

Revista

LÍDERES & MÉDICOS

Junio · Julio 2022



Abordaje quirúrgico del COVID-19 en el
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Régimen triple fijo extrafino en un solo dispositivo^{1*}

Puede usarse con espaciador⁷
2x2
INHALACIONES AL DÍA



Eficacia en la prevención de exacerbaciones moderadas a severas y mejoría en la calidad de vida.^{2,3,4}

Administración de dos veces al día (2x2) en un dispositivo pMDI para aliviar los síntomas diurnos y nocturnos.¹

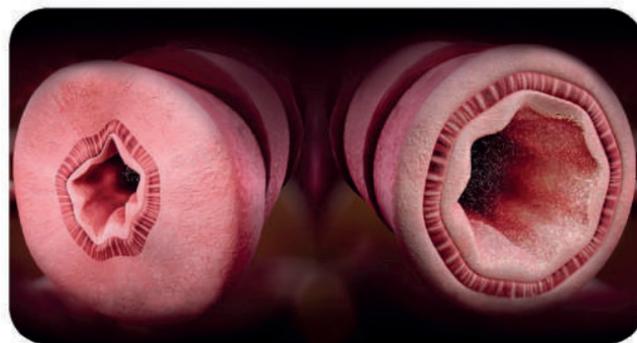
Formulación extrafina en sus 3 componentes.⁵

Para mayor información escanee este código QR o ingrese a www.chiesimexico.com



Aviso No. 203500202C6406

● Partícula extrafina <2 micras capaz de tratar todo el árbol bronquial incluida la vía aérea pequeña⁵



*Trimbow está indicado como un tratamiento de mantenimiento en pacientes adultos con EPOC severa que no están tratados adecuadamente con la combinación de un corticoesteroide inhalado y un beta2-agonista de acción prolongada y un antagonista muscarínico de acción prolongada.⁷

Referencias:

1. Singh et al. Expert Opinion on Pharmacotherapy 2018; 19 (11): 1279-1287.
2. Singh et al. Lancet 2016;388:963-973.
3. Vestbo et al. Lancet 2017; 389 (10082): 1919-1929.
4. Papi et al. Lancet 2018; 391: 1076-84.
5. Singh D_ Triple therapy in COPD_2017.
6. Singh et al. - Eur Respir J 2019; 53: 1900235.
7. IPP Trimbow 100/6/12.5µg aerosol para inhalación.

Evidencia científica de Trimbow® en paciente con EPOC⁶



*Con una exacerbación severa en el año (análisis de subgrupo).



Healthcare
Systems

tecnología · salud · equipamiento

Integración de servicios en equipamiento médico:



Planeación y Obra Hospitalaria



Software e Innovación Médica



Equipamiento Médico



Servicio



Financiamiento



healthcare_systems



Healthcare Systems de México

Tel.: +52 (55) 5531 6611

Tel. Ciudad de México: +52 (55) 5254 2666

Lafayette 115, Col. Anzures, Ciudad de México, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11590

www.healthcaresystems.com.mx

EDITORIAL por:



**Dr. JORGE
SALAS HERNÁNDEZ**

Director General del Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

A lo largo de más de 24 meses del inicio de la pandemia, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Ismael Cosío Villegas, se ha dedicado a la atención de los casos más graves y complicados por la infección de SARS-CoV-2 (COVID-19). Nunca antes, una sola enfermedad había requerido de la participación tan ampliamente multidisciplinaria y coordinada. En el caso del INER, los diferentes médicos especialistas contribuyeron a salvar muchas vidas, gracias a su experiencia y trabajo oportuno.

En esta edición de la *Revista Líderes Médicos*, se ha decidido mostrar la opinión de los médicos especialistas en Cirugía de Tórax, Neumología Intervencionista, Otorrinolaringología, Anestesiología y Gastroenterología, sobre el uso de los procedimientos invasivos, tanto quirúrgicos como endoscópicos, de la vía aérea y gastrointestinal, así como de la atención de las complicaciones traqueales secundarias a la intubación prolongada. Todas estas alteraciones y procedimientos se convirtieron prácticamente en una rutina de trabajo; cientos de pacientes vieron comprometida su salud con diversos tipos de complicaciones, que gracias a un equipo médico de alto perfil fue posible recuperar en la mayoría de los casos.

Los resultados obtenidos por nuestros especialistas y su interrelación con otros grupos de trabajo, hoy son un modelo de atención de alta especialidad, ya que es la cotidianidad en nuestro Instituto y también son un ejemplo para los médicos en formación. Este cúmulo de datos, experiencias y resultados, han sido compartidos con la comunidad médica a través de publicaciones y conferencias.

Indudablemente, el presente número de la *Revista Líderes Médicos*, contribuirá a compartir logros y abrir las líneas de comunicación con colegas de todo el país.



Revista LÍDERES MÉDICOS

Trabajando con los Hospitales,
Institutos y Organismos **LÍDERES** de México

Consulta todas nuestras ediciones en: www.lideresmedicos.com



DR. EDUARDO LICEAGA



DIRECTORIO Junio - Julio 2022

Director General y Editor	RICARDO ALBERTO ISLAS CORTÉS ricardoislas@lideresmedicos.org
Publicidad y Ventas	Rosario Elmech publicidadyventas@lideresmedicos.org
Consejo Médico Editorial	Dra. Ana Elena Limón Rojas Dr. Carlos Rodríguez Treviño
Departamento Jurídico	Lic. Carlos Castrejón Rojas Lic. Julia Espinoza Marcovich Despacho Castrejón&Espinoza Abogados
Asistencia Editorial	Marlen Oteo Gómez
Redacción	Saúl Jiménez Orozco Aura Angélica Abrego Villafuente
Corrección de Estilo	Isaura Denisse Fuentes
Mesa Editorial	Gustavo Sáenz Martín
Diseño y Arte	Studio de Maquetación y Arte Médica
Fotografía	Martina Anamaríja Brzovic Sotelo Cristof Ángeles Aristegui PhotoStudio Medical Center
Staff TV Líderes Médicos	Michel Iván Islas Cortés
Webmaster	Rodolfo Bautista Valdez Daniela Edurne Peregrina Gómez Aantika: aantika www.aantika.com
Circulación y Logística	Dpto. de Distribución, Circulación y Logística de Líderes Médicos

La REVISTA LÍDERES MÉDICOS es una publicación bimestral editada en JUNIO de 2022 por Grupo Editorial Líderes Médicos. Editor Responsable: Ricardo A. Islas Cortés contacto@lideresmedicos.org ☎ (55) 18206693

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título: 04-2022-032817370900-102 otorgado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor (INDAUTOR), de la Secretaría de la Educación Pública (SEP). Certificado de Licitud de Título y Contenido: 16580 expedido por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Distribución Nacional en Eventos Académicos, Congresos Médicos y Hospitales (públicos y privados) a cargo del Dpto. de Distribución, Circulación y Logística de Líderes Médicos.

Los artículos son responsabilidad de cada autor. El contenido y las opiniones de los redactores no necesariamente reflejan la postura del editor y de la publicación. La publicidad y la información de los anuncios son responsabilidad exclusiva de cada compañía. Derechos Reservados: Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total de las imágenes y contenidos publicados, sin previa autorización por Escrito del Comité Editorial.

IMPRESA ORGULLOSAMENTE EN MÉXICO
www.lideresmedicos.org
contacto@lideresmedicos.org

ÍNDICE

- 3 **Dr. JORGE SALAS HERNÁNDEZ** — Director General del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas: **EDITORIAL.**
- 6 **Dra. FRANCINA VALEZKA BOLAÑOS MORALES** — Subdirectora de Cirugía Cardiorrástica: **PROTOCOLO INER DE TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA: PUNTA DE LANZA A NIVEL NACIONAL.**
- 10 **Dr. MARCO ANTONIO ÍÑIGUEZ GARCÍA** — Jefe de la Clínica de Tráquea: **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESTENOSIS TRAQUEAL.**
- 14 **Dra. TERESA DE JESÚS AGUIRRE PÉREZ** — Jefa del Servicio de Broncoscopia y Endoscopia: **MANEJO BRONCOSCÓPICO DE LA ESTENOSIS TRAQUEAL EN PACIENTES COVID-19.**
- 18 **Dr. GABRIEL TONA ACEDO** — Jefe del Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello: **MANIFESTACIONES PRODUCIDAS POR SARS-CoV-2 EN VÍAS AÉREAS SUPERIORES Y LARINGE.**
- 24 **Dr. RICARDO ELÍ GUIDO GUERRA** — Jefe del Servicio de Anestesia: **TÉCNICAS EFICACES PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA VÍA AÉREA EN PACIENTES COVID-19.**
- 28 **Dr. JESÚS CARRANZA SARMINA** — Médico Adscrito al Servicio de Cirugía de Tórax: **CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN EFICAZ Y SEGURA DURANTE LA PANDEMIA.**
- 32 **Dra. LOURDES GUADALUPE PEDROZA TERÁN** — Médico Adscrito al Servicio de Broncoscopia y Endoscopia: **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES A TRAVÉS DE LA ENDOSCOPIA.**
- 36 **Dr. JESÚS JAVIER VÁZQUEZ CORTÉS** — Presidente de la SMNyCT: **SOCIEDAD MEXICANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX COADYUVANDO EN LA LUCHA CONTRA EL SARS-CoV-2.**
- 40 **BEATRIZ ROMERO LARA** — Directora de la Unidad de Negocios de Atención Primaria de Chiesi México: **LÍNEA DE CUIDADOS PRIMARIOS DE CHIESI MÉXICO.**
- 41 **MARCO RUGGIERO** — Director General de Chiesi México: **FARMACÉUTICA QUE MEJORA LA CALIDAD DE VIDA CON MEDICAMENTOS INNOVADORES.**

**> Dra. FRANCINA VALEZKA
BOLAÑOS MORALES**

Subdirectora de Cirugía Cardiorráctica

Posterior a registrarse el primer caso de SARS-CoV-2 en nuestro país, el 27 de febrero del 2020, específicamente en el INER, se iniciaron los protocolos que incluyen diversas reglas sanitarias a nivel nacional, con el objetivo de reducir el riesgo de contagio, tales como: sana distancia, confinamiento voluntario, lavado frecuente de manos y el uso de alcohol en gel, así como de cubrebocas, entre otras medidas sociales.

