



CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina de la Comunidad

Caso
Clínico

Salud Mental
Comunitaria

Nuestro
Invitado

Carta de
lectores

Doctor David Sackett.

Medicina
Familiar

Lineamiento para la implementación de
la Atención Integral en Salud a la primera
infancia, infancia y adolescencia

Salud
Pública

Noti Comunitaria



Medicinas
Alternativas

Revisión
de
artículo

Dirección de Promoción y Prevención

Grupo Curso de Vida

Investigación

La Lección
de Medicina

sobre
Medicamentos

El peregrino
que toca

Bioética y
Ecología

Pedagogía

Seguridad Social



TABLA DE CONTENIDO

EDITORIAL

El fin de las clases magistrales

Juan Carlos González Quiñones

INVESTIGACIÓN

Determinación de los comportamientos de sueño en una muestra por conveniencia de estudiantes de Medicina

Juan Carlos González Q., Libi Leonor Niño M, Jennifer Lissetd Pachón A, Cambell Johanna Perea, Jenny Pinzón

ATENCION PRIMARIA EN SALUD

“Lineamiento para la implementación de la atención integral en salud a la primera infancia, infancia y adolescencia”

Juan Carlos González Quiñones

SEGURIDAD SOCIAL

Diez razones de optimismo

Juan Carlos González Quiñones

SALUD PÚBLICA

Facultad de Medicina del Valle, ejemplo de creación de un programa enfocado en la familia

Guillermo Restrepo Chavarriaga, Martha Isabel Sarmiento, Alonso Belalcázar

LA LECCIÓN DE MEDICINA

Dolor lumbar

Gonzalo Bernal Ferreira

Un llamado al abordaje del dolor con piedad

Víctor Hugo Forero Supelano

REVISIÓN DE ARTÍCULO

Tweets geotiquetados como predictores de resultados en salud

Jenny Pinzón

BIOÉTICA Y ECOLOGÍA

“Un camino sin más muertos”

Juan Carlos González Quiñones

SOBRE MEDICAMENTOS

“La iniciativa de la desprescripción”

“Morir por un medicamento que no es necesario es un escándalo”

“¿La revisión de la medicación mejora la salud?”

Juan Carlos González Quiñones

EL PEREGRINO QUE TOCA

El buen samaritano

Gabriel Sáenz

NOTICOMUNITARIA

Mimos que abrazan

Beselink Quesada Núñez

Fundación Esperanza de Vivir

Astrid Hernández Rojas



Editorial

EL FIN DE LAS CLASES MAGISTRALES

Juan Carlos González[‡]



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

HOME ARTICLES & MULTIMEDIA ISSUES SPECIALTIES & TOPICS FOR AUTHORS CME



Perspective

Saying Goodbye to Lectures in Medical School — Paradigm Shift or Passing Fad?

Richard M. Schwartzstein, M.D., and David H. Roberts, M.D.
N Engl J Med 2017; 377:605-607 | August 17, 2017 | DOI: 10.1056/NEJMp1706474

Comentario

¡Qué interesante artículo! Pone palabras a un debate de largo tiempo en el ámbito académico y que yo planteo como: ¿sirven o no las clases magistrales para los estudiantes de Medicina?

El debate



<http://educacion.ucsc.cl/wp-content/uploads/2012/03/Foto-Clase-Magistral2.jpg>

[‡] MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC- juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co

El artículo expone que, sin duda, la clase magistral permite al profesor una exposición clara y ordenada de un tema; pero ¿aprenden de esa forma los estudiantes? De seguro no, aunque el docente genere una importante motivación (una exposición que un oyente entienda le abre un mundo de posibilidades). De hecho, y qué interesante, el autor del artículo expone un hallazgo fascinante. Cuando el estudiante oye o lee un material ordenado, puede tener la sensación de que aprendió; pero no. Entendió, y eso es muy distinto a aprender, un proceso que implica la comprensión en

profundidad de un tema con la capacidad de generar comportamientos a partir de ello (toma de decisiones, por ejemplo).

El aprendizaje basado en la solución de problemas es un buen contraste de las clases magistrales. En dicha metodología, el profesor solo es un mediador y los estudiantes, a través de la revisión y discusión, pasan a un nivel más que el solo entendimiento que la mejor clase magistral pueda producir.

