actividades físicas y de recreación. Sin embargo, los resultados no han dado los resultados esperados.

En años más recientes se proponen conductas saludables creando entornos que estimulen la actividad física y se invita a consumir alimentos con bajo contenido calórico. Si se realiza un recuento de los programas nacionales de salud que proponen la actividad física, podemos afirmar sin temor a equivocación que las acciones y los resultados han quedado pendientes.

En su presentación el Doctor Gilberto Franco, Subdirector de Medicina del Deporte, abordó el tema *Medicina del*

Deporte: un recurso para la prevención de enfermedades. Destacó que ya los antiguos chinos, desde la época de Confucio, propusieron como receta para vivir felizmente la necesidad de ejercitarse, comer naturalmente y tener una vida sexual plena y satisfecha. Otras culturas antiguas coinciden con lo dicho.

Uno de los mecanismos fundamentales por el cual el ejercicio físico puede prevenir enfermedades, sobre todo del tipo crónico degenerativo, particularmente diabetes y enfermedades cardiovasculares, es a través de mecanismo bioquímicos que sólo se activan cuando el músculo está en trabajo físico, no considerado como las actividades del quehacer cotidiano, sino como un buen volumen de ejercicio físico. Con ello se logran dos cosas, por un lado mejora la oxidación de ácidos grasos, colesterol, triglicéridos, etcétera, y por el otro inhibe la resistencia a la insulina.

La Maestra en Ciencias Andrea Pegueros, CARGO desarrolló el tema *Farmacología del deporte: mito y realidad*. Mencionó que uno de los pilares de la salud de la población es la nutrición, sin embargo, los estilos de vida que actualmente llevamos han obligado a usar complementos nutricionales. Sin embargo estos complementos no son considerados ni alimentos ni fármacos por lo tanto su producción y comercialización no están reguladas y cualquiera puede acceder fácilmente a ellos, ignorando si el complemento adquirido es ideal para su persona.

El Dr. José Clemente Ibarra en su participación: *"El INR: pionero de la medicina del deporte en el sector salud"* Propuso que el Sistema Nacional de Salud podría jugar un papel importante para la solución del problema de sobrepeso y obesidad, no sólo como parte del tratamiento, sino en la prevención. Aseguró que el especialista en Medicina del Deporte puede personalizar la actividad física, tomando en consideración las características del paciente. Además contribuye con el seguimiento y control del programa de actividad física, asegurando los objetivos y disminuyendo al máximo complicaciones y lesiones.

Finalmente el Dr. Luis Guillermo Ibarra alentó a todos a continuar "moviéndonos" para mejorar nuestra salud y la de las personas que son nuestra responsabilidad y con gran alegría anunció la próxima construcción de la Unidad de Medicina del Deporte en el INR.

Intervenciones de Enfermería al Paciente con Lesión Medular

El curso se desarrolló del 21 al 23 de abril del presente año en la sala de conferencias Tenazcapati. La profesora titular E.E.R. Mireya Soriano Vidals y la profesora adjunta L.E.O. Yolamar Nava Téllez establecieron como objetivo dar a conocer las innovaciones tecnológicas en la rehabilitación integral del lesionado medular que permitan tener mayor conocimiento para brindar cuidado eficaz y oportuno al usuario.

La prevención de las úlceras por presión (UPP) en los pacientes hospitalizados es un indicador de calidad, es un trabajo que evita que se llegue a la necesidad de recuperar las ulceraciones en la piel de los pacientes con lesión medular.

Estos pacientes por su afección se encuentran en posiciones sin movimiento durante tiempos prolongados y son vigilados cuidadosamente para evitar su deterioro en la piel.

Cuando los lesionados llegan referidos de otras instituciones o de sus domicilios particulares y presentan estas escaras o úlceras, su recuperación y la estancia hospitalaria se

alargan, repercutiendo en un impacto socioeconómico negativo tanto hospitalario como familiar, sin olvidar el estado anímico de tristeza que presentan los pacientes.

El área de enfermería siempre trabajando por la recuperación de sus pacientes organiza estos cursos para dar a conocer las técnicas más avanzadas que permitan una recuperación ágil y segura de los usuarios de rehabilitación.

Todos los temas tratados como: epidemiología, fisiopatología, terapéutica de prevención, innovación tecnológica en protección, rehabilitación física y ocupacional, así como, atención psicológica y redes de apoyo al lesionado medular, entre otros, conforman un programa integral del conocimiento para los profesionales de enfermería del Instituto Nacional de Rehabilitación.

A continuación presentamos dos de los temas que se desarrollaron en el curso:

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS COMO INDICADOR DE CALIDAD EN EL INR.

E.E.R Araceli Gutierrez Reyes.
Coordinadora del subcomité de Prevención de Úlceras por Presión en Pacientes Hospitalizados

Los indicadores fueron creados por la Comisión Permanente de Enfermería con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas de medición, que garanticen las condiciones indispensables para los cuidados que proporciona el personal de enfermería, se brinden con oportunidad en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema nacional de salud.

En resumen, el objetivo es UNIFICAR CRITERIOS.

En el año 2006 se anexaron tres indicadores más a los ya existentes y fueron: Prevención de caídas en los

pacientes hospitalizados, Prevención de infección de vías urinarias por sonda vesical instalada y Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, el objetivo de este último es evitar riesgos y daños innecesarios al paciente, contribuir a disminuir los procesos infecciosos durante la estancia intrahospitalaria, mejorar la seguridad del paciente y personal del Instituto y reducir los costos.

En febrero del 2007 se formó el subcomité de PUPPH con 8 integrantes y la coordinadora del mismo, a través de reuniones logramos organizarnos e iniciamos el trabajo conociendo el indicador. Se creó un documento con los factores de riesgo, plan de cuidados e intervenciones de enfermería, el cual se utilizó hasta el 2009. Actualmente está incluido en la hoja de registros clínicos de enfermería.

Otras estrategias del subcomité fueron: Elaboración de carteles, gafetes y trípticos cuya información esta basada en el cumplimiento del indicador y que se difundieron entre el personal de los cuatro turnos. Elaboración e implantación de un documento con recomendaciones para la PUPPH durante el TRANSOPERATORIO.

En el año 2009 se realizó un monitoreo del indicador para saber si el personal de enfermería conoce el indicador. Se tomó una muestra del 20% del personal de los cuatro turnos, se diseñó un documento con 5 reactivos y respuesta dicotómica de si o no. Se obtuvieron los siguientes resultados:

El 98% del personal realiza valoración del paciente a su ingreso.

El 100% del personal conoce los factores de riesgo de presentar UPPH. El 93% del personal utiliza una escala de riesgo.

El 98% del personal implementa plan de cuidados.

El 95% del personal registra las intervenciones en la hoja de registros clínicos de enfermería.