Aunado a lo anterior, diversos hospitales e institutos fueron reconvertidos a centros especializados para la atención de pacientes con esta infección. Debido al incremento acelerado de casos de COVID-19, fue necesario que se implementaran unidades temporales de atención en sitios estratégicos de nuestro país, como el Centro de Convenciones Citi-banamex y el Hospital Temporal en el Autódromo Hermanos Rodríguez, ambos ubicados en la Ciudad de México. Por su parte, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, se convirtió en el referente de nuestro país para la atención especializada, estudio e investigación del SARS-CoV-2.

Cirugía Cardiorráctica en toda la historia del INER y quien es Profesora Titular del Curso de Posgrado de Toracoscopia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), habla sobre el Protocolo de Traqueostomía Percutánea que se desarrolló en la institución meses pre-

vios al ingreso del primer caso, protocolo que se compartió y que se ha implementado en diversos institutos y hospitales de todo el país:

“Antes de que llegara la COVID-19 a México, en el INER comenzamos a estudiar

Visualizando estrategias
para enfrentar la nueva
pandemia

La doctora Francina Valezka Bolaños Morales, quien desde el 2019 se desempeña como la primera mujer Subdirectora de





de 36 profesionales de distintas áreas, como: Anestesia, Cirugía, Inhaloterapia, Neumología, Enfermería y también contamos con el apoyo de nuestros residentes. Este trabajo multidisciplinario nos permitió idear una estrategia de colocación de la cánula de traqueostomía de forma segura para el paciente y con un riesgo bajo de contagio, tanto para los familiares como para nosotros”.

Realización de 42 pasos con ayuda audiovisual y de un lector en un máximo de 5-10 minutos

Después de una ardua labor y planificación, el Protocolo INER de Traqueostomía Percutánea comenzó a emplearse en el Instituto a partir del tres de abril del 2020 y debido a su gran funcionamiento para optimizar los procedimientos con seguridad, fue compartido con el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez y con la Unidad de Atención Temporal de COVID-19, ubicada en el Centro de Convenciones Citibanamex de la Ciudad de México.

“En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, hemos abordado a 452 pacientes por medio de este protocolo y en el Instituto Nacional de Cardiología se ha empleado en 100, mientras que en la Unidad de Atención Temporal de COVID-19 del Centro de Convenciones Citibanamex, se utilizó en 50 casos”.

“El protocolo consta de 42 pasos, los cuales mediante un lector nos va indicando qué pasos seguir, previo, durante y posterior a la colocación de la cánula de traqueostomía, para que ésta pueda ser manipulada por el médico, así como por los familiares del paciente”.

“Todos los pasos se encuentran ideados para llevarse a cabo en un lapso de cinco a 10 minutos por paciente y diseñados

para evitar la improvisación, así como los errores. Los resultados obtenidos han sido bastante buenos, ya que hemos logrado movilizar a una gran cantidad de pacientes de la terapia intensiva. Sin embargo, es importante mencionar que, la COVID-19 trae consigo otras complicaciones, sobre todo en aquéllos que además de esta infección padecen otras enfermedades, por lo que en algunos casos lamentablemente la defunción y/o prolongación de su estancia hospitalaria ha sido inevitable”.

Buscando su publicación en revistas de alto impacto

La doctora Francina Valezka Bolaños Morales, Subdirectora de Cirugía Cardiotorácica en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, y quien además es una de las líderes a nivel nacional y en Latinoamérica de esta área, concluye:



“Cuando iniciamos con el desarrollo de este protocolo, estábamos conscientes de que todos los involucrados podríamos infectarnos al momento de llevarlo a cabo, sin embargo durante estos dos años únicamente un par de profesionales de nuestro equipo se han contagiado, por lo que actualmente sabemos que siguiendo estos pasos adecuadamente y utilizando correctamente el equipo de protección personal (EPP), el riesgo de contraer SARS-CoV-2 es bajo”.

“Además de compartir el protocolo con el Instituto Nacional de Cardiología y la Unidad de Atención Temporal de COVID-19 del Centro de Convenciones Citibanamex, también lo hemos presentado en distintos foros que se han realizado en torno a este nuevo virus y estamos trabajando para que pueda ser publicado en breve en alguna revista internacional de alto impacto”.

**> Dr. MARCO ANTONIO
IÑIGUEZ GARCÍA**

Jefe de la Clínica de Tráquea

La disminución de la luz de la tráquea se define como estenosis traqueal y puede manifestarse como consecuencia de diversas causas congénitas, traumáticas, neoplásicas, inmunológicas, idiopáticas y principalmente por la intubación orotraqueal prolongada, así como por la traqueostomía.

Previo a la década de los cincuenta, se considera que la estenosis traqueal prácticamente no existía, sin embargo como consecuencia de la pandemia de poliomielitis durante la cual existió la imperiosa necesidad de intubar a una gran cantidad de pacientes, comenzaron a surgir distintas complicaciones derivadas de la intubación orotraqueal, siendo una de las principales la estenosis traqueal, la cual incrementó su incidencia a principios de los sesenta y actualmente continua manifestándose con mayor frecuencia en pacientes que han requerido intubación orotraqueal prolongada.

**Incremento de ventilación mecánica por
neumonía y SARS-CoV2**

Anteriormente en nuestro país durante la ventilación mecánica se empleaban globos de alta presión, pero ello ocasionaba que el diámetro de la cánula orotraqueal fuera más grande, lo que favorecía al desarrollo de la estenosis traqueal; afortunadamente, gracias a los avances tecnológicos, se logró reemplazarlos y actualmente se utilizan globos de baja presión, así como manómetros para verificar la presión del globo, con lo que se ha disminuido el riesgo de que los pacientes presenten esta complicación posterior a la intubación. Asimismo, se ha observado que entre mayor manipulación exista en la parte externa del tubo, debido a no contar con una fijación adecuada y usar un calibre más grueso del que requiere el tubo, puede generarse inflamación o necrosis y esto a su vez provocará estenosis traqueal.





El inicio de la traqueoplastia en el Instituto

En 1990 en el INER comenzó a emplearse la traqueoplastia como tratamiento para la estenosis traqueal y con el paso de los años este procedimiento se convirtió en el estándar de oro para el abordaje de esta patología, por lo que en esa época se referían pacientes de diferentes estados del país al Instituto, lo que permitió que éste se posicionara como un referente a nivel nacional en el manejo de la estenosis traqueal. Gracias a la alta capacitación y a los recursos humanos que egresan de esta institución para ejercer en otros hospitales de la República, actualmente esta enfermedad puede ser atendida en diversos centros de salud de México.

“Anterior a la pandemia realizábamos de 25 a 30 traqueoplastias anualmente y como consecuencia de este acontecimiento, se incrementó el número de cirugías, ya que durante este periodo hemos llevado a cabo alrededor de 45 al año. Este procedimiento emplea anestesia general balanceada y consiste en reseca el segmento de la tráquea afectada para realizar una anastomosis entre el tejido sano. La mayoría de las ocasiones efectuamos un abordaje cervical, porque generalmente la estenosis se presenta en el tercio proximal de la tráquea, no obstante, aunque es con poca frecuencia, en algunos casos se manifiesta en el tercio distal de la tráquea y entonces empleamos un abordaje por toracotomía derecha o una esternotomía media parcial”.

“Cuando realizamos el abordaje cervical, que es el más usual, se anestesia al paciente, quien permanece en decúbito dorsal con hiperextensión cervical e intubación orotraqueal, sin embargo cuando éste tiene traqueostomía, debemos ventilarlo a través de esa vía. Por ahora, nos enfocaremos en los casos donde no existe una traqueostomía previa, ya que son los más frecuentes: posterior a la preparación mencionada antes,

llevamos a cabo una incisión en el collarín cervical, considerando que los límites anatómicos que tenemos son los bordes internos del esternocleidomastoideo; se secciona el platismo, realizamos colgajos cutáneos, después localizamos el cartilago cricoides y continuamos el abordaje por línea media; se realiza la sección del istmo tiroideo y finalmente disecamos la tráquea”.

“Una vez que tenemos expuesta la tráquea se separa del esófago y se localiza la estenosis traqueal, a fin de reseca los anillos; generalmente se resecan de dos hasta seis centímetros, sin embargo nuestro límite depende de la longitud de la tráquea, en la cual lo máximo que podemos reseca será la mitad en términos generales. Dependiendo de la localización de la estenosis traqueal, realizamos una anastomosis, la cual puede ser tráquea con tráquea que es la más frecuente o anastomosis tráquea con cricoides, que es la estructura que se ubica inmediatamente superior a la tráquea. Al terminar el procedimiento colocamos un drenaje en tejidos blandos, mismo que retiramos a los tres días y el paciente egresa del quirófano despierto y extubado, respirando solo con flexión cervical forzada. Aunado a ello, colocamos un punto en el mentón, para recordarle que no debe extender el cuello durante la hospitalización, la cual dura alrededor de una semana; en el sexto día, retiramos dicho punto para que comience a recuperar los movimientos cervicales en el transcurso de las siguientes seis semanas”.

Investigación sobre el impacto de las moléculas DPP-4

En el INER se ha observado que el riesgo de que los pacientes que fueron extubados y sobrevivieron al COVID-19 desarrollen estenosis traqueal es bajo, ya que esta complicación se ha presentado en un porcentaje reducido dentro de este grupo. Con el objetivo de incrementar la producción científica del Instituto, actualmente la Clínica de Tráquea, el Servicio



de Patología y el Departamento de Cirugía Experimental, están desarrollando un protocolo de investigación focalizado en la relación que podrían tener las moléculas DPP-4 en el proceso de cicatrización e inflamación, lo cual interviene en el desarrollo de la estenosis traqueal.

“La traqueoplastia es un procedimiento programado, por lo que los pacientes que son sometidos a esta cirugía por estenosis traqueal, ya se encuentran recuperados de la infección del SARS-CoV-2. Durante la pandemia, personalmente he notado que en estos casos, el tejido de la tráquea es más fibroso, por ello actualmente realizamos estudios de investigación para verificar si existe algún tipo de marcador distinto que pueda explicar por qué, aparentemente, hay un aumento de fibrosis en la cicatriz de la estenosis traqueal”.