Las innovaciones pedagógicas



RESUMEN: "DIEZ TECNOLOGÍAS EMERGENTES PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR"



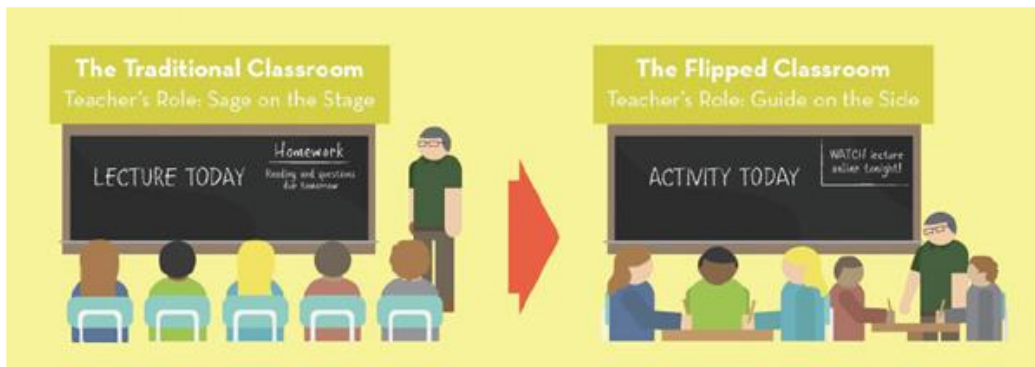
Artículo escrito por: Ahalt, S. & Fecho, K. (2015): Ten Emerging Technologies for Higher Education. RENCJ, University of North Carolina at Chapel Hill. Text: <http://dx.doi.org/10.7921/GOPN93HQ>
(Las referencias citadas en el resumen se encuentran en el artículo original).

Jenny A. Pinzón¹



Cada vez se promueven nuevas modalidades de entornos académicos donde las discusiones (debates) a través de preguntas provocadoras, generan la oportunidad de reflexionar, de escuchar, de respetar, componentes todos que, sumados, nos acercan al aprendizaje y que, precisamente, no son las pautas de las clases magistrales.

Un ejemplo: aulas invertidas



Esquema que muestra la diferencia entre una clase tradicional y un aula invertida.
<http://dx.doi.org/10.7921/GOPN93HQ>

El resumen que ofrecimos en el número 144 de la Carta Comunitaria expone: "El concepto de *aula invertida* apareció hacia el año 2007, cuando dos profesores universitarios se dieron cuenta de que, invirtiendo muy poco en software, podían grabar sus clases elaboradas en el programa Power Point de Microsoft y postearlas en Internet para los estudiantes que no hubieran asistido a clase (Tucker 2012; Knewton 2014). Para su sorpresa, estas clases en línea se volvieron muy populares no solo entre los estudiantes que perdían clases sino entre aquellos que querían reforzar las

lecciones. De esa manera surgió el concepto de "clase invertida", en la cual los educadores preparan temas en línea y lecciones interactivas que los estudiantes deben revisar antes de asistir a clase con el fin de usar el tiempo de esta para la práctica, la discusión y otras actividades".

Menciona el autor que ya se han hecho ensayos clínicos de estos métodos alternativos de aprendizaje comparado con el habitual aprendizaje basado en solución de problemas y han arrojado, al menos en lo ateniante a los desempeños académicos, mejores resultados.

Concluye

El autor plantea, sin dudas, que definitivamente aquel profesor que se para adelante y dicta su clase ciertamente no promueve el aprendizaje en los estudiantes y propone abandonar este método de enseñanza. En cambio, métodos interactivos, en donde los estudiantes (así sean grandes grupos) se han preparado de antemano, son mucho más útiles y generan aprendizaje. Invita a no ser fanáticos del método (por ejemplo, el basado en la solución de problemas) y propone el empleo de métodos alternativos; eso sí, donde el estudiante sea el protagonista activo.

Nosotros en la Corpas



<https://goo.gl/ixGwFR>

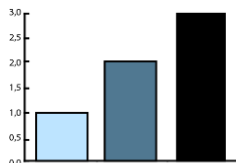
¡Cómo sería de interesante hacer una evaluación de la forma como interactuamos con nuestros estudiantes! Mi impresión, es que, si bien y por tradición, hemos usado la clase magistral, hoy ya hay docentes que están utilizando métodos diferentes.