Conclusiones: A 3 años de iniciada la aplicación del indicador de PUPPH se han visto avances muy importantes.

Epidemiología de la UPP en los lesionados medulares del INR.

L.E.O. Silvia Jiménez Nápoles

En el Servicio de Lesión Medular del INR, las UPP se presentaron en un total de 99 pacientes en el periodo comprendido de octubre de 2007 a septiembre de 2009. Predominaron en adultos jóvenes del sexo masculino, con estado civil soltero y lugar de procedencia el Estado de México.

En ambos años las lesiones medulares que tuvieron mayor porcentaje son aquellas con etiología traumática, siendo la lesión medular completa la de mayor incidencia y las áreas de localización sacra, trocantérica, isquiática y talón las más frecuentes.

La úlcera por presión es una necrosis isquémica de la piel, que puede afectar al tejido subcutáneo, e incluso llegar al hueso.

La aparición de una úlcera suele agravar el pronóstico del paciente medular enfermo, aumentar el riesgo de posibles infecciones y complicaciones metabólicas y en

definitiva prolongar la estancia del paciente en el hospital y originar onerosos costos económicos.

Un plan básico de cuidados locales de la úlcera debe considerar:

1. Valoración:

- Clasificar la úlcera por presión.
- Medir sus dimensiones.
- Obtener una fotografía.

2. Desbridamiento del tejido necrótico:

La presencia de la herida en el tejido necrótico, actúa como el medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación, el desbridamiento puede ser:

Quirúrgico.- Es la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos o tejido necrótico húmedo.

Ante la aparición de dolor se aconseja aplicar analgésico tópico.

La complicación frecuente es la hemorragia, que se puede controlar mediante compresión directa, apósitos hemostáticos.

Químico o enzimático.- Es un método más a valorar cuando el paciente no tolere el desbridamiento quirúrgico y no presente signos de infección.

Autolítico.- Se favorece mediante el uso de productos concebidos en el principio de cura húmeda. Produce hidratación del lecho de la úlcera, fibrinólisis y la acción de las enzimas.

3. Limpieza de la lesión:

En cada cura se utiliza como norma suero salino fisiológico, con una presión de lavado efectivo que facilite el arrastre de detritus, bacterias y

restos de curas anteriores, pero sin producir traumatismo en el tejido sano.

4. Prevención y abordaje de la infección bacteriana:

En la mayoría de los casos la limpieza y el desbridamiento eficaz imposibilitan que la colonización bacteriana progrese a infección clínica. Si la úlcera no evoluciona favorablemente y continúa con signos de infección se debe comenzar tratamiento con antibióticos locales.

Para el control de la infección se deben seguir las precauciones de ais-

lamiento de sustancias corporales, utilizar guantes limpios y cambiarlos con cada paciente, el lavado de manos entre cada paciente, es esencial. El tratamiento del paciente con varias úlceras, debe comenzar siempre con la menos contaminada, utilizando instrumental estéril en el desbridamiento quirúrgico, los antibióticos sistémicos deben administrarse bajo prescripción médica y cumplir las normativas de eliminación de residuos de su centro.

5. Elección de un apósito:

Un apósito ideal debe ser biocompatible, proteger la herida de agre-

siones externas físicas, químicas y bacterianas, mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel circundante seca, eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante su absorción, dejar la mínima cantidad de residuo en la lesión, ser adaptable a localizaciones difíciles y ser de fácil aplicación.

Conclusiones:

- Siempre será mejor prevenir que remediar.
- Quedan muchas cosas por hacer.
- Recordemos que la seguridad del paciente es la seguridad de la enfermera y viceversa.



Úlcera por presión



Limpieza de la lesión



Cuidados al paciente

Celebración día del Niño y Concurso de Dibujo ¿Qué quiero ser de grande ?

Por Francisco Suárez Bravo

División de Difusión y Divulgación Científica

Con la idea de reafirmar los derechos de los niños, la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU) propuso, el 20 de noviembre de 1959, festejar a nivel mundial el "día del niño". Desde hace 40 años cada país cuenta con un día para celebrar y organizar actividades para ayudar a desarrollar el bienestar de los pequeños en todo el planeta.

En México se decidió celebrar el día 30 de abril de cada año, sin embargo, mundialmente, la mayoría de los países lo celebran el 20 de noviembre.

Los días 27, 28 y 29 de abril el Instituto Nacional de Rehabilitación celebró lo que ya casi es una tradición y una ocasión especial para festejar a los pequeños. El instituto y el personal se han propuesto hacerles pasar un día muy agradable, y hasta ¿por qué no? consentirlos. El día 27, desde temprano, en



hospitalización de rehabilitación pediátrica ya comenzaba bullicio, las botargas del Pato Lucas, el conejo Bugs Bunny y el canario Piolín (Tweety) que Six Flags prestó, ya causaban expectativa entre los niños y niñas que estaban en piso ese día.

La espera de los párvulos fue gratamente compensada, pues al ver a Lucas, Bugs Bunny y Piolín, se les dibujó un sonrisa tan clara como el brillo que proyectaban sus ojos; además, los pequeños pudieron demostrar con uno o varios abrazos el cariño que les tienen a estos personajes. Cada uno de los niños fue recompensado con una bolsa verde, donada por Six Flags, en la que además de juguetes, algunas contenían una playera. Así cada uno de los niños fue visitado y festejado por todo el hospital. Cabe mencionar que los no tan niños también disfrutaron la visita y la fiesta.

Por otro lado, la celebración continuó pero ahora en el jardín que está a un costado del tanque terapéutico. El Servicio de Electrodiagnóstico del Sistema Nervioso Periférico y Distrofias Musculares, cuya titular es la Doctora Rosa Elena Escobar Cedillo junto con sus médicos residentes adscritos al servicio, residentes de segundo y tercero que rotan y médicos especialistas en curso de alta especialidad se encargaron de hacer pasar un día agradable a los pacientes del instituto.

En este festejo los niños fueron sorprendidos y atendidos por coloridos disfraces de personajes de las más recientes películas de Walt Disney, que portaban con gusto los médicos del servicio. Entre piñatas, regalos, guisos, aguas de sabor y refrescos se podía distinguir a los

apurados, pero felices médicos, por atender a sus invitados, que ni se diga tan sólo se dejaban querer.

Como parte de los festejos, el 28 de abril se llevó a cabo la premiación del segundo concurso de dibujo "Que quiero ser de grande", organizado por las Damas Voluntarias del INR, con la presencia de una distinguida invitada de honor, la Maestra Gabriela Gallardo de Córdoba, Presidenta del Comité Coordinador del Voluntariado Nacional de los Institutos y Hospitales Sectorizados de la Secretaría de Salud que compartió la mesa de honor con la Doctora María de los Ángeles Barbosa Vivanco, Directora Médica del INR y la Señora Taide Leal de Fonseca Presidenta del Voluntariado del INR, quién agradeció a la maestra Gabriela por el apoyo al voluntariado para poder ayudar a los más necesitados del instituto, en este caso a los niños a los que hay que bríndales apoyos sólidos para su preparación y su bien común que como niños tienen derecho a aspirar a una vida mejor.