“El proyecto se está realizando en pacientes post-COVID con diferentes situaciones y mediadores de inflamación en

este tejido, a fin de descifrar si está o no relacionado con la producción de estenosis traqueal. Hemos desarrollado estudios con mediadores de la cicatrización y existen criterios de inclusión, así como de exclusión, en los cuales buscamos particularmente el impacto de las moléculas DPP-4”.

“La estenosis traqueal es un padecimiento con síntomas inespecíficos, sin embargo es importante sospechar de su existencia en todos los pacientes que tienen antecedentes de intubación y presentan síntomas como: tos, mal manejo de secreciones, disnea y estridor. A pesar de que existen otros tratamientos no quirúrgicos, como la colocación de prótesis, la cual está indicada en casos específicos, debemos recordar que actualmente el estándar de oro a nivel mundial para el tratamiento de esta enfermedad es la cirugía, donde dependiendo de cada hospital, su tasa de éxito aceptable con fines curativos se ubica por encima del 90 por ciento”.

Al inicio de la pandemia por la nueva cepa del coronavirus (SARS-CoV-2), la ventilación mecánica invasiva fue uno de los procedimientos que se emplearon con mayor frecuencia en los pacientes infectados que progresaron hacia un estado crítico. El doctor Marco Antonio Íñiguez García, Jefe de la Clínica de Tráquea del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, quien pertenece a la Sociedad Europea de Cirujanos Torácicos, a la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax (SMNyCT), y a la Sociedad Mexicana de Cirujanos Torácicos Generales (SMCTG), así como a la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT), explica:

“Durante los primeros meses de la emergencia sanitaria, tengo la impresión de que se emplearon tubos más gruesos de lo habitual para realizar la intubación a

los pacientes con COVID-19, así como de que se realizaban traqueostomías en general más tardías, después de tres semanas. Ambos procedimientos fueron herramientas muy importantes para lograr que sobrevivieran, sin embargo en aquéllos donde la ventilación mecánica era muy prolongada, observamos que una de las complicaciones más destacadas era la estenosis traqueal”.

“Es importante decir que, además de la infección por SARS-CoV-2, existen otros padecimientos en los cuales los pacientes son susceptibles a intubación orotraqueal; en México dentro de las causas más frecuentes, se encuentran los traumatismos craneoencefálicos severos y las neumonías, que incluso antes de la pandemia por COVID-19 eran los principales motivos de ventilación mecánica y aunado a ello, del desarrollo de la estenosis traqueal”.

**> Dra. TERESA DE JESÚS
AGUIRRE PÉREZ**

Jefa del Servicio de Broncoscopia y Endoscopia

La estenosis traqueal se define como el estrechamiento de la tráquea, mismo que se produce como consecuencia de una lesión o anomalía congénita, este padecimiento se divide en dos tipos de acuerdo con su origen. La primera clasificación es la estenosis traqueal adquirida, que se manifiesta a causa de irritaciones o lesiones repetidas, debido a la presencia del tubo endotraqueal y de factores externos, como por ejemplo, afectaciones inhalatorias en un incendio.

Por otra parte, la estenosis traqueal congénita es una patología poco común, donde la estructura de soporte cartilaginosa de la tráquea provoca un estrechamiento de las vías respiratorias y de los anillos traqueales completos.

**Impacto de la estenosis
durante la pandemia**

La doctora Teresa de Jesús Aguirre Pérez, Jefa del Servicio de Broncoscopia y Endoscopia en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, quien ejerce su práctica privada en el Hospital Ángeles del Pedregal y además pertenece a la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax (SMNyCT), así como a la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT) y a la European Respiratory Society (ERS), habla sobre cómo se ha llevado en el INER el manejo broncoscópico de la estenosis traqueal durante





infecciones asociadas a la ventilación mecánica, las cuales también inflaman y dañan los cartílagos, lo que hace más frecuente la presencia de la estenosis traqueal como complicación”.

Visualizando la vía aérea inferior a través de broncoscopia

Debido a las diversas complicaciones que pueden surgir en los pacientes que presentaron un cuadro grave a causa de la pandemia, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias cuenta con una Clínica Post-COVID, en donde se realizan distintas actividades que coadyuvan a la recuperación de quienes tras superar la infección manifestaron algunas afectaciones, como estenosis. Asimismo, en esta área se realizan pruebas de función respiratoria, las cuales permiten recabar datos para determinar si existen obstrucciones de la vía aérea.

“Generalmente la estenosis traqueal se origina después de que los pacientes han sido dados de alta del Instituto, pero en algunas ocasiones surge cuando permanecen en la estancia hospitalaria y necesitamos decanular o retirar la cánula de traqueostomía; en estos escenarios nos encontramos con un bloqueo que impide retirar la cánula, por lo cual empleamos abordaje mediante broncoscopia, procedimiento que nos ayuda a visualizar la vía aérea inferior”.

“Dependiendo del tipo de estenosis, definimos el procedimiento endoscópico que utilizaremos: dilatación neumática con balones de diferentes calibres, dilatación con broncoscopia a través de broncoscopio rígido, en donde podemos emplear diferentes calibres, de acuerdo a las características de la estenosis o de cada paciente. También pueden ejecutarse algunos otros medios, como la crioterapia para efectuar resección de tejido de granulación o el electrocauterio y en algunos casos selectos puede emplearse

la colocación de prótesis endobronquial, que en pacientes con COVID-19 generalmente es de silicón para evitar que se vuelva a cerrar la vía aérea”.

“En casos muy específicos y complejos es necesario realizar un abordaje multidisciplinario, el cual incluye como opción el tratamiento quirúrgico, es por ello que este Servicio trabaja estrechamente no sólo con el Departamento de Cirugía de Tórax, sino también con algunas otras especialidades, como Otorrinolaringolo-

gía, Terapia de la Deglución y Rehabilitación Pulmonar”.

Protocolo de Seguimiento Institucional

Al inicio de la contingencia sanitaria por la nueva cepa de coronavirus SARS-CoV-2, el Servicio de Broncoscopia y Endoscopia del INER detuvo los procedimientos broncoscópicos, ya que éstos generan una gran cantidad de aerosoles, los cua-

les ponían en riesgo la salud del personal médico y de Enfermería, ya que al realizarlos se sometían a la posibilidad de contagiarse. No obstante, a casi tres años de la pandemia, se han implementado algunas estrategias, como el uso indispensable del equipo de protección personal (EPP), lo que ha permitido que estos procedimientos se lleven a cabo nuevamente.

“Además del EPP, se han realizado algunos cambios para emplear broncoscopias con mayor seguridad, los cuales han estado enfocados en disminuir la cantidad de aerosoles. Por ejemplo, en pacientes infectados con COVID-19, el procedimiento se lleva a cabo en menor tiempo, donde se pausa el ventilador en periodos de apnea y utilizamos relajantes musculares para que el paciente no tosa. En los casos donde la estenosis se presenta posterior a cursar la infección, pedimos una Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), la cual debe haberse realizado en un lapso no mayor a las 72 horas”.

“Aunque al principio de la pandemia se pausaron los procedimientos, con el paso del tiempo los hemos incrementado: durante 2021 realizamos alrededor de 500 broncoscopias, de las cuales cerca de 200 se efectuaron en pacientes con SARS-CoV-2, principalmente para diagnóstico, neumonías o infecciones asociadas a complicaciones de la vía aérea, derivadas de la intubación”.

“Aunque actualmente han disminuido los contagios, continuamos atendiendo a los pacientes que han desarrollado complicaciones post-COVID, por lo que nuestro Servicio participa en el Protocolo de Seguimiento Institucional, en el cual a través de la Clínica Post-COVID, se atienden a los pacientes que cursaron con un cuadro grave de la enfermedad y que estuvieron hospitalizados en el INER. Nuestro objetivo es identificar de manera temprana por medio de pruebas de función respiratoria las complicaciones que pudieran presentar, a fin de referirlos a los servicios correspondientes, para que sean tratados de manera oportuna”.



la pandemia por COVID-19 en pacientes infectados que han desarrollado esta complicación:

“La estenosis es la disminución del diámetro de la vía aérea y puede presentarse desde la laringe subglótica a la tráquea proximal. A nivel mundial, durante la pandemia por SARS-CoV-2, este padecimiento se ha presentado con mayor frecuencia en los pacientes que como consecuencia del COVID-19 requirieron ventilación mecánica invasiva o incluso traqueostomía”.

“No obstante, se ha registrado un aumento de la complejidad de esta patología, ya que actualmente se presentan más casos de estenosis altas en la región subglótica y compleja, debido a que se forma de manera circunferencial, lo cual pone en riesgo la vida y produce la necesidad de un manejo multidisciplinario por parte del personal de salud”.

Dificultad respiratoria el principal síntoma

En la estenosis traqueal la dificultad respiratoria es uno de los síntomas principales, pero también pueden manifestarse algunos otros, como el aumento de

la frecuencia respiratoria y el estridor, un sonido agudo que se expulsa debido a la dificultad del paso del aire por la zona estrecha de la tráquea. Aunque este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en pacientes con COVID-19 que fueron abordados con ventilación mecánica o traqueostomía, existen otros factores de riesgo que influyen en su desarrollo, como algunas enfermedades crónicas.

“La población con COVID-19 más propensa a desarrollar estenosis traqueal es aquélla que estuvo intubada o en la que se realizó una traqueostomía tardía y que aunado a ello, padece enfermedades como obesidad, diabetes mellitus, hipertensión, entre otras comorbilidades”.

“Otro factor de riesgo que influye en la presencia de estenosis traqueal en estos pacientes, es la presión del globo que se ejerce alrededor del tubo orotraqueal, la cual generalmente debe mantenerse entre 20 y 30 centímetros, pero en algunas ocasiones cuando se emplea una presión mayor, el virus SARS-CoV-2 puede inflamarse e infectar la vía aérea, incluso en algunos casos hemos encontrado una carga viral alta en estos tejidos, lo cual aumenta la frecuencia de las estenosis”.