Bien valdría la pena proponernos evaluar de los métodos pedagógicos hoy vigentes y, con base en estos, hacer una valoración que nos permita aproximarnos a ver el aprendizaje generado en los estudiantes. De hecho, tal medición debería

ser una de las líneas de evaluación permanente. De seguro, al hacerlo, veríamos los procesos docentes que mayor impacto generan en el estudiante e impulsaríamos la transformación de aquellos que no lo logran. El profesor Jairo Echeverry nos hizo esta propuesta, hace ya un par de años, donde invitaba a todos los docentes a construir un sistema de evaluación basado en el aprendizaje de los estudiantes para promover los cambios en los métodos cuando fuese pertinente. Creo que es clave retomar y promover esa idea.

¡Corpas vive!





Investigación

DETERMINACIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DE SUEÑO EN UNA MUESTRA POR CONVENIENCIA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Determination of Sleep Behaviors in a Convenience Sample of Medical Students

Libi Leonor Niño Mendivieso, Jennifer Lissetd Pachón Andrade, Cambell Johanna Perea[§]
Tutor: Juan Carlos González**
Colaboración: Jenny Pinzón^{††}



Resumen

Objetivo: Determinar los comportamientos de sueño en estudiantes de Medicina a través de un cuestionario que mide los ritmos circadianos de sueño y del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo de tipo corte transversal.

Metodología: Se aplicó una encuesta a 300 estudiantes de una facultad de Medicina en Bogotá, Colombia, que indaga sobre comportamientos de sueño conjuntamente con preguntas sobre edad, sexo, estrato, semestre cursado, percepción del ánimo y estructura familiar. A través del test de Pittsburgh se identificó a los participantes como buenos o malos dormidores y se compararon con las demás variables.

Resultados: Promedio de edad 19,8 (DS 2,5). El 71 % eran mujeres y el 46 % de los semestres 1º, 2º y 3º. De acuerdo con el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, el 47,6 % se clasificó como malos dormidores. No se encontraron diferencias estadísticas al compararlos con las variables de género, estado de ánimo y semestre.

Conclusiones: Existe un porcentaje importante de estudiantes con malos hábitos de sueño por lo que se debe promover una buena higiene del sueño dadas las funciones cognitivas afectadas y los riesgos para la salud física.

Palabras claves: Sueño, estudiante de Medicina, memoria, higiene del sueño, trastornos del sueño del ritmo circadiano.

Abstract

Objective: To determine sleep behaviors in medical students through a questionnaire that measures circadian sleep rhythms and the Pittsburgh Sleep Quality Index.

Type of study: Cross-sectional descriptive study.

Methodology: The study was carried out on 300 students of a medical school in Bogotá, Colombia. The questionnaire inquired about sleep behaviors. Moreover, questions about age, sex, socioeconomic strata, semester studied, perception of mood and, family structure were asked. Through the Pittsburgh test, participants were identified as good or bad sleepers. Then these results were compared with the other variables.

Results: The average age was 19,8. 71 % of the students were women. Students of first, second and, third semesters were 46 %. According to the Pittsburgh test, the bad sleepers were 47,6 %. No statistical differences were found when comparing them with the variables of gender, mood and semester.

Conclusions: There is an important percentage of students with poor sleep habits. That is why a good sleep hygiene should be promoted given the cognitive functions affected due the lack of sleep and the risks for physical health.

Key words: Sleep, medical student, memory, sleep hygiene, sleep disorders, circadian rhythm.

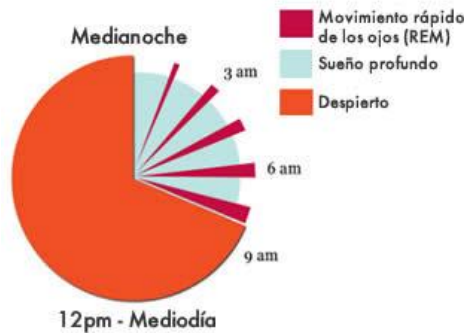
[§] Estudiantes VII semestre 2017 – Facultad de Medicina FUJNC.

** MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC–
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co

†† Coeditora Carta Comunitaria - jenny.pinzon@juanncorpas.edu.co

INTRODUCCIÓN

Ritmo Circadiano 24 horas - ciclo del sueño



<http://dormir.org.es/img-dormir.org.es/ritmo-circadiano-humano.jpg>

¿Qué es el sueño? Se le ha definido como "un estado fisiológico y cíclico que aparece cada 24 horas, alternándose con la vigilia" o estado de conciencia (1, 2).

Cifras de alteraciones del sueño

Lezcano (1) informa las siguientes cifras:

- Aproximadamente el 35 % de la población ha presentado en algún momento de su vida una alteración del sueño.
- En la población adulta la prevalencia de insomnio está en un rango que va del 4 % al 50 %.
- En los adolescentes del 10 % al 20 % tienen problemas del sueño.

→ En la población general adulta, existe una prevalencia de entre el 15 % al 35 % de mala calidad del sueño.

El insomnio es el trastorno más común, constituyéndose en un importante problema de salud (2).

En Estados Unidos se ha calculado que de 50 a 70 millones de personas sufren algún trastorno crónico del sueño y la vigilia (3). En Colombia, un estudio realizado en 5474 personas reveló que el 59,6 % padecía de alteraciones del sueño (4).

Pero, ¿qué es una buena calidad de sueño?

No solo se define por el número de horas que duerme una persona, sino también por cómo se desempeña durante la vigilia (5, 6, 7, 8).

¿Cuál es la importancia de dormir?

La falta de sueño es acumulativa, es decir, conduce a un déficit de sueño, lo cual hace que se afecte el funcionamiento diurno, así como la salud física y mental. Se considera que lo normal es que los adultos jóvenes duerman de 7 a 8 horas por noche (6).

Sáez et al (9), explican que "el sueño es un componente necesario para el restablecimiento y el equilibrio de los niveles adecuados de la actividad cerebral". Así que dormir

bien "es fundamental para que haya un buen funcionamiento de la memoria; no solo en su consolidación, sino también en procesos mucho más complejos, como lo son la integración de la información recordada en redes corticales, la extracción de significados y el desarrollo de huellas mnemónicas las cuales permiten al ser humano recordar la esencia de las experiencias, más que los detalles" (9).

Alteraciones por no dormir el tiempo debido

Tal como lo mencionan Lezcano et al (1), "dormir menos de 6 horas genera una acumulación de las horas no dormidas, conduciendo esto a un déficit del sueño; esta mala calidad del sueño se manifiesta principalmente con un estado de somnolencia y fatiga". Además, señalan algunos estudios que "han encontrado que individuos con trastornos del sueño presentan un riesgo elevado de desarrollar hipertensión

arterial, obesidad, síndrome metabólico y diabetes" (1, 10, 11, 12).

Otra alteración señalada por Rosales (8) derivada de la pérdida de sueño y el aumento de la somnolencia durante el día es el efecto negativo sobre el estado de alerta, la memoria, el lenguaje, el desempeño cognitivo y académico que afecta tanto a personal médico como al no médico.



Funciones del sueño

Carrillo et al mencionan las siguientes funciones del sueño, lo que explica por qué el no dormir lo suficiente es perjudicial (5):

- Restablecimiento o conservación de la energía.
- Eliminación de radicales libres acumulados durante el día.
- Regulación y restauración de la actividad eléctrica cortical.
- Regulación térmica.
- Regulación metabólica y endocrina.
- Homeostasis sináptica.
- Activación inmunológica.
- Consolidación de la memoria.

Cómo medir la calidad del sueño

La noción sobre calidad de sueño es difícil de abstraer, lo que, a su vez, dificulta su medición objetiva. Sin embargo, de acuerdo al Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP), esta se puede medir con base en los siguientes aspectos (9):

- Calidad del sueño subjetiva.
- Latencia del sueño.
- Tiempo que se duerme.
- Eficiencia del sueño habitual.
- Alteraciones del sueño.
- Uso de medicamentos para dormir.
- Disfunción diurna.

Los anteriores criterios permiten clasificar a un individuo como buen o mal dormidor (9). Debido a las características y utilidad del ICSP, se consideró apropiado utilizarlo en esta investigación para evaluar la calidad de sueño en una muestra por conveniencia de estudiantes de Medicina.

¿Cómo contribuye el sueño al aprendizaje y la memoria?