La Doctora María de los Ángeles Barbosa manifestó que el arte como medio y como fin es una amplia disciplina a la que todos los seres humanos, sin distinción, deberían tener el privilegio de estar en contacto con él, ya sea como ejecutores o simplemente para su conocimiento y admiración. Lo que se debe procurar es que todo ocurra durante los primeros años de vida esta es la misión del grupo de trabajo que hoy está conjuntando para lograr el crecimiento de los pequeños que asisten a esta institución como pacientes.

Los niños ganadores fueron premiados por la Maestra Gabriela Gallardo y la Doctora María de los Ángeles

Barbosa: la niña Yesica López Hernández, primer lugar y 1000 pesos, segundo lugar y 750 pesos Brenda Paola Medrano y tercer lugar Eduardo Acosta, 500 pesos.

La Maestra Gabriela Gallardo comentó que "en sus dibujos puedo vislumbrar lo grande y generoso que será México en los próximos años, porque ustedes, niños, dibujan amor, liderazgo, fe y esperanza, en que las cosas pueden cambiar y ser mucho mejores cada día. Sus dibujos expresan compromiso con ustedes y que sus papas muy seguramente les ayudaran a alcanzar sus metas.

México necesita de ustedes y agradece su esfuerzo para que cada uno de esos dibujos se haga realidad. En el arte no existen fronteras ni límites, cada uno de ustedes puede encontrar un refugio y plasmar un sentimiento y con ello compartir lo que sus ojos y su corazón ven y sienten. Aprovecho para invitarlos para que luchen para alcanzar sus sueños.

Por último, el voluntariado del INR organizó otro festejo el día 29 de abril, en el auditorio Nanahuatzin, que fue testigo del convivio en el que además de un buen ambiente, juguetes para todos, se presentó un espectáculo de danza en sillas de ruedas, ejecutado por niños y adolescentes, los cuales dejaron al público extasiado.



Fotos: Francisco Suárez Bravo

Trayectoria en la Aplicación de los Indicadores de Calidad en Enfermería en el INR

L.E.O. Patricia Pérez Sánchez
Departamento de Gestión del Cuidado

Antecedentes

Se inicia con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en el año de 2003.

La cual tenía como objetivos primordiales:

- Promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares.
- Brindar en todas las instituciones de salud servicios efectivos.
- Colocar a la calidad, como un valor fundamental de la cultura organizacional de los servicios de salud.

En el instituto se realiza el primer monitoreo del sistema Indica en enero de 2004, con 3 indicadores los cuales son:

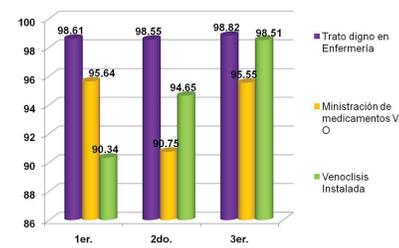
- Trato Digno en Enfermería
- Vigilancia y control de venoclis Instalada.
- Cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral.

La subdirección de enfermería a través del Departamento de Gestión del Cuidado, se plantea como objetivos:

- Evaluar la atención humanizada y oportuna, que proporciona el personal de enfermería a los usuarios con la finalidad de mejorar la calidad de atención que se brinda en esta institución.
- Establecer estrategias de mejora continua a corto y mediano plazo, que nos permita otorgar atención de enfermería de excelencia.

- Unificar procedimientos en todos los servicios y turnos.

En los cuales obtuvimos los siguientes resultados.



Durante los años de 2004 y 2005, se llevaron a cabo diversas acciones de mejora por lo que se formaron grupos de trabajo por cada uno de los indicadores, se realizó el monitoreo en forma cuatrimestral, se capacitó al personal en técnicas de Venopunción, se entregaron las recomendaciones de la CONAMED, en Terapia Endovenosa, las recomendaciones de la Técnica de lavado de manos de la OMS.

En enero del 2006, las acciones de mejora fueron elaboración de programas de mejora, por cada indicador así como, también de capacitación, se realiza calendarización de reuniones, se elabora la guía para la Prevención de Caídas, la hoja de Intervenciones de enfermería en la Prevención de Úlceras por Presión, el formato para registro de líneas arteriales, y la difusión de resultados. Asimismo la comisión Interinstitucional en coordinación con la Dirección de Calidad y Educación en salud incluye en el Sistema Indica, e nuevos indicadores, para contribuir

a disminuir los procesos infecciosos durante la estancia hospitalaria de los pacientes por lo que el instituto realiza el primer monitoreo de los mismos esto son:

- Prevención de Úlceras por presión en pacientes hospitalizados.
- Prevención de Infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada.
- Prevención de caídas en pacientes hospitalizados.

En el año de 2007, se implementa la hoja de Prevención de úlceras por presión durante el trasoperatorio, la hoja de registro de enfermería en la prevención de caídas, y la asignación del mes del indicador.

También se realizan diversas acciones, con base en los resultados obtenidos en el monitoreo, las cuales se presentan en carteles en la IX Reunión anual de Investigación del Instituto y dos carteles para el 6º. Foro Nacional y 3er. Foro Internacional de calidad en Salud.

Durante 2009, se participa en el 7º. Foro Nacional 4º. Foro Internacional de calidad en Salud con 5 carteles y dos trabajos para concursar en el Premio Nacional de Innovación y calidad y son:

- Estandarización de los Registros de enfermería
- Elaboración e Implementación del Indicador de calidad en enfermería en la valoración, Prevención y control del dolor en el paciente hospitalizado.

El Departamento de gestión del cuidado, participo en la mesas de trabajo, "Esta en tus Manos; Manos limpias salvan vidas", con la experiencia de enfermería.

Asimismo se implemento y monitoreo los 8 indicadores de la especialidad, los cuales son:

- Vigilancia y control de Lavado de Manos.
- Prevención del Deterioro de la Movilidad Física.
- Verificación de cuidados a pacientes sometidos a estudios invasivos de Imagenología
- Vigilancia en la aplicación de crioterapia a pacientes post operados.
- Valoración, Prevención y control del dolor en pacientes hospitalizados.
- Verificación de los registros clínicos de enfermería
- Cuidados a pacientes con aparatos de yeso y/o Fibra de vidrio.