“Asimismo es importante señalar que, los pacientes que han cursado por la COVID-19, pueden desarrollar otras

> Dr. GABRIEL TONA ACEDO

Jefe del Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

La vía aérea constituye la unión entre el mundo exterior y las unidades respiratorias, por lo que se encuentra dividida en dos tipos: inferior y superior, siendo esta última una pieza clave en las funciones de fonación, así como de olfacción, ya que se encuentra constituida por la nariz, cavidad oral y faringe, además impide la entrada de materiales extraños en el árbol traqueobronquial, el cual al igual que la tráquea y laringe, forman parte de la vía aérea inferior.

Durante la pandemia por COVID-19, las vías aéreas: superior e inferior, se han visto altamente afectadas, ya que además de los síntomas que se manifiestan por esta infección (tos, dificultad respiratoria, dolor de garganta, congestión nasal y/o secreción nasal, y pérdida del olfato y del gusto), se han registrado distintas complicaciones en estas áreas, sobre todo en pacientes con cuadros críticos que han requerido ventilación mecánica.

Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SMORLCCC), explica:

“Conforme la pandemia ha ido avanzando, hemos logrado una mayor comprensión de cómo el SARS-CoV-2 afecta nuestro organismo y las consecuencias que ocasiona durante y después de la

infección. Respecto a las vías aéreas, al inicio de la emergencia sanitaria notamos los síntomas que se presentaban en la infección primaria, sin embargo con el paso del tiempo observamos que hubo una modificación, ya que no todos los pacientes presentaban secreción nasal, pérdida del olfato o del gusto”.

Secuelas posteriores a la extubación

El doctor Gabriel Tona Acedo, Jefe del Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, donde también se desempeña como Profesor Titular del Curso de Alta Especialidad en Laringología y Fonocirugía, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y quien es miembro de la Sociedad Mexicana de





“En nuestro Instituto nos hemos enfocado en la detección y abordaje temprano de las secuelas que se presentan en la vía aérea superior e inferior de quienes infortunadamente requirieron intubación derivada de la infección por el nuevo coronavirus, ya que alrededor del 10 por ciento de estos casos, posterior a la extubación pueden desarrollar lesiones pulmonares, afectaciones bajo las cuerdas vocales y cicatrices, las cuales generalmente se presentan debajo de la tráquea, lo que reduce el espacio por donde ingresa el oxígeno y repercute en la capacidad para realizar actividades cotidianas, como amarrarse los zapatos, bañarse o incluso caminar unos breves pasos”.

Clínica de Seguimiento Post-COVID

El INER es un centro de referencia y de concentración a nivel nacional, por lo que en él se atienden los casos más complejos de diversos padecimientos res-

piratorios, como del SARS-CoV-2, por lo que actualmente además de tratar a los pacientes infectados por este nuevo virus, ha implementado la Clínica Post-COVID, en la cual se brinda seguimiento a aquéllos que desarrollaron un cuadro crítico de la enfermedad y a los que durante este proceso se les realizan diversas pruebas para detectar de forma temprana las complicaciones que pudieran presentar. Asimismo, en los casos que lo ameritan, se brindan tratamientos quirúrgicos, farmacológicos y de rehabilitación.

“En México somos una de las instituciones que cuenta con una Clínica Post-COVID, lo cual es una gran ventaja para los pacientes, ya que pueden recurrir con nuestros especialistas para atender las secuelas que les dejó este virus, las cuales no son fáciles de diagnosticar y menos de tratar en otros centros de salud. Es importante mencionar que, afortunadamente, las complicaciones posteriores a la enfermedad no son tan frecuentes y principalmente se manifiestan en los casos que requirieron intubación”.

“Las complicaciones con más incidencia en pacientes post-COVID son: la disnea, mejor conocida como dificultad respiratoria; disfonía, la cual se presenta derivada de las lesiones ocasionadas por la intubación, mismas que generan cambios en la voz; y la disfagia, que se traduce en las alteraciones manifestadas en la deglución como consecuencia de las afectaciones producidas en la faringe y laringe, lo cual representa una gran amenaza, debido a que al ingerir alimentos sólidos o líquidos éstos pueden desviarse del esófago y entrar a las vías respiratorias, ocasionando neumonía por aspiración de alimentos o secreciones”.

Exploración de laringoscopia flexible

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias se ha establecido que todos los pacientes con antecedentes de intubación, independientemente de la estancia hospitalaria, deben ingresar a la Clínica Post-COVID para ser sometidos a una



“Conforme la pandemia ha ido avanzando, hemos logrado una mayor comprensión de cómo el SARS-CoV-2 afecta nuestro organismo y las consecuencias que ocasiona”.

exploración de laringoscopia flexible, en donde los especialistas analizan todas las estructuras y funciones que realiza la laringe, así como la respiración y protección de las vías aéreas, a fin de detectar lesiones o alteraciones, ya que en algunos casos los síntomas son silenciosos.

“Con la exploración de la laringoscopia flexible, podemos detectar de manera temprana complicaciones en pacientes que no presentan síntomas tan llama-

vos, lo cual resulta excelente para brindar tratamientos oportunos y evitar que desarrollen neumonías por aspiración de alimentos o de secreciones, debido a que estas manifestaciones pueden presentarse de manera inmediata desde que el paciente es extubado, por lo que posterior a ello y de forma inmediata, tratamos de realizar alguna revisión a fin de verificar la vía aérea superior y la seguridad de la ingesta de alimentos; en caso de existir algún problema, será necesario alimentar al paciente a través de una sonda”.

Evaluación fibroscópica de la deglución

Otra de las pruebas que se ha empleado con mayor frecuencia en el seguimiento de los pacientes post-COVID en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, es la fibroscopia, también conocida como evaluación fibroscópica de la deglución (FEES), con la cual es posible grabar todo el procedimiento.

“La fibroscopia consiste en introducir el nasofibroscopio por la fosa nasal más despejada hasta el nivel del velo del paladar, para observar las fosas nasales, rinofaringe y laringe, poniendo mayor atención en el cierre velofaríngeo, la habilidad del paciente en el manejo de secreciones, de la abducción, aducción de las cuerdas vocales y posteriormente se evalúa la sensibilidad laríngea”.

“La gran ventaja que hemos tenido al emplear esta prueba es que podemos efectuarla en la cama del paciente después de su extubación, sin necesidad de movilizarlo, únicamente trasladamos un pequeño monitor con la fibra y con todos los insumos necesarios hasta el área crítica. Posteriormente llevamos a cabo diversas pruebas, las cuales consisten en brindar alimentos teñidos con pintura vegetal, de distintas consistencias y cantidades, para observar la tolerancia, facilidad, así como la seguridad con la que se ingieren los alimentos y en dado caso de que se presente alguna dificultad al alimentarse, indicamos el tratamiento más adecuado para el paciente”.





Grupo Eólica S.A. de C.V.

Empresa 100% mexicana fundada en 1995. Actualmente Grupo Eólica cuenta con el respaldo de más de 10 empresas estadounidenses y europeas para poder ofrecer al mercado mexicano soluciones y tecnología médica con los más altos estándares internacionales de calidad.



Hamilton H900

Humidificador

- Sensor de Temperatura integrado
- Equipos respiratorios multifuncion con calefacción en tubo
- Ajustes de temperatura y humedad regulables
- Ajustes predefinidos para terapia invasiva y de flujo alto

Hamilton C6

La nueva generación de respiradores de UCI inteligentes

- Suministro de aire independiente
- Sincronización en tiempo real con IntelliSync+
- P/V Tool Pro para la evaluación y reclutamiento pulmonares
- Medición de la presión transpulmonar



Hamilton T1

Ventilación inteligente para el transporte

- Ventilación para pacientes adultos, pediátricos y neonatos
- Independencia del aire comprimido
- Tiempo de funcionamiento con batería de hasta 9 horas
- Terapia con flujo alto de oxígeno integrada y ventilación no invasiva*
- Modos de ventilación avanzados, incluidos ASV® e INTELLiVENT®-ASV
- Ventilación de RCP

CPFSD-USB

Espirometría portátil de función completa

- Compatible con ordenadores de sobremesa y portátiles para una máxima flexibilidad.
- Gráficos de incentivo para la espirometría, que son ideales para las poblaciones pediátricas.
- Impulsado por nuestro software de diagnóstico cardiorrespiratorio, por lo que puede estar seguro de que hará más que satisfacer sus necesidades de pruebas y gestión de datos.



Platinum Elite

Pletismografía Corporal Completa

- Control de infección completo. El sensor de flujo preVent® de MGCD y el circuito de paciente BreathPath™ de MGCD pueden sustituirse en segundos entre pacientes sin tener que recalibrar el sistema.
- Máximo Volúmen interno utilizable
- Sin límite de peso y de fácil acceso para sillas de ruedas
- Sello de puerta inflable rápido y silencioso con botón de liberación interno para mayor tranquilidad del paciente

Resmon PRO *

Técnica de Oscilación Forzada

- Análisis de patrones respiratorios "dentro de la respiración" con una frecuencia de muestreo rápida
- Prueba cómoda para el paciente con un descarte automático de las respiraciones no fisiológicas y no coherentes
- Pantalla accesible para el operador, después de la prueba, para ver y editar las respiraciones aceptadas y descartadas
- CV% (coeficiente de variación) dentro de la medición y dentro de la sesión con advertencia codificada por colores para un control de calidad óptimo



* Registro Sanitario en trámite con folio 223300401B0453



www.eolica.com.mx





TÉCNICAS EFICACES PARA EL ADECUADO MANEJO DE LA VÍA AÉREA EN PACIENTES COVID-19

> Dr. RICARDO ELÍ GUIDO GUERRA

Jefe del Servicio de Anestesia

Después de registrarse un brote de neumonía atípica en la ciudad de Wuhan, China, a finales del 2019, comenzaron a surgir miles de casos con esta condición en diversos continentes, la cual posteriormente fue identificada como una nueva cepa de coronavirus, denominada SARS-CoV-2 (COVID-19). Sin embargo fue hasta el 27 de febrero del 2020, cuando el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, detectó y diagnosticó el primer paciente con esta infección en nuestro país.