Carrillo et al (5) mencionan cómo “desde inicios del siglo XX algunos investigadores ya habían demostrado que la retención de la memoria era mucho mejor después de una noche de sueño que después de un intervalo de descanso similar manteniéndose alerta”, y señalan que existe evidencia

consistente del efecto positivo del sueño en dos tipos de memoria, “la memoria declarativa (memoria que es fácilmente expresada verbalmente: información de hechos y eventos) y, la memoria procedimental (memoria acerca de habilidades y destrezas motoras)”.

¿Pero cuánto tiempo se debe dormir para que el sueño beneficie la memoria?

Se ha demostrado que el sueño después de un proceso de aprendizaje beneficia la memoria asociativa espacial y que, incluso, breves siestas mejoran la retención de información (13). Payne et al, por su parte, encontraron que dormir es más beneficioso para la memoria 24 horas después, si se duerme poco después del aprendizaje (14). Y, aunque, según

algunos estudios, la duración del sueño y la retención de información no están relacionados, Carrillo et al (5) señalan que “una mayor duración del sueño se asocia con una mejor retención de la información al compararlo con un período más breve de sueño”.

¿Cuáles son las formas de pérdida de sueño?

De acuerdo con Kerkhof et al (15), las distintas formas de pérdida de sueño son:

- 1) Privación total de sueño o suspensión total del sueño por un período (al menos una noche).
- 2) Restricción crónica del sueño, una disminución del tiempo habitual de sueño o de la requerida para mantener un buen desempeño.
- 3) Fragmentación o interrupción repetida del sueño, asociada con despertares y, generalmente, con disminución de la profundidad del sueño, afectando de esa manera la dinámica normal del cuerpo. Se presenta en desórdenes tales como la apnea del sueño.

Como indican Carrillo et al (5), aún no hay consenso en si estas formas de pérdida de sueño inciden de forma diferente en los procesos cognitivos, incluida la memoria. Como ejemplo citan el estudio de Van Dongen et al (16), en el que se demostró que el deterioro cognitivo de pacientes que fueron privados de 4 horas de sueño en un período de 14

días, era el mismo de pacientes que no durmieron durante 72 horas. Sin embargo, dicen los autores, “todos estos tipos de alteraciones han demostrado afectar distintas funciones cognitivas y variedades de memoria en mayor o menor grado”.

Las funciones cognitivas afectadas

En su artículo, Carrillo et al (5), además, mencionan las siguientes funciones cognitivas que se ven afectadas por la pérdida de sueño:



- La atención sostenida intencional se vuelve variable e inestable y se incrementan los errores de omisión y comisión.
- El enlentecimiento cognitivo.
- El tiempo de reacción se prolonga.
- La memoria de corto plazo y de trabajo disminuye.
- Se afecta la adquisición de tareas cognitivas (aprendizaje).
- Se aumentan las respuestas perseverativas.
- Se toman decisiones más arriesgadas.

- El desempeño inicial de las tareas es bueno al inicio, pero se deteriora con las tareas de larga duración.
- La capacidad de juicio se altera.
- La flexibilidad cognitiva se disminuye.
- Se presentan alteraciones del humor, tales como irritabilidad y enojo.
- La autovigilancia y la autocrítica disminuyen.
- Se experimenta fatiga excesiva y la presencia de microsueños involuntarios.

¿Cuáles son los hábitos de sueño en los estudiantes universitarios?

Esta población se considera proclive a tener tanto una baja calidad de sueño como a presentar trastornos del mismo, pues, como lo mencionan Carrillo et al (5), está sometida a diferentes factores que favorecen dichas condiciones tales como "el incremento en la demanda académica, así como de responsabilidades, tareas y actividades, además de las circunstancias sociales y personales que rodean a esta comunidad, junto a una gran diversidad de conductas que pueden influir negativamente en su calidad del sueño (el estrés, la privación de sueño, los horarios de sueño irregulares, los períodos de ayuno, el consumo de tabaco, de café, de bebidas energéticas, de alcohol u otras drogas, los

malos hábitos dietéticos, el sedentarismo, el estudiar durante la madrugada, el uso nocturno de dispositivos tecnológicos, etc.)".