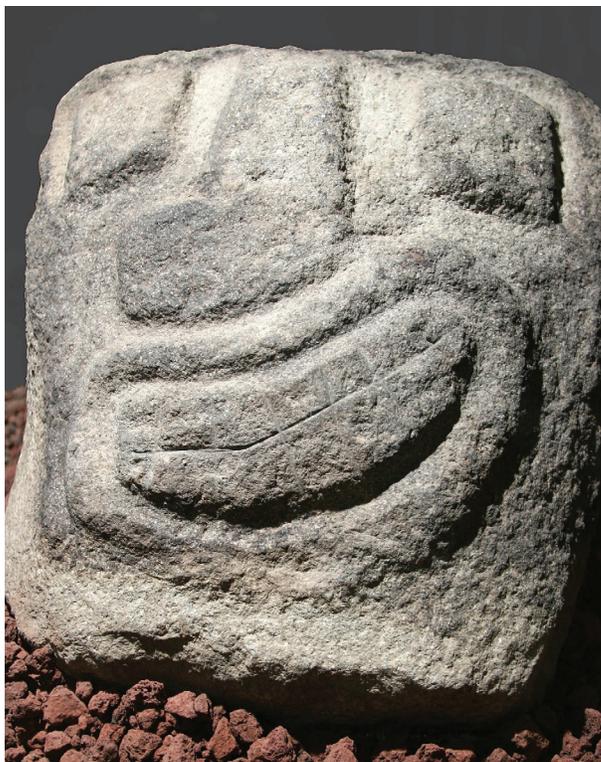
Parálisis Facial: Un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional de los factores pronósticos para la recuperación en pacientes mexicanos

Autores: Laura Sánchez Chapul, PhDa, Susana Reyes Cadena, PhDa, José Luis Andrade Cabrera, MScb, Irma A. Carrillo Soto, MDc, Saúl R. León Hernández, MScd, Rogelio Paniagua Pérez, PhDa, Hiram Olivera Díaz, PhDf, Teresa Baños Mendoza, MDe, Gabriela Flores Mondragón, BScA y Norma A. Hernández Campos, BScA.

Adscripciones: Laboratorio de Bioquímica Muscular, Laboratorio de Patología Clínica, Servicio de Otorrinolaringología, Dirección de Investigación, Rehabilitación Neurológica, INR.

Laboratorio de Biología Molecular, Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, México.

Traducción y resumen: Dr. Enrique A. Gómez Sánchez, Jefe de la División de Difusión y Divulgación Científica INR.



Escultura Época Tolteca / Data 950 - 1150 DC / Museo Coyoitlatelco INR

Fotos: Francisco Suárez Bravo

La parálisis de Bell es una de las causas más frecuentes de discapacidad crónica.. Es una disfunción aguda, idiopática, del nervio facial que da como resultado parálisis de los músculos faciales del lado afectado de la cara. El nervio facial, también llamado séptimo par craneano, es una estructura en pares que viaja a través de un canal óseo estrecho (llamado canal de Falopio) en el cráneo, debajo del oído, a los músculos a cada lado de la cara. Durante la mayor parte de su viaje, el nervio está encajonado en esta vaina ósea Aunque la parálisis de Bell es una enfermedad relativamente frecuente en todo el mundo, su etiología aún no es clara. Se han propuesto varias teorías respecto a su etiología, que incluyen diabetes mellitus, hipertensión, disfunción vascular, infección viral, trastornos inmunológicos e inflamación. Cada vez hay más evidencia que señala como principal causa de la parálisis de Bell a virus de la familia herpes (HSV-1 y 2, CMV, EBV y VZV), que son reactivados desde el ganglio geniculado lo que deriva en neuropatía del nervio facial.

Una vez activado el virus, el nervio facial se hincha y se inflama como reacción a la infección, causando presión dentro del canal de Falopio y llevando a un infarto (muerte de las células nerviosas debido a al suministro insuficiente de sangre y oxígeno). En algunos casos leves (donde la recuperación es rápida), sólo hay daño en la vaina de mielina del nervio. La vaina de mielina es el recubrimiento graso, el cual funciona como un aislante, de las fibras nerviosas del cerebro.

Desafortunadamente, no existe un tratamiento estándar para la parálisis de Bell. El factor más importante en el tratamiento es eliminar la fuente del daño nervioso. La parálisis de Bell afecta a cada individuo en forma diferente. Algunos casos son leves y no necesitan tratamiento ya que generalmente los síntomas remiten por sí solos en 2 semanas. Para otros, el tratamiento puede incluir medicamentos y otras opciones terapéuticas.

Estudios recientes han demostrado que los esteroides son un tratamiento eficaz para la parálisis de Bell y que en combinación con un medicamento antiviral como acyclovir, pueden ser eficaces para mejorar la función facial al limitar o reducir el daño al nervio. El pronóstico para la recuperación satisfactoria de los pacientes con parálisis facial depende del tratamiento el cual debe ser recibido dentro de los primeros siete días del inicio de la enfermedad, lo que ha mostrado un resultado significativamente mejor en pacientes con parálisis de Bell, comparados con pacientes sin tratamiento médico, sin embargo, es difícil establecer un beneficio estadísticamente significativo del tratamiento en

estudios controlados, debido a la recuperación espontánea de muchos pacientes sin tratamiento, por lo tanto, hay muchos otros factores que pueden afectar el pronóstico de la parálisis facial.

Se ha reportado que la edad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y vértigo son factores pronósticos en el síndrome Ramsay Hunt (parálisis facial causada por el virus de la varicela) pero no en parálisis de Bell.

Respecto a la rehabilitación física, cuyo principal objetivo es estimular al nervio facial y ayudar a mantener el tono muscular puede ser benéfico para algunas personas. Aunque existe controversia acerca del papel de la fisioterapia en parálisis facial, el masaje y los ejercicios faciales pueden ayudar a evitar las contracturas permanentes (contracción o acortamiento de músculos) de los músculos paralizados antes de que se produzca la recuperación. El calor húmedo aplicado al lado afectado de la cara puede ayudar a disminuir el dolor, así como la estimulación eléctrica y el entrenamiento con bioretroalimentación tiene un lugar en el tratamiento de parálisis de Bell; sin embargo, cada modalidad tiene sus indicaciones.

La parálisis de Bell es una enfermedad sin predilección estacional o de género. Mujeres y hombres son afectados por igual, aunque la incidencia es más alta en mujeres embarazadas (45 casos por 100 000). Respecto a la distribución por edad, se reporta la incidencia más alta de parálisis de Bell entre 15 y 45 años de edad. La enfermedad es menos común en menores de 15 y mayores de 60 años de edad.