Contener y mitigar esta nueva amenaza viral fue todo un reto durante los primeros meses para los profesionales de salud en todo el mundo, ya que al ser una enfermedad desconocida, altamente contagiosa y mortal para algunos grupos poblacionales, era sumamente complicado encontrar un tratamiento rápido y eficaz que coadyuvara a mejorar el panorama de la pandemia.

Síntomas y clasificación de la infección

Desde el surgimiento de esta nueva infección los profesionales de la salud de los principales institutos y centros hospitalarios del mundo, han trabajado arduamente en diversas líneas de investigación para descifrar el mecanismo de acción de la COVID-19, con el objetivo de descubrir el abordaje y tratamiento más eficaz para combatirlo y aunado a ello, disminuir la tasa de mortalidad.





A dos años y medio de que se emitiera la emergencia sanitaria por esta pandemia, se ha publicado un sinfín de información y hoy en día se tiene el conocimiento de que su transmisión es a través de las vías respiratorias por medio de pequeñas partículas expulsadas al momento de toser o estornudar, sobre todo si la distancia entre personas es menor a dos metros. En cuanto al período de incubación, se estima que el tiempo que transcurre entre la adquisición de la infección y la aparición de los síntomas oscila entre 1 y 14 días.

Los síntomas más frecuentes que se manifiestan como consecuencia de la infección son: tos seca, fiebre, dolor de cabeza, cuerpo y articulaciones, además de la pérdida del olfato y en algunas ocasiones los pacientes presentan malestares gástricos, como diarrea. La patología se divide en leve, moderada, severa y crítica, siendo esta última la más alarmante, ya que estos casos requerirán ventilación mecánica, la cual al ser invasiva puede generar diversas complicaciones.

Mejorando la tasa de éxito a través de videolaringoscopia

El doctor Ricardo Elí Guido Guerra, actual Jefe del Servicio de Anestesia del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, explica: “En este momen-

to podemos decir que tenemos un mejor control de la pandemia, ya que gracias a las diversas líneas de investigación que se han desarrollado a nivel mundial, hemos logrado inmunizar a la mayor parte de la población, lo cual ha impactado significativamente en la disminución de casos y defunciones por SARS-CoV-2. Asimismo, se sabe que los pacientes que cuentan con dosis de refuerzo de la vacuna, tienen menor probabilidad de progresar al estado crítico”.

“Es importante mencionar que a pesar de que los casos graves por COVID-19 han disminuido en comparación con el primer año de la pandemia, la población que aunado a la infección presenta otras comorbilidades como: obesidad, diabetes mellitus, edad avanzada, enfermedades cardiovasculares, pulmonares, renales y cáncer, continúan con un riesgo mayor de progresar a esta fase de la enfermedad y requerir intubación, por lo que es muy importante que se vacunen y no bajen la guardia ante las medidas de seguridad sanitaria”.

“Como consecuencia de distintos ensayos clínicos donde se estudió la respuesta a la infección empleando diversos fármacos, actualmente existen conocimientos más certeros y eficaces sobre cómo diagnosticar, abordar y tratar a los pacientes con COVID-19. Aunado a ello, se han documentado las intervenciones más efectivas para disminuir la morbimortalidad, por ejemplo, la dexametasona y los esteroides inhalados, los cuales se encuentran indicados para etapas y pacientes específicos”.

“En materia de ventilación mecánica también se ha visto que el apego a las técnicas con beneficios demostrados, como el uso de cánulas nasales de alto flujo en etapa temprana o en ventilación de protección y pronó para pacientes más graves, permite mejores desenlaces clínicos. Actualmente conocemos las medidas que debemos implementar al momento de la intubación, para disminuir el riesgo de contagio, como la utilización indispensable del equipo de protección

personal (EPP) y la videolaringoscopia, la cual nos permite visualización rápida de la vía aérea, lo que aumenta la tasa de éxito de intubación en el primer intento y disminuye el tiempo en el que la realizamos, así como la exposición del personal de salud al virus”.

Procedimiento estandarizado con buenos resultados

El manejo de la vía aérea en pacientes COVID-19 logró estandarizarse durante la contingencia sanitaria a través de la preparación y planeación eficaz, la cual consiste en tener preparados todos los insumos e instrumentos a utilizar. Además, previamente los profesionales del equipo multidisciplinario que participan en la intubación, cuentan con roles asignados, lo que permite que haya una mejor coordinación al momento de realizarla y que la ejecución sea relativamente rápida; debido al impacto que ha tenido este método, actualmente se emplea de manera muy frecuente en los servicios de urgencias y unidades críticas a nivel internacional.

“Los casos de COVID-19 son considerados de mayor riesgo al momento de realizar la intubación, porque se trata de pacientes con falla respiratoria hipoxémica con mínima reserva respiratoria y mecanismos compensatorios agotados, por lo que pueden presentar una rápida disminución de la SaO₂ al caer en apnea. Por ello, es sumamente importante que el manejo de la vía aérea se realice en secuencia rápida durante pocos minutos. Cuando consideramos que hay tiempo para pre-oxigenar (principalmente en pacientes que no se encuentran en un estado extremadamente crítico), llevamos a cabo este procedimiento durante cinco minutos por medio de cánulas nasales de alto flujo o CPAP, ya que esto puede brindarnos mejores resultados”.

“Posterior a la pre-oxigenación, aplicamos un opioide para disminuir la respuesta a la intubación, en segundo lugar un hipnótico; es importante señalar que, el empleo de

éstos dependerá del contexto y estado del paciente, sin embargo pueden utilizarse una variedad de fármacos, siempre que se anticipen los efectos hemodinámicos. Posterior a la pérdida de conciencia, administramos un bloqueador neuromuscular, el cual asegurará una parálisis completa durante la intubación, la cual se llevará a cabo con la ayuda de la videolaringoscopia”.

“El porcentaje de las complicaciones que se asocian a la intubación es alto, ya que en este contexto es un marcador de que el paciente está grave de manera general, debido a que además de la infección por SARS-CoV-2, posiblemente presenta otras comorbilidades y esto en conjunto puede generar afectaciones, como falla renal aguda o crónica, infecciones secundarias por bacterias u hongos, trombosis y sangrados, entre otras”.

Protocolo sobre traqueostomía percutánea en la cama del paciente

Durante la emergencia sanitaria el Servicio de Anestesia del INER, además de sus labores asistenciales ha trabajado conjuntamente con el Servicio de Cirugía en un protocolo sobre la realización de traqueostomía percutánea en la cama del paciente con COVID-19 y aunado a ello, ha impartido cursos sobre el manejo de la vía aérea al personal menos experto, a fin de proporcionarle mayor conocimiento y seguridad al momento de realizar la intubación, objetivo que se ha cumplido satisfactoriamente, tal como expone el doctor Ricardo Elí Guido:

“Afortunadamente, gracias al trabajo realizado sobre el adecuado manejo de la vía aérea, el conocimiento sobre técnicas eficaces y rápidas se extendió, por lo que en la actualidad este procedimiento se lleva a cabo de manera oportuna y exitosa en el primer intento, tanto por personal altamente calificado, como por aquél que aún no es tan experto”.



“El protocolo de la traqueostomía percutánea en la cama del paciente, tiene como objetivo asistir en la liberación de la ventilación mecánica y en los casos donde se ha empleado, los resultados han sido muy buenos. Sin embargo es importante comentar que, únicamente se ha realizado en pacientes específicos, ya que en aquéllos en estado grave que presentan un requerimiento alto de oxígeno (alrededor del 60 por ciento), PEEP de 10 o mayor e inestabilidad cardiovascular, no se recomienda este procedimiento, porque podría poner en riesgo su vida y aún no están cerca de la liberación de la venti-

lación mecánica, por lo que les implica mayor riesgo que beneficio”.

“Considero que pese a todos los escenarios infortunados que ocasionó la pandemia, también nos ha brindado mucho aprendizaje. Como gremio logramos tener una mayor percepción, comprensión y proyección de la gravedad de la situación, lo cual nos ayudó a desarrollar nuevas habilidades y herramientas para fortalecer la atención de nuestros pacientes. Hoy en día, los profesionales de la salud estamos más entrenados y conscientes de cómo enfrentar una amenaza del calibre de la pandemia por SARS-CoV-2”.

**Dr. JESÚS
CARRANZA SARMINA**

Médico Adscrito al Servicio de Cirugía de Tórax

Al inicio de la pandemia ocasionada por la nueva cepa de coronavirus, denominada SARS-CoV-2, a nivel mundial se tomó la decisión de pausar todos los procedimientos quirúrgicos electivos y programados, con el objetivo de prevenir el contagio entre los pacientes y el personal de salud. No obstante, se tenía permitido realizar cirugías de urgencia, las cuales fuesen necesarias en los casos que no respondían a otros tratamientos y que como consecuencia la vida estaba en riesgo.

Para llevar a cabo cirugías de emergencia se establecieron algunos lineamientos a nivel mundial, en los cuales el equipo de protección personal (EPP) y las Pruebas de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), jugaban un papel fundamental, ya que el objetivo de dichos protocolos era disminuir el riesgo de contagio dentro de los quirófanos y con ello, salvaguardar la seguridad de pacientes, anestesiólogos, cirujanos y personal de Enfermería.

**Seguridad para personal
durante procesos de
mínima invasión**

El procedimiento quirúrgico más antiguo es la cirugía abierta, la cual consiste en cortar la piel y tejidos para que el cirujano tenga una visualización completa de las estructuras, así como de los órganos involucrados, pero con el paso del tiempo su empleo ha disminuido, debido a que

supone un mayor trauma quirúrgico para los pacientes, por lo que actualmente se realiza en casos específicos, particularmente en grandes tumoraciones abdominales y en procesos oncológicos con infiltración de otros órganos.

No obstante, desde la segunda mitad del siglo XX el abordaje quirúrgico ha tenido una gran evolución, por lo que en la actualidad se efectúan cirugías de mínima invasión, las cuales cuentan con una gran variedad de técnicas, que además de permitir que el paciente tenga una recuperación más rápida y con menos dolor, coadyuvan en la evaluación de enfermedades, lesiones, así como en la obtención de muestras de tejido.