La calidad de sueño es fundamental para responder a la exigencia académica que supone para los estudiantes la carrera de Medicina (17). Respecto a esto, es interesante que pese a que, en varios estudios, se relaciona la calidad de sueño con los procesos cognitivos, otros muestran que no hay relación entre el horario que se elige para dormir y el desempeño académico (18), aunque sí muestran asociación con la somnolencia diurna (6, 8).

Pero ¿cómo es el comportamiento del sueño en los estudiantes de Medicina?

Debido a los horarios irregulares, la carga académica y los turnos nocturnos, los estudiantes de Medicina presentan altos niveles de somnolencia (8). Lezcano et al (1) mencionan que, en los alumnos de Medicina, "la prevalencia de malos dormidores oscila entre el 60 % al 90 %, más alto aún que en la población general". Carrillo et al (5) aluden tanto a un estudio que reveló que más del 30 % de estudiantes de Medicina reportaron una calidad del sueño apenas satisfactoria o mala como a otros estudios en Latinoamérica que confirman estas elevadas frecuencias (incluso mayores al 50 %).

La importancia de la higiene del sueño

Para los estudiantes de Medicina la falta de sueño suele traducirse en la tendencia frecuente a quedarse dormidos en clase, creando un círculo de malos hábitos de descanso para estar al día con sus estudios. Lo anterior, como lo indican Escobar et al (19), "puede provocar una jornada diurna de mala calidad, irritabilidad, cefalea o dificultad para concentrarse y recordar cosas sencillas". Eso sin contar con otras consecuencias indeseables pues, como lo mencionan los mismos autores, "los insomnes informan menor rendimiento laboral, alteraciones de la memoria y el doble de accidentes automovilísticos" (19).

Por lo anterior, se hace necesario mantener unas "buenas medidas de higiene del sueño", las cuales Carrillo et al (5) definen como "una serie de recomendaciones acerca de conductas y hábitos deseables, así como modificaciones de las condiciones ambientales y otros factores relacionados, encaminados a mejorar la calidad del sueño de las personas que ya padecen de un trastorno como el insomnio, o que pueden emplearse como medidas para prevenir una alteración del sueño".

La siguiente tabla tomada del artículo de los mismos autores resume las principales recomendaciones:

RECOMENDACIONES DE HIGIENE DEL SUEÑO

(basado en Mastin et al 2006)

- Evitar realizar siestas prolongadas (más de 1 hora) durante el día.
- Acostarse a dormir a una misma hora todos los días.
- Despertarse todos los días a una misma hora.
- Evitar hacer actividad física vigorosa antes de dormir.
- Evitar consumir alcohol, cigarro y bebidas con cafeína (café, té, chocolate, refrescos de cola o bebidas energéticas) al menos 4 horas antes de dormir.
- Evitar realizar actividades sensorialmente muy estimulantes antes de acostarse (video juegos, Internet, televisión).
- Evitar irse a acostar si se está estresado, ansioso, enojado o preocupado.
- No utilizar la cama para otras actividades: leer, estudiar, comer, trabajar, etc.
- Dormir en una cama confortable.
- No realizar trabajo importante minutos antes de irse a dormir: trabajo, tareas, estudio.
- Evitar pensar sobre sus actividades del día u organizar y planear sus actividades futuras mientras trata de dormir.
- Dormir en una habitación con baja iluminación y poco ruido ambiental.



Lo anteriormente descrito realza la importancia de la presente investigación, cuyo objetivo principal es determinar las características que indican si se es un buen o mal dormidor y la calidad del sueño en estudiantes de Medicina de una universidad colombiana con la aspiración de motivarlos a adquirir o mantener buenos hábitos que favorezcan un desarrollo nervioso constante fundamental para el aprendizaje cognitivo y el logro de las metas de la carrera (5).

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo de tipo corte transversal.

Población y criterios de inclusión: Estudiantes de una facultad de Medicina en Bogotá, que cursaban los semestres primero a décimo y que participaron voluntariamente en el estudio durante el primer período académico de 2017.

Consideraciones éticas: Se tuvo en cuenta el consentimiento informado, la libertad del individuo para declinar su participación o para retirarse en cualquier momento, la confidencialidad de los datos obtenidos y el trato discreto de los mismos, respetando de esa forma la dignidad de los participantes y su privacidad.