Se han reportado diferentes tasas de incidencia en la literatura médica dependiendo de la región geográfica del mundo. En la mayoría de esta literatura, la incidencia varía entre 11 y 40 casos por 100 000 habitantes por año. En México, la parálisis facial ocupa uno de los primeros 10 lugares de atención médica en clínicas de rehabilitación. Información obtenida del Instituto Nacional de Rehabilitación revela un incremento importante en casos de parálisis facial (212 casos en 2004 y 542 en 2006) por lo que existe una gran preocupación por mejorar los resultados; y para disminuir la incidencia de complicaciones de la parálisis facial. El objetivo de este estudio fue analizar los aspectos clínicos y epidemiológicos para determinar los factores pronósticos para la recuperación en pacientes mexicanos con parálisis facial.

Debido a lo anterior, la Dra. Sánchez Chapul y sus colaboradores realizaron este estudio en el Instituto Nacional de Rehabilitación, con el objetivo de determinar los factores pronósticos en pacientes mexicanos con parálisis de Bell. Para tal efecto, se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional, en el que se incluyó a 251 pacientes con diagnóstico de parálisis de Bell del Instituto Nacional de Rehabilitación. Se estudiaron características sociodemográficas, presentación estacional, lateralidad, síntomas y opciones terapéuticas para determinar los factores pronósticos para la recuperación.

Los resultados son muy interesantes ya que 39% de los pacientes tuvieron recuperación completa y 41.5% la tuvieron incompleta. El estado civil, género, etiología, sín-

tomas, lateralidad, grado House-Brackman y el tratamiento no representaron factores pronósticos significativos para la recuperación. Sin embargo la edad mayor a 40 años (OR=2.4, IC 95% 1.3-4.3, p=0.002) y la falta de terapia física (OR=6.4, IC 95% 1.4-29.6, p= 0.006) fueron factores pronósticos significativos para la recuperación incompleta. La parálisis familiar resultó ser un factor pronóstico protector en contra de la recuperación incompleta (OR= 0.54, IC 95% 0.28-1.01, p= 0.039). Este factor protector sólo fue significativo en pacientes mujeres (OR=0.41, p=0.22) pero no lo fue en pacientes hombres (OR=1.0, p=0.61).

Los autores obtienen como conclusiones que la proporción de casos con recuperación incompleta es elevada debido a que los pacientes no buscan atención médica inmediata (dentro de las primeras 72 hrs. de iniciados los síntomas). La edad mayor a 40 años y la falta de terapia física fueron los únicos factores pronósticos significativos para la recuperación incompleta.

Día Mundial de la Salud

Por Francisco Suárez Bravo

División de Difusión y Divulgación Científica



Con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 07 de abril de 1948, año con año se conmemora, en esta fecha, el Día Mundial de la Salud. Es una ocasión para fomentar la toma de conciencia sobre aspectos relevantes de la salud mundial.

Este año con el lema *“Mil ciudades, mil vidas”* y dos objetivos: a) Mil Ciudades: abrir los espacios públicos a la salud, ya sea para realizar actividades en los parques, reuniones ciudadanas, campañas de limpieza, o cerrar parte de las calles al tránsito de vehículos motorizados, b) Mil Vidas: reunir mil relatos de promotores de la salud urbana que, por sus iniciativas, hayan tenido un impacto considerable en la salud de sus ciudades.

Según datos de la OMS, más de 100 millones de personas, un tercio de la población urbana, viven en suburbios. Prácticamente todo el crecimiento demográfico durante los próximos 30 años tendrá lugar en las zonas urbanas.

Según estimaciones del Banco Mundial, un tercio de la población humana vive en suburbios, en 2035 las ciudades serán los núcleos de pobreza predominante.

El fenómeno afecta a cuestiones como el agua, el medio ambiente, la violencia y los traumatismos, las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo como el uso de tabaco, una alimentación poco saludable, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y los riesgos asociados a los brotes de enfermedades.

La urbanización supone un reto por varios motivos:

a) los pobres de las zonas urbanas padecen de forma desproporcionada una amplia gama de enfermedades y problemas de salud, entre ellos un mayor riesgo de violencia, enfermedades crónicas y algunas enfermedades transmisibles como la tuberculosis y el VIH/SIDA.

b) Los principales determinantes sociales de la salud en el contexto urbano van más allá de lo puramente sanitario e incluyen las infraestructuras, el acceso a los servicios sociales y de salud, el gobierno local, la distribución de los ingresos y las oportunidades en materia de educación.

Existen soluciones para hacer frente a las causas fundamentales de los problemas sanitarios urbanos.

La planificación urbana puede promover hábitos saludables y la seguridad mediante inversiones en transporte activo, el diseño de zonas destinadas a la actividad física y la aprobación de reglamentos contra el tabaco y a favor de la inocuidad de los alimentos.

La mejora de las condiciones de vida urbana en las esferas de la vivienda, el agua y el saneamiento tendrán un efecto muy importante en la mitigación de los riesgos sanitarios. Una ciudad integradora que sea accesible y dé calidad de vida a todas las edades beneficiará a todos sus habitantes.

Esas medidas no necesariamente requieren más fondos, sino el compromiso de reorientar los recursos para invertirlos en intervenciones prioritarias, con lo que mejorará la eficiencia.

Por otra parte, la Organización Médica Colegial (OMC) recuerda que "Los regímenes alimenticios no saludables, la inactividad física y el tabaquismo contribuyen al aumento del riesgo de sufrir muchas patologías no transmisibles, así como enfermedades crónicas como la obesidad, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis, la diabetes tipo 2 y determinados tipos de cáncer", resaltan los médicos. "Actualmente, cerca del 80% de la carga mundial de enfermedades crónicas se concentra en los países de ingresos bajos y medios, lo que tiene grandes repercusiones para la calidad y el costo de la atención a largo plazo, así como para el acceso a ella", denunciaron desde la OMC.

Además, según añadieron, "los datos sobre los resultados sanitarios en materia de salud infantil, procedentes de 47 países, muestran mayor desigualdad socioeconómica en las áreas urbanas que en las rurales".

En México, el Día Mundial de la Salud, se celebró con la inauguración del Hospital General de Zona Bicentenario del IMSS, en San Pedro Xalpa, delegación Azcapotzalco, en donde el Secretario de Salud Doctor José Ángel Córdova Villalobos dijo: para el año 2030 la población urbana de México podría crecer a una tasa promedio de 0.8 anual, para alcanzar un total de 92 millones de personas que habiten en las zonas urbanas.

El Doctor José Ángel Córdova afirmó que para encarar con éxito los desafíos urbanos del Siglo XXI, será necesario, entre muchos otros aspectos, incrementar la cobertura de infraestructura básica, equipamiento y servicios en las ciudades,

controlar la expansión desordenada de los núcleos urbanos, atender la segregación y fragmentación del espacio urbano y la pobreza en las ciudades.

Atender los problemas ambientales que cada vez tienen una repercusión más directa en la calidad de vida urbana, hacer más eficientes y participativos los procesos de gestión urbana, y buscar canales de colaboración expeditos, orientados al cofinanciamiento para atención de los problemas de carácter metropolitano.