El doctor Jesús Carranza Sarmina, médico adscrito al Servicio de Cirugía de Tórax del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, quien también es miembro de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax (SMNyCT), así como



de la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT), explica:

“La pandemia por COVID-19 nos tomó por sorpresa, considero que nadie estaba preparado para enfrentar una amenaza de esta magnitud, ya que además de combatir una nueva enfermedad altamente contagiosa y letal, debíamos implementar estrategias que nos permitieran atender otras enfermedades y aunado a ello, salvaguardar la seguridad de los pacientes, así como del personal de salud. Por lo anterior, al inicio de la emergencia sanitaria surgieron diversas incógnitas y como respuesta a una de ellas, se pausaron todos los procedimientos quirúrgicos programados en la institución, por lo que se optó por realizar cirugías de mínima invasión”.

“Asimismo, surgió una gran duda a nivel mundial sobre si era seguro, realmente, realizar cirugía de mínima invasión, ya que durante el procedimiento administramos gas, el cual circula dentro del organismo del paciente y al emanar los aerosoles se creía que se incrementaba el riesgo de contagio por COVID-19, pero conforme fue avanzando el tiempo, nos dimos cuenta de que emplear esta cirugía era seguro y eficaz, por lo que comenzó a llevarse a cabo. En nuestro Servicio principalmente se realizó en lesiones del parénquima pulmonar, complicación causada primordialmente por el SARS-CoV-2”.

Abordaje de neumatoceles con VATS

Los neumatoceles son espacios aéreos con pared fina contenidos dentro del parénquima pulmonar y en ocasiones presentan niveles líquidos, éstos se manifiestan a consecuencia de neumonía, infecciones por distintos microorganismos y pueden ser secundarios a traumatismos torácicos. Actualmente, también se encuentran relacionados con la nueva cepa de coronavirus, ya que durante la pandemia se han presentado como una complicación en diversos pacientes infectados.



“En la emergencia sanitaria observamos que los pacientes infectados de COVID-19 presentaban nuevas lesiones, conocidas como neumatoceles y al inicio no sabíamos por qué se estaban manifestando y cuánto tiempo durarían o si habría una mejoría con el paso de los días. Dentro del Instituto y en mi práctica privada, tuve oportunidad de atender alrededor de 50 casos, los cuales nos llevaron a descifrar que los neumatoceles no disminuyen de tamaño, al contrario, en algunos pacientes crecían y ocasionaban sangrado, lo que ponía en riesgo su vida”.

“Por lo anterior, comenzamos a tratar estos casos con procedimientos de mínima invasión, como la cirugía videotoracoscópica o Video-Assisted Thoracic Surgery (VATS), la cual es una intervención que se realiza en el espacio intercostal a tra-

vés de una pequeña incisión que mide alrededor de dos centímetros de diámetro, por la cual se introduce un separador especial para abrir el orificio donde se insertará una cámara de alta definición, las pinzas y una engrapadora para reseca el tejido. Este procedimiento se conoce como técnica Uniportal VATS, pero también puede llevarse a cabo por dos o tres incisiones”.

“En el Instituto utilizamos las técnicas Uniportal VATS y de dos puertos, ya que no existe una diferencia en los resultados, sin embargo en cuanto a lo estético sí, aunque no es muy significativa, debido a que ambas son de mínima invasión. Es importante señalar que, estos procedimientos han sido de gran utilidad durante la pandemia, ya que la exposición al COVID-19 ha sido menor en comparación con la cirugía

abierta y los desenlaces fueron satisfactorios, por lo que hemos podido retirar las lesiones que no permitían el intercambio aéreo y que en la mayoría de los casos generaban sangrados”.

Abordaje del empiema en el Instituto

Otra de las complicaciones que se ha presentado en pacientes con COVID-19 durante estos dos años y medio de pandemia ha sido el empiema, que se define como la acumulación de pus dentro de la cavidad pleural. Es importante decir que, esta afectación no se encuentra vinculada directamente con el SARS-CoV-2, ya que surge a consecuencia de una intubación prolongada, la cual generalmente

puede ocasionar el desarrollo de infecciones por otras bacterias, lo que a su vez provoca neumonías que se comunican al espacio pleural, creando un derrame que se infecta y genera pus.

“En este contexto, el pulmón queda atrapado por una corteza, lo que impide que pueda expandirse correctamente al momento de respirar, por lo que para limpiar esta zona es necesario realizar cirugía y a pesar de que anteriormente empleábamos la abierta para tener mayor visualización, en tiempos de pandemia se ha optado por llevar a cabo técnicas de mínima invasión, con las cuales hemos tenido excelentes resultados”.

“De los pacientes con COVID-19 que necesitaron manejo quirúrgico, el 80 por ciento fueron por neumatoceles, el 20 por cien-

to por empiemas y del total un 90 por ciento se abordaron por mínima invasión. A pesar de todos los acontecimientos infortunados que ha dejado la pandemia, considero que también nos dio la oportunidad de emplear estas técnicas en pacientes que estaban en un estado muy delicado, sin incrementar el riesgo de contagio”.

“Actualmente estamos enfocados en cambiar el paradigma que se tiene de la cirugía abierta, ya que a pesar de que nos permite una mejor visualización, el tiempo en realizarla y de hospitalización para el paciente es mayor al de la cirugía de mínima invasión, la cual nos permite obtener los mismos resultados en un menor tiempo. Por lo anterior, deseamos incrementar estos procedimientos, los cuales han demostrado ser sumamente eficaces en el abordaje de padecimientos complejos”.



**> Dra. LOURDES GUADALUPE
PEDROZA TERÁN**

Médico Adscrito al Servicio de Broncoscopia y Endoscopia

A pesar de que la COVID-19 es considerada una enfermedad respiratoria que dentro de su sintomatología más común puede manifestarse a través de fiebre, tos, cansancio, dolor muscular, de garganta y cabeza, así como pérdida del olfato, se estima que cerca del 50 por ciento de los pacientes con esta infección también pueden desarrollar síntomas gastrointestinales, siendo los más frecuentes la disminución del apetito (hiporexia), así como la disminución transitoria de la percepción del sabor en los alimentos (ageusia), dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea.

Los pacientes que evolucionan a un estado crítico de la infección suelen manifestar dificultad para respirar, pérdida del habla y/o la movilidad, confusión y dolor en el pecho; en algunos casos, posterior a superar el cuadro de la enfermedad, pueden desarrollar distintas complicaciones gastrointestinales.

Endoscopia Gastrointestinal (AMEG) y además se encuentra certificada por el Consejo Mexicano de Gastroenterología

(CMG), explica las complicaciones que pueden desarrollar los pacientes que cursaron por un cuadro grave de COVID-19:

**Afectaciones
gastrointestinales derivadas
del SARS-CoV-2**

La doctora Lourdes Guadalupe Pedroza Terán, médico internista, gastroenteróloga y endoscopista, quien se encuentra adscrita al Servicio de Broncoscopia y Endoscopia del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas y quien es miembro de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG), así como de la Asociación Mexicana de





para combatir el virus o patógenos oportunistas, y hasta en un 30 por ciento de los casos los síntomas persisten en el periodo post-COVID-19. Por lo anterior, es sumamente importante que se brinde un seguimiento después de que el paciente sea dado de alta”.

Abordaje endoscópico como tratamiento estándar

La hemorragia de tubo digestivo es la complicación gastrointestinal que se presenta con mayor frecuencia en los pacientes con COVID-19 que fueron atendidos en el INER, sin embargo únicamente representa el 13 por ciento de incidencia en aquellos que cursaron un cuadro crítico de la enfermedad. No obstante, es importante mencionar que además de la propia infección, la hemorragia puede presentarse en cualquier sitio del tracto gastrointestinal por múltiples causas, por ejemplo, esofagitis, úlceras, divertículos, isquemia, lesiones previas desconocidas, entre otras.

“La hemorragia de tubo digestivo alto es la causa más común de sangrado gastrointestinal y en la mayoría de los casos es necesario realizar una panendoscopia. Este procedimiento consiste en introducir una pequeña cámara en el extremo de un tubo largo desde la boca hasta el duodeno. Una vez que ubicamos la lesión, en caso de observar sangrado activo ejecutamos algunas técnicas para detener la hemorragia, como la administración de adrenalina y la aplicación de hemoclips, esto aunado al tratamiento médico con inhibidores de bomba de protones; pese a que existen otras opciones terapéuticas, éstas son las que realizamos con más frecuencia en el INER”.

“El abordaje endoscópico es el tratamiento estándar para distintas complicaciones gastrointestinales, sin embargo en algunos casos donde no es necesario realizar una terapia endoscópica, también podemos emplear este procedimiento con fines diagnósticos como parte del abordaje de diversos padecimientos,

“Desde el inicio de la pandemia por la nueva cepa de coronavirus, se han reportado complicaciones gastrointestinales en pacientes infectados a nivel mundial, principalmente en aquellos que han progresado a un estado crítico de la enfermedad; en este grupo la incidencia a nivel internacional de padecimientos gastrointestinales es del 30 al 50 por ciento. En nuestro Instituto las afectaciones más comunes que se han registrado son hemorragias de tubo digestivo superior e inferior, re-

flujo gastroesofágico, enfermedades hepáticas, diarrea y pancreatitis”.

“Cabe señalar que, estas complicaciones generalmente se desarrollan durante la fase aguda de la infección y están relacionadas con la gravedad, por lo que pueden ser secundarias al daño que genera el SARS-CoV-2 sobre el epitelio gastrointestinal, pudiendo afectar desde el esófago hasta el colon, como consecuencia de los tratamientos que recibieron los pacientes



como: enfermedad por reflujo gastroesofágico, fistulas traqueoesofágicas por intubación prolongada, dispepsia, diarrea crónica, detección de tumores benignos o malignos. Asimismo, es de gran utilidad en la toma de biopsias de tejido para el análisis histopatológico”.

“Para los casos de hemorragia de tubo digestivo bajo, el procedimiento que se emplea con más frecuencia es la colonoscopia, donde también se utiliza una pequeña cámara en el extremo de un tubo, sólo que éste es más largo que el de la panendoscopia y se pasa a través del recto, colon e íleon terminal. Es un procedimiento diagnóstico y terapéutico en los casos de sangrado activo, en el cual también utilizamos diferentes terapias endoscópicas para hacer hemostasia. Es importante mencionar que, todos los procedimientos endoscópicos los realizamos bajo sedación y el tratamiento de las complicaciones gastrointestinales se realiza de manera específica de acuerdo con el perfil de cada enfermedad”.