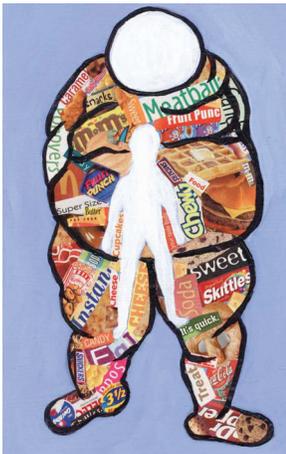
Por otra parte, el presidente Felipe Calderón aseguró que la salud de los mexicanos es una de sus prioridades, y prometió que para el 2012 se alcanzará la cobertura universal en el país. Se comprometió para que al final de su gobierno, todas las personas, niños, ancianos, mujeres u hombres tendrán un espacio para ser atendidos en alguna de las instituciones públicas de salud.

Un Problema de Peso

" La Obesidad en México: un problema de todos"

Por Francisco Suárez Bravo

División de Difusión y Divulgación Científica



Hoy en México tenemos una patología que ha despertado gran interés, sin embargo hay poca información y se encuentra aislada de los efectos que representa padecer obesidad, ya que es un factor de riesgo para algunas enfermedades o como una enfermedad en si misma. Se han descubierto factores predisponentes para desarrollar la obesidad: los familiares o genéticos, los fisiológicos y los ambientales incluyendo el estilo de vida, siendo estos últimos los que más influencia tienen en el desarrollo o no de la enfermedad.

A nivel mundial la estadística revela que 31% del total de la población de Estados Unidos tiene algún grado de sobrepeso y obesidad. México con 24%, ocupa el segundo lugar en el mundo. Inglaterra es el tercer lugar. Para hacer un contraste de las cifras, con tan sólo 3% de su población, los países asiáticos como Japón y Corea poseen el menor índice de personas con este problema.

En este momento se puede considerar a la obesidad como una pandemia. Como país, que ocupamos el segundo lugar con personas con sobrepeso y obesidad, de no ser tratada esta problemática, se puede convertir en un problema que podría poner en riesgo el sistema de salud nacional.

Los días 14 y 15 de enero de 2010, el Instituto Nacional de Rehabilitación fue sede de las III Jornadas Nacionales de Médicos Residentes de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

El Doctor Manuel de la Llata Romero fue el encargado de inaugurar, y aprovechó para felicitar al comité organizador, por los esfuerzos realizados para concretar estas III Jornadas, por otra parte, al referirse al tema *“La obesidad en México: un problema de todos”* dijo que es un problema fundamental ya que es una realidad en nuestro país y en el mundo.

El Director General de la Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad instó a sumar esfuerzos para que todos juntos podamos resolver este problema; agregó que es muy estimulante que los médicos residentes hayan tomado esta temática para su congreso. Esto permitirá que la Secretaría de Salud y nuestro país avancen en esta problemática tan compleja que resulta ser un problema pandémico de salud.

En México hay más personas con obesidad, que sin obesidad

Las III jornadas arrancaron con la conferencia magistral “El Reto de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hos-

pitales de Alta Especialidad ante la Obesidad en México”, impartida por el Doctor Manuel de la Llata Romero, quien mencionó que desde hace casi tres años la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad reconoció que la obesidad es un problema fundamental en nuestro país, esto coincide con la visión de las jornadas y de médicos residentes de los institutos.

El Doctor de la Llata abrevió la forma en que se conformó el grupo de trabajo, encabezados por el Doctor Eduardo García García y conformado por distinguidos investigadores de los diversos institutos que trabajan en esta materia. Este grupo decidió hacer una publicación que permitiera forjar una reflexión en torno a la obesidad y el síndrome metabólico, lo cual motivó a los editores de las revistas: Acta Pediátrica de México, Archivos de Cardiología de México, Salud Mental y Salud Pública de México a publicarlo simultáneamente a finales de 2008 con el título “La obesidad y el síndrome Metabólico como Problema de Salud Pública”.

Durante la conferencia el Doctor de la Llata ratificó que la alta prevalencia de personas con obesidad es una realidad en los países industrializados y en vías de desarrollo y que la información disponible apunta hacia un aumento acelerado, que de no controlarlo puede tener repercusiones importantes.

De la Llata aseveró que la Obesidad es una enfermedad incurable y los riesgos que se asocian a ella, se ha sugerido, debe tratarse en forma similar a otras enfermedades incurables como el alcoholismo y el ta-

baquismo en las que la eliminación total del alcohol y el tabaco son un aspecto fundamental en el tratamiento.

Sin embargo, el manejo de la obesidad se vuelve muy complejo debido a que no es posible eliminar ciertos alimentos del entorno del paciente. Esta enfermedad se desarrolla con el tiempo y una vez instalada es irreversible y difícil de tratar. Las secuelas de la enfermedad resultan del stress metabólico y físico ocasionadas por el exceso crónico de peso. Otras consecuencias, por citar algunas, son: cardiopatías, resistencia a la insulina, diabetes mellitus tipo II, entre otras. Lo grave de las consecuencias es que en algunos pacientes pueden no revertirse, incluso ante la pérdida de peso.

Por otra parte, el Doctor de la Llata manifestó: México ocupa el segundo lugar de obesos en el mundo, y desde un enfoque poblacional los recursos destinados por el Estado son insuficientes para dar tratamiento a todos los afectados. Esto se convierte en la limitante más importante para lograr una atención integral a nivel nacional.

Si se previene la obesidad se abaratarán los costos de atención de pacientes con enfermedades cardiovasculares o con diabetes que todavía representan las principales causas de morbilidad y mortalidad en adultos.

En México una proporción importante de la población infantil y adolescente presenta sobrepeso u obesidad, según la estadística de salud 2006, 5.3% de los menores de 5 años, 26% de los escolares y más de 30 % de los adolescentes la pa

decen y de acuerdo a las encuestas nacionales de los últimos años, va en aumento.

Está documentado que el sobrepeso en infantes es un riesgo de obesidad en el adulto con todo lo que esto implica en términos de comorbilidad que se magnifican al manifestarse en etapas tempranas por tener evoluciones largas. Por lo tanto la implementación de acciones efectivas desde la infancia debe ser una prioridad para el Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que la génesis de la obesidad es el desequilibrio energético, es decir, se consume más energía de la que se gasta. De esto se desprende que una alimentación adecuada y el combate al sedentarismo son elementos centrales que deben formar parte de cualquier esquema de prevención.