Gastrostomías endoscópicas percutáneas para el trastorno de deglución

En 2021 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, se llevaron a cabo alrededor de 410 procedimientos endoscópicos, de los cuales aproximadamente fueron 50 colonoscopias y 120 gastrostomías, estas últimas consisten en colocar un tubo flexible de alimentación a través de la pared abdominal hasta el estómago, para permitir el paso directo de líquidos, dieta y medicamentos.

“El año pasado realizamos una gran cantidad de gastrostomías endoscópicas percutáneas e híbridas en conjunto con el Servicio de Cirugía de Tórax del INER, en pacientes que debido a la intubación prolongada presentaron trastorno de deglución, lo que impactó significativamente en su calidad de vida, ya que no podían alimentarse por vía oral debido al alto

riesgo de la broncoaspiración, que es el paso accidental de alimentos y líquidos a las vías respiratorias; posterior a colocar la sonda de alimentación, continuamos dando seguimiento en la consulta externa y una vez recuperados del trastorno de deglución, la retiramos”.

“El abordaje de las complicaciones gastrointestinales es sumamente importante, por lo que posterior a egresar de hospitalización, es necesario que el personal de salud realice un seguimiento estrecho de los pacientes durante un lapso mínimo de un año, ya que estas afectaciones pueden presentarse meses después de haber cursado por un cuadro crítico de SARS-CoV-2”.

“Incluso se han reportado casos en donde al inicio de la infección por COVID-19 no se presentaron síntomas gastrointestinales, manifestándose durante o después de la hospitalización, por lo que es indispensable realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos, los cuales podrán impactar favorablemente en la calidad de vida de los pacientes”.





SOCIEDAD MEXICANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX COADYUVANDO EN LA LUCHA CONTRA EL SARS-CoV-2

> Dr. JESÚS JAVIER VÁZQUEZ CORTÉS

Presidente de la SMNyCT

El 15 de marzo de 1939 se fundó la Sociedad Mexicana de Estudios sobre la Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio, la cual actualmente lleva por nombre Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax (SMNyCT). Este organismo se creó con el objetivo de estudiar dichos padecimientos de manera conjunta con organizaciones nacionales y extranjeras, a fin de generar actividades académicas para difundir los conocimientos obtenidos y con base en ello, coadyuvar en la lucha de distintas patologías.

Por lo anterior, además de organizar diversas sesiones académicas, la SMNyCT anualmente lleva a cabo un congreso, el cual es considerado la mayor manifestación académica de sus especialidades. A pesar de que este magno evento tradicionalmente se realizaba de manera presencial, en 2020 tuvo que migrar al formato virtual, como consecuencia de la reciente pandemia derivada de la nueva cepa del coronavirus: SARS-CoV-2 (COVID-19).

Tomando la Presidencia de la Sociedad en 2021

El doctor Jesús Javier Vázquez Cortés, cirujano y médico neumólogo especialista en adultos con certificación vigente por el Consejo Nacional de Neumología, quien labora en el Hospital Ángeles Lomas y pertenece a la Asociación

Latinoamericana de Tórax (ALAT), así como a la European Respiratory Society (ERS), y quien desde junio del año pasado funge como Presidente de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax para el bienio 2021-2023, habla sobre su plan de trabajo, así como la labor que ha realizado en dicho organismo durante la contingencia sanitaria por COVID-19:

“Durante la gestión anterior liderada por el doctor Adrián Rendón Pérez, se realizó un gran trabajo en la Sociedad, ya que durante este bienio inició la pandemia por SARS-CoV-2, lo que orilló a la suspensión de eventos presenciales debido al alto riesgo de contagio. Sin embargo, la Mesa Directiva llevó a cabo la implementación de diversas estrategias para continuar con las actividades académicas de manera virtual y aunado a ello, difundir la información que iba surgiendo sobre este nuevo virus, con el objetivo de orientar a los infectólogos, intensivistas, neumólo-

gos y médicos internistas que se encontraban laborando en la primera línea de atención de esta infección”.

“En 2021 tomé protesta como Presidente de la SMNyCT y debido a que la pandemia aún sigue vigente, mi plan de trabajo se ha estado desarrollando con base en los retos que este nuevo virus ha traído consigo, por lo que durante los primeros meses de gestión también se llevaron a cabo sesiones académicas virtuales, en las cuales se hizo mayor énfasis en difundir la información más actualizada sobre la COVID-19”.

Regreso a las actividades presenciales en Monterrey 2022

El octogésimo Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía



de Tórax, reunirá nuevamente después de dos años de pandemia a especialistas de toda la República y de diversos países, en el Centro Internacional de Negocios Monterrey (CINTERMEX). Es así como participan en este evento sociedades de diversas naciones, tales como SEPAR (España), SER (Chile), AAMR (Argentina), Asoneumocito (Colombia), SBPT (Brasil), así como organismos internacionales y regionales, entre los que destacan: ERS

(Europa), FCCNCT (Centroamérica y el Caribe), ATS (EUA) y ALAT (Latinoamérica). Debido a lo expuesto antes, sin duda, se trata de un evento de clase mundial.

“Afortunadamente en este 2022 regresamos a las actividades presenciales, por lo que nuestro magno evento, que es el 80 Congreso Anual de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, se lleva a cabo en Monterrey, Nue-

vo León, del 21 al 25 de junio, y en él se presenta un Programa Nacional de Enseñanza, el cual está dirigido a residentes y recién egresados que como consecuencia de la pandemia debieron permanecer en la primera línea de batalla y dedicaron todo su tiempo a atender pacientes con SARS-CoV-2, por lo que algunos no tuvieron oportunidad de actualizarse sobre diversos tópicos de la Neumología”.



Cerro de la Silla, insignia de la ciudad de Monterrey, sede del octogésimo Congreso de la SMNyCT.

Programa Nacional de Enseñanza dirigido a residentes y recién egresados

El Programa Nacional de Enseñanza impartido dentro del 80 Congreso de la SMNyCT, cuenta con la participación de un profesor extranjero y dos nacionales, quienes son altamente reconocidos en el área de Neumología, por lo que en este foro imparten temas de interés general y comparten sus experiencias en la práctica clínica, las cuales enriquecen los conocimientos de los residentes, quienes aprendieron demasiado sobre COVID-19 durante la pandemia, pero que infortunadamente por la alta carga laboral, no tuvieron oportunidad de adquirir conocimientos sobre otras áreas.

“Nuestra Sociedad comprende la gran importancia de apoyar a los médicos recién egresados en Neumología, debido a que en los próximos años ellos atenderán la mayoría de los padecimientos respiratorios, por lo que además de brindarles este foro, otorgamos becas para que quienes se interesaran en este evento pudieran asistir”.

“En esta gestión también hemos apoyado e impulsado a los capítulos estatales, con el objetivo de que su labor tenga mayor presencia en la SMNyCT y esto se ha logrado a través de sesiones académicas, donde han participado especialistas de Aguascalientes, Oaxaca, Querétaro, Yucatán y Monterrey, entre algunos otros estados; al finalizar dichas actividades, les hemos otorgado constancias que avalan su asistencia y participación”.

“Durante este Congreso, además de contar con ponencias sobre COVID-19 dirigidas a neumólogos, también se imparten cursos para médicos de primer contacto, con la finalidad de mantenerlos actualizados en el diagnóstico y abordaje de los pacientes con SARS-CoV-2, ya que a pesar de que algunos no se encontraban muy preparados para enfrentar esta nueva enfermedad, durante la pandemia tuvieron que atender diversos casos. Asi-



mismo, es importante decir que, en esta administración seguiremos fomentando y fortaleciendo la relación con otros organismos respiratorios nacionales e internacionales, ya que favorece nuestra educación médica continua”.

¿Delta, Ómicron o COVID-19?

Por más de dos años se han desarrollado diversos protocolos de investigación sobre este nuevo virus, por lo que actualmente se cuenta con mayor información respecto a su mecanismo de acción, así como acerca de los medicamentos que producen resultados más eficaces con menos efectos secundarios. Sin embargo aún no se cuenta con un tratamiento específico para esta infección y la vacunación es la única herramienta que disminuye el riesgo de progresar hacia un estado crítico de la enfermedad y posteriormente a la muerte.

“Durante la emergencia sanitaria ocasionada por el SARS-CoV-2 surgieron distintas variantes, siendo las más mencionadas Delta y Ómicron, no obstante es importante mencionar que todas continúan considerándose COVID-19 y las pruebas diagnósticas que se emplean en estos casos son las mismas, por lo que la presencia de una u otra no son muy significativas, ya que la sintomatología es la misma y la única diferencia que

hemos observado es que sin vacuna Delta resulta ser altamente contagiosa y el riesgo promedio de que un paciente progrese a un estado grave es alrededor del 25 por ciento, mientras que con otras variantes es del 18 por ciento; respecto a los pacientes sin inmunización que contraen Ómicron el riesgo es del 5 por ciento”.

“Aunado a lo anterior, actualmente sabemos que el riesgo de progresar a un estado crítico, así como de mortalidad es el mismo en la población que no ha querido vacunarse y en pacientes inmunodeprimidos, como es el caso de aquellos que cursan enfermedad renal crónica o cáncer. Sin duda, esta nueva infección llegó para quedarse y aunque aún no se tiene el conocimiento sobre en qué meses se generará un mayor brote de contagios, consideramos que no será estacional, por lo que es importante continuar ejerciendo las medidas sanitarias recomendadas y sobre todo vacunarse”.

“Sin duda, la pandemia por COVID-19 nos tomó por sorpresa y nos dimos cuenta de que en el país no se contaba con muchos especialistas en Neumología, es por ello que otro de los proyectos que tenemos contemplados en mi gestión como Presidente, es que incidamos en las escuelas de Medicina, a fin de estimular a los alumnos a incrementar la formación de recursos humanos dentro de esta especialidad”.