De todo esto surge la pregunta a esta problemática "¿la responsabilidad en el mantenimiento de un peso corporal saludable y la consecuente prevención de la obesidad es individual o compartida?". Está claro que cada individuo decide lo que va a comer de acuerdo con sus posibilidades y si va a incrementar su actividad física. Así los individuos podrán beneficiarse por cambios en el ambiente que les faciliten un estilo de vida saludable. De esta forma es posible apoyar las decisiones y esfuerzos individuales con programas de promoción de la salud y la educación, pero los logros serán mayores si a la par se efectúan cambios ambientales que apoyen el consumo de dietas correctas y una vida activa. Sin embargo, se plantea

una responsabilidad compartida en distintos niveles desde lo individual hasta el legislativo en donde el sistema de Salud debe tener un papel crucial en la promoción de la salud y en la prevención de la obesidad y el síndrome metabólico, a través de la orientación al personal y a los usuarios en los distintos temas centrales, por ejemplo: la promoción de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento, la educación para alimentación correcta y una vida activa. En resumen, la prevención debe ser una estrategia prioritaria de salud pública que debe iniciar en la infancia y continuarse a lo largo de la vida.

A nivel Institucional no se cuenta con clínicas dedicadas a la atención del paciente obeso, a excepción de la clínica de obesidad del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. En la mayoría de las instituciones distintos servicios realizan esfuerzos aislados tanto en asistencia como en investigación, sin embargo no existen lineamientos, programas o abordajes multidisciplinarios coordinados dentro de las instituciones, ni entre ellas. Por consiguiente, el Doctor de la Llata, planteó: es fundamental coordinar un esfuerzo de investigación entre distintas instituciones y capacitar recursos humanos para esta tarea.

El Doctor Manuel de la Llata concluyó: hasta hoy se carece de un plan maestro que señale los logros alcanzados y las tareas por desarrollar, esto ha determinado que la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad convocara a la formación de un grupo académico de investigadores para el estudio

y el tratamiento de la obesidad y síndrome metabólico. Es el primer paso para colaborar en el desarrollo de objetivos y lineamientos comunes en el sector salud.

Además, subrayó que hay que dejar atrás la idea del mito, que los países industrializados son los únicos en donde se desarrolla esta enfermedad, eso ha quedado atrás, este problema no respeta clase social o región del mundo. Dicha situación ha puesto en alerta a casi todas las naciones, que libran una enérgica lucha para erradicar lo que se considera como una epidemia. La tarea no es nada sencilla si se toma en cuenta el impacto de los costos económicos que requieren los programas de prevención y el tratamiento de los padecimientos que se asocian a ella.

En la ponencia Epidemiología y Prevención de la Obesidad, expuesta por la Doctora Lucero Rodríguez Cabrera abordó el tema desde la perspectiva de los costos que genera esta enfermedad. Ya es el principal problema que tenemos como país. En términos de costos equivale al 0.5 % del Producto Interno Bruto, según la Doctora Rodríguez "destinado a un problema totalmente prevenible", el 9 % del presupuesto de salud se usa en atender a estos pacientes.

Siguiendo con el aspecto económico, se considera que personas con sobrepeso y obesidad las podemos encontrar en los distintos estratos sociales y se ha demostrado que genera pobreza independientemente de su nivel socio económico.

Por otra parte, el Doctor Simón Barquera invitó a no ver éste problema

del lado fácil, es decir, alta ingesta de alimento, falta de actividad física, igual a aumento de peso. Eso es a lo que llaman las causas inmediatas, pero el problema es más complejo y señaló que ni la propia Secretaría de Salud por sí sola lo puede resolver, ya que se involucran varios aspectos como son: educación, prácticas de autocuidado, disponibilidad de recursos, distribución de estos recursos al interior del hogar, acceso a actividades deportivas, aspectos psicológicos, ambientes como el escolar, comunitario, laboral, y calidad de los servicios. Toda esta serie de factores, de no modificarse no se podrá resolver el problema. Entonces la pregunta es "¿cómo podemos observar la cura de esta enfermedad? "no depende de los médicos". Una de las posibles soluciones, mencionó el Doctor Barquera, es hacer convenios con la Secretaría de Economía, la Comisión del Deporte, Secretaría de Educación Pública, etc.

Ante tal situación, una de las posibles soluciones es la propuesta por la Secretaría de Salud avalada por la Fundación Interamericana del Corazón, la Sociedad de Diabetes, El Colegio Mexicano de Medicina Interna, Colegio de Endocrinología, Sociedad de Medicina Interna, Sociedad de Obesidad, entre otros, han propuesto diez objetivos que pueden contribuir a prevenir obesidad y las enfermedades crónicas que se derivan de ésta:

- 1.- Promover la actividad física en todos los entornos (escolar, laboral, comunitario y recreativo)
- 2.- Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y consumo de agua simple potable
- 3.- Disminuir el consumo de azúcar en bebidas, así como de grasas

- 4.- Aumentar el consumo de frutas y verduras, legumbres, granos enteros y fibras
- 5.- Mejorar la capacidad de toma de decisiones sobre una dieta saludable a través de un etiquetado simple en envases y paquetes, además del fomento a la alfabetización en nutrición y salud
- 6.- Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y fortalecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad
- 7.- Reducir la cantidad de azúcar adicionada a los alimentos
- 8.- Disminuir el consumo de grasas saturadas y eliminar el consumo y

- la producción de grasa trans de origen industrial
- 9.- Disminuir los tamaños de porción en restaurantes y expendios de alimentos preparados y en alimentos industrializados
- 10.- Limitar la cantidad de sodio adicionada a los alimentos y reducir su consumo.

En palabras del Dr. Simón Barquera, si se lograran estos diez objetivos a nivel nacional se tendría una respuesta muy positiva. Y concluyó que si somos uno de los países con mayor obesidad, es un gran problema, pero también es una gran oportunidad de modificar nuestro estilo de vida.

Instituto Nacional de Rehabilitación Congreso Internacional de Investigación en Rehabilitación

CONVOCATORIA

BASES:

EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN TIENE EL AGRADO DE INVITARLOS A PARTICIPAR EN EL CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN REHABILITACIÓN, QUE SE EFECTUARÁ DEL 27 DE SEPTIEMBRE AL 1º DE OCTUBRE DEL 2010, DE 8:00 A 14:00 HRS.

BASES PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS EN CARTEL: LOS TRABAJOS DEBERÁN SER INÉDITOS Y SE PRESENTARÁN DE ACUERDO A LOS TÓPICOS ENLISTADOS EN LA PÁGINA www.inr.gob.mx/congreso_internacional.html, EN LAS SIGUIENTES ÁREAS DE INVESTIGACIÓN:

- BÁSICA
- CLÍNICA
- EPIDEMIOLÓGICA
- TECNOLÓGICA

LOS TRABAJOS INTERNOS SE ENTREGARÁN EN LA SUBDIRECCIÓN CORRESPONDIENTE DEL PONENTE EN FORMA IMPRESA Y EN FORMA ELECTRÓNICA. LOS TRABAJOS EXTERNOS SE ENVIARÁN AL CORREO ELECTRÓNICO: resumenes@inr.gob.mx y abstract@inr.gob.mx.

LOS RESÚMENES DE LOS TRABAJOS SE DEBERÁN PRESENTAR CON EL SIGUIENTE FORMATO:

TÍTULO: 200 CARACTERES CON ESPACIOS. ESCRIBIR TODOS LOS CARACTERES EN MAYÚSCULAS Y EN NEGRITAS.

- A. AUTORES Y ADSCRIPCIONES: 250 CARACTERES. ESCRIBIR ESTA INFORMACIÓN DE CORRIDO DESPUÉS DEL TÍTULO.
 1. LOS AUTORES DEL TRABAJO, SE DEBERÁN REGISTRAR CON APELLIDO(S) E INICIAL(ES) COMO SE MUESTRA A CONTINUACIÓN: ALFARO AB, LEÓN SR, MARTÍNEZ F, QUINTANA-ARMENTA A. (SÓLO SE ADMITIRÁ UN TRABAJO COMO PRIMER AUTOR)
 2. LAS ADSCRIPCIONES DEBERÁN SER REFERIDAS CON UN SUPERÍNDICE EN NÚMEROS ARÁBIGOS CONSECUTIVOS, LISTADAS EN ORDEN DE APARICIÓN Y ANOTANDO CIUDAD Y PAÍS.
 3. EL NOMBRE DEL AUTOR RESPONSABLE DEBERÁ APARECER EN NEGRITAS.
- B. DEJAR UN ESPACIO ENTRE "TÍTULO Y AUTORES" Y EL "RESUMEN" CON MÁRGENES DE 3 CM.
- C. RESUMEN DE UNA CUARTILLA DE EXTENSIÓN, FORMATO WORD, LETRA ARIAL, TAMAÑO 11. INDICAR EL ENCABEZADO DE CADA SEGMENTO EN NEGRITAS. ESCRIBIR DE CORRIDO A PARTIR DEL ENCABEZADO SIN DEJAR ESPACIOS ENTRE LOS SEGMENTOS.
 1. INTRODUCCIÓN
 2. OBJETIVO
 3. METODOLOGÍA
 4. RESULTADOS*
 5. CONCLUSIONES

* SE PERMITIRÁ UNA TABLA O UNA FIGURA.

LA FECHA LÍMITE PARA ENVÍO DEL RESUMEN ES EL MARTES 15 DE JUNIO DE 2010.

NO HABRÁ PRÓRROGA.

EL SUBCOMITÉ DE EVALUACIÓN DEL COMITÉ CIENTÍFICO DEL CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN REHABILITACIÓN SERÁ EL RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN, SELECCIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS TRABAJOS.

LOS RESÚMENES QUE NO CUMPLAN TODOS Y CADA UNO DE LOS CRITERIOS ENUNCIADOS EN LOS PUNTOS ENUMERADOS DE ESTAS BASES, NO SERÁN EVALUADOS.

AQUELLOS AUTORES QUE DESEEN QUE SU TRABAJO CONCURSE PARA PREMIACIÓN DEBERÁN ENVIAR, ADÉMÁS DEL RESUMEN CORTO (UNA CUARTILLA), UN RESUMEN *IN EXTENSO* DE SU TRABAJO, QUE DE SER PREMIADO SERÁ PUBLICADO EN EL BOLETÍN DEL INR.

LOS LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DEL RESUMEN *IN EXTENSO* SE ENCUENTRAN EN LA LIGA:

www.inr.gob.mx/congreso_internacional.html.

LOS RESÚMENES CORTOS E *IN EXTENSO* SE EVALUARÁN DE ACUERDO A LOS CRITERIOS ESPECÍFICOS ESTABLECIDOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO QUE PUEDEN SER CONSULTADOS EN:

www.inr.gob.mx/congreso_internacional.html.

LOS RESÚMENES PODRÁN SER ACEPTADOS O RECHAZADOS.

EL AUTOR RESPONSABLE RECIBIRÁ VÍA ELECTRÓNICA LA NOTIFICACIÓN DE LA ACEPTACIÓN DEL RESUMEN ASÍ COMO EL DÍA EN QUE SE EXHIBIRÁ EL CARTEL. LOS TRABAJOS ACEPTADOS DEBERÁN SEGUIR LOS LINEAMIENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE CARTELES QUE PODRÁN SER CONSULTADOS EN: www.inr.gob.mx/congreso_internacional.html.

LOS CARTELES SELECCIONADOS PARA CONCURSO SERÁN EVALUADOS POR EL SUBCOMITÉ DE EVALUACIÓN EN UNA DE LAS DOS SESIONES (8:00 - 10:30, 11:00 - 13:30) DEL DÍA DE LA EXHIBICIÓN DEL CARTEL.

SE OTORGARÁN RECONOCIMIENTOS A LOS MEJORES TRABAJOS, LOS CUALES SERÁN ENTREGADOS DURANTE LA CEREMONIA DE CLAUSURA.

INSCRIPCIONES: REGISTRO ELECTRÓNICO PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS EN: www.inr.gob.mx/congreso_internacional.html.

FECHA LÍMITE: 24 DE SEPTIEMBRE DE 2010. SE ENTREGARÁ CONSTANCIA.

REGISTRO DURANTE EL EVENTO SE LLEVARÁ A CABO EN LA RECEPCIÓN DEL AUDITORIO NANAHUATZIN, EL LUNES 27 DE SEPTIEMBRE DE 2010 DE 7:00 A 8:00 HORAS. SE ENTREGARÁ CONSTANCIA.

ATENTAMENTE
COMITÉ ORGANIZADOR



SALUD

GOBIERNO FEDERAL

MÉXICO 2010



El Instituto Nacional de Rehabilitación invita al CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN REHABILITACIÓN

Del 27 de septiembre
al 1 de octubre del 2010
Ciudad de México

Ponentes invitados de:

Argentina
Australia
Canadá
Cuba
Estados Unidos
España
Francia
Holanda
Suiza
México

Temas principales en Avances Recientes en Investigación:

Básica
Clínica
Epidemiológica
Tecnológica



Sede: Calzada México Xochimilco No. 289, Col. Arenal de Guadalupe. C.P. 14389, Delegación Tlalpan, México, D.F.,
Tel. 5999-1000, Ext. 13227 • Consulta la convocatoria y regístrate en: www.inr.gob.mx/congreso_internacional.html
www.gobiernofederal.gob.mx • www.salud.gob.mx • www.inr.gob.mx • www.bicentenario.gob.mx



MÉXICO 2010
Bicentenario Independencia Centenario Revolución

SALUD



**GOBIERNO
FEDERAL**