Escanea y Reproduce el VIDEO de este Reportaje

Se considera que la respiración y la salud respiratoria son concedidas, sin embargo los pulmones son órganos tan vitales como vulnerables de sufrir diversas infecciones, patologías y lesiones, así como alteraciones que les impidan trabajar adecuadamente. Lo anterior se puede traducir en la dificultad para respirar, tos constante y fatiga al realizar labores cotidianas, lo que a su vez repercute de manera directa en la calidad de vida de los pacientes que desarrollan estas afectaciones, entre las que destacan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma.

Fármacos para la atención respiratoria de los mexicanos

Con el compromiso de coadyuvar a mejorar la calidad de vida de los pacientes que infortunadamente sufren enfermedades crónicas prevalentes, el Grupo Chiesi invierte constantemente en los rubros de investigación y desarrollo, a fin de que sus productos y servicios impacten de manera significativa en la vida de millones de personas. Beatriz Romero Lara, Directora de la Unidad de Negocios de Atención Primaria de Chiesi México, explica:

“En nuestro país, se estima que la prevalencia de asma oscila del 5 al 12 por ciento, mientras que cifras reportadas

BEATRIZ ROMERO LARA
Directora de la Unidad de Negocios de Atención Primaria de Chiesi México



por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Ismael Cosío Villegas, señalan que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se ubica en el cuarto lugar de mortalidad anual, teniendo una prevalencia estimada del 10 por ciento, lo cual es impresionante y denota la importancia de atender estos padecimientos”.

“Las patologías respiratorias crónicas, como EPOC, asma y rinitis alérgica, encabezan la Línea de Cuidados Primarios de Chiesi México y en este contexto contamos con distintos productos para abordar estos padecimientos; por ejemplo, en el Área Respiratoria de Atención Primaria, tenemos fármacos que tratan y reducen las exacerbaciones de dichas enfermedades”.

Priorizando en la centricidad del paciente

La centricidad del paciente consiste en el ofrecimiento de servicios médicos personalizados y diseñados para atender los valores, necesidades y preferencias individuales de éste. Durante los últimos años este concepto ha adquirido mayor relevancia, por lo que actualmente las compañías e instituciones focalizadas en la salud, no basan sus acciones exclusivamente en los resultados obtenidos a través de pruebas, sino también en la experiencia personal de los pacientes y especialistas.

“En Chiesi tenemos varias premisas para priorizar en la centricidad del paciente, las cuales se enfocan en interactuar con integridad y confianza, escuchar las opiniones, así como las necesidades de nuestros clientes y colaborar como un equipo incluyente. Además, hacemos que cada una de nuestras decisiones generen valor para cada uno de nuestros clientes, cuidando siempre la reputación de la empresa”.

“Aunado a lo anterior, pretendemos transformar la forma en la que abordamos la experiencia de los pacientes, escuchando, aprendiendo y actuando a partir de la retroalimentación, ya que Chiesi crea valor por medio de su apuesta por la ética, la transparencia y el talento. Finalmente, deseo mencionar que los próximos proyectos en México están centrados en generar valor para nuestros clientes y en mejorar la forma en la que los abordamos a través del aprendizaje constante de nuestros colaboradores”.



Escanea y Reproduce el VIDEO de este Reportaje

En 1935 el farmacéutico italiano Giacomo Chiesi compró un pequeño laboratorio provincial, el cual se ubicaba en Parma, Italia, mismo que posteriormente fue nombrado Chiesi, el cual actualmente es un grupo farmacéutico internacional enfocado a la investigación, desarrollo, producción y comercialización de fármacos innovadores que coadyuvan a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades respiratorias y raras.

Posterior a inaugurar su primera filial extranjera en Brasil en 1970, el Grupo Chiesi comenzó a abrirse camino a nivel internacional, lo que dio como resultado la apertura de 28 filiales más en diversos países del mundo, siendo México uno de sus mercados más importantes.

Apertura de Chiesi en México

En 2013 Chiesi abrió su filial número 25 en México, la cual en su etapa inicial se centró en el sector de los cuidados especiales, con su surfactante natural para neonatos con síndrome de dificultad respiratoria y posteriormente comenzó a ampliar sus actividades, logrando la comercialización de medicamentos dirigidos a enfermedades respiratorias y raras. Marco Ruggiero, quien es Director General de Chiesi México, desde enero del 2018, explica:

“Nuestro grupo farmacéutico multinacional con sede en Parma, Italia, ya cuenta con 29 filiales en todo el mundo y también coloca sus productos de forma indirecta en aproximadamente 90 países, por

MARCO RUGGIERO
Director General de Chiesi México



lo que actualmente tiene un tamaño de 2.5 billones de dólares y una plantilla de más de 6 mil empleados a nivel global”.

“Chiesi México lleva en funcionamiento cerca de 10 años y desde su apertura ha empleado a 92 personas. Asimismo, durante esta década ha logrado introducir al mercado mexicano productos dirigidos al tratamiento de patologías respiratorias, tales como: síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos, apnea en prematuros, asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), medicamentos que han generado ventas por 500 millones de pesos”.

Llegada de un nuevo fármaco para alfa-manosidosis

La alfa-manosidosis es una patología hereditaria de almacenamiento lisosomal caracterizada por inmunodeficiencia, anomalías faciales, esqueléticas, discapacidad auditiva y déficit intelectual. Ésta se manifiesta en aproximadamente 1 de cada 500 mil recién nacidos y debido a su poca incidencia en la población mundial, es considerada como una enfermedad rara.

“Nuestra compañía tiene un gran compromiso con los pacientes que sufren enfermedades crónicas prevalentes, principalmente en el área respiratoria, pero también con aquéllos que padecen patologías raras con necesidades no cubiertas, por lo que en este 2022 lanzaremos por primera vez en México, fármacos dirigi-

dos al tratamiento de estos padecimientos, iniciando con un medicamento enfocado a la alfa-manosidosis, el cual se encontrará disponible para los pacientes mexicanos en agosto próximo”.

La visión de Chiesi se encuentra enfocada en el desarrollo de opciones terapéuticas innovadoras a través de la investigación, las cuales coadyuvan a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Esta compañía también está comprometida en combinar la visión empresarial con la sustentabilidad de negocio, donde es importante mencionar que al lograr la obtención de la certificación B Corp, se cambió su estatuto en este sentido, a fin de reforzar el compromiso constante hacia la sustentabilidad del modelo de negocio.

“En un futuro, deseamos continuar reforzando este compromiso respecto a la sustentabilidad de las actividades del negocio en general y sobre todo, involucrar a nuestros proveedores y clientes para que puedan sumarse y apoyar este objetivo tan importante”.



Aerosol Medical Systems

Respirando Juntos

Salud y bienestar para tu familia.



LOS ANUNCIOS Y ARTÍCULOS PUBLICITARIOS INCLUIDOS EN LA PRESENTE EDICIÓN SON RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE CADA COMPAÑÍA.

EL CONTENIDO DE LA PUBLICIDAD SE ENCUENTRA DIRIGIDO EXCLUSIVAMENTE A ESPECIALISTAS EN SALUD, Y NO REFLEJA LA POSTURA DE NINGUNA INSTITUCIÓN NI DE LOS EDITORES DE ESTA CASA EDITORIAL.

Nuestros Productos

- Terapia Respiratoria
- Fisioterapia Respiratoria
- Oxímetros
- Termometría
- Capnografía
- Espirometría
- Terapia del Sueño
- Ventilación
- Alto Flujo
- Concentradores de Oxígeno



AeroChamber Plus con Flow-Vu



AerobiKA



Compressor Vios



Onyx Vantage 9590



EasyOne Air



APAP S10



Astral 150



My AirVo2

CDMX
55 5675 7434

CPAP STORE CDMX
55 9027 8007

MONTERREY
81 8317 3597

GUADALAJARA
33 3641 5089

aerosolms.com
800 AEROSOL / 800 237 6765



NONIN



new diagnostic design

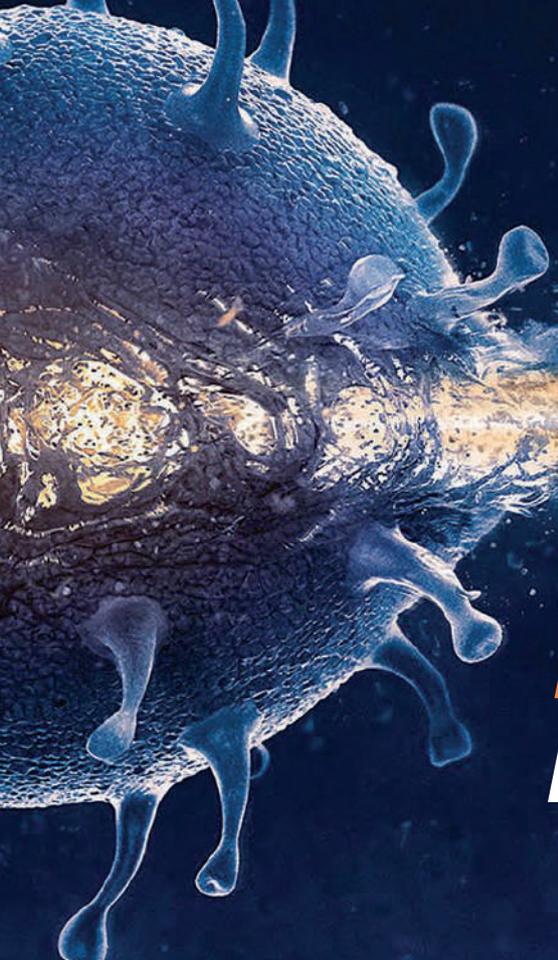


Fisher & Paykel
HEALTHCARE

PHILIPS

sentec

inogen



Para que la vida activa continúe

ROMPA EL CICLO

Espérelo

Noviembre 2022

**UN TRATAMIENTO 1SOLA
PARA INFLUENZA DE 1DOSIS**

- > **DETIENE LA REPLICACIÓN VIRAL EN 24 H¹**
- > **RECUPERACIÓN TOTAL EN 2.3 DÍAS¹**

Referencias: 1. Hayden FG, Sugaya N, Hirotsu N, et al. Baloxavir Marboxil for Uncomplicated Influenza in Adults and Adolescents. *N Engl J Med.* 2018;379(10):913-923. doi:10.1056/NEJMoa1716197