Variables de estudio: Las variables utilizadas fueron edad, sexo, estrato socioeconómico, semestre, percepción del estado de ánimo y estructura familiar. Se aplicó una encuesta para medir ritmos circadianos y la percepción del rendimiento académico (18). La calidad del sueño se midió con el *Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh* (1, 6, 20) este cuestionario consta de 19 ítems divididos en siete componentes (calidad, latencia, duración, eficiencia y alteraciones del sueño, uso de medicaciones para dormir, y disfunción diurna), cada uno de los cuales se valora con un

puntaje de 0 a 3. La suma de los puntos obtenidos puede variar de 0 a 21 puntos, siendo el punto de corte que separa a buenos dormidores de malos dormidores un valor menor o igual a 5 para los primeros.

Prueba piloto: Se realizó una prueba en 10 personas de la muestra para identificar errores o dificultades en la encuesta diseñada para la recolección de la información.

Recolección de la información: La información fue recolectada por medio de una encuesta en formato físico a una muestra por conveniencia de 300 estudiantes de Medicina. Se explicó en qué consistía la encuesta y se atendió a las inquietudes de cada estudiante.

Manejo estadístico: La información se tabuló en el programa Excel para obtener las frecuencias de las variables y calcular los puntajes que miden la calidad de sueño basada en la escala de Pittsburgh. Se usó el programa Epi Info para comparar los buenos y malos dormidores con el género, la percepción del estado del ánimo y los semestres (agrupados de 1° a 3°, de 4° a 6° y de 7° a 10°). Se obtuvieron los OR y los resultados de la prueba p de estas comparaciones.

RESULTADOS

Tabla 1. Características de la población en torno a edad, sexo, estrato, semestre, ánimo y estructura familiar en estudiantes de Medicina, año 2017.

VARIABLES	N°	%
Edades		
De 16 a 19 años	155	51,6
De 20 a 24 años	131	43,6
De 25 a más años	14	4,6
Sexo		
Hombre	87	29
Mujer	213	71
Estrato		
Uno y dos	46	15,3
Tres y cuatro	220	73,3
Cinco y seis	34	11,3
Semestre		
1, 2 y 3	139	46,3
4, 5 y 6	96	32
7, 8, 9 y 10	65	21,6
Percepción de ánimo		
Feliz	136	45,3
Normal	142	47,3
Triste	22	7,3
Estructura familiar		
Papá y mamá (con o sin hermanos)	145	48,3
Falta uno de los dos padres	58	19,3
Papá, mamá y otros (abuelos, tíos, sobrinos)	42	14
Padrastra/madrastra	7	2,3
Hogar sin papá ni mamá (otros)	48	16

**Tabla 2.** Resultados de la encuesta para medir ritmos circadianos de sueño y rendimiento académico.

VARIABLES	N°	%
¿Duerme usted solo o acompañado?		
Solo	247	82,3
Con alguien en otra habitación	17	5,6
En la habitación pero en otra cama	18	6
En la misma cama	18	6
En época de clase, usted prefiere:		
Acostarse temprano y levantarse temprano	119	39,6
Acostarse tarde y levantarse tarde	74	24,6
Acostarse tarde y levantarse temprano	106	35,3
Acostarse temprano y levantarse tarde	1	0,3
¿Habitualmente en períodos de clase cuál es su hora de acostarse?		
8 p.m. - 10 p.m.	30	10
10 p.m. - 12 a.m.	170	56,6
12 a.m. - 2 a.m.	97	32,3
¿Habitualmente en períodos de clase cuál es su hora de levantarse?		
3 a.m. - 4 a.m.	57	19
4 a.m. - 5 a.m.	133	44,3
5 a.m. - 6 a.m.	91	30,3
6 a.m. - 7 a.m.	17	5,6
¿Habitualmente los fines de semana (sábados) en períodos de clase cuál es su hora de acostarse?		
8 p.m. - 10 p.m.	74	24,6
10 p.m. - 12 a.m.	150	50
12 a.m. - 2 a.m.	68	22,6
¿Habitualmente los fines de semana (sábados) en períodos de clase cuál es su hora de levantarse?		
3 a.m. - 4 a.m.	19	6,3
4 a.m. - 5 a.m.	26	8,6
5 a.m. - 6 a.m.	28	9,3
6 a.m. - 7 a.m.	49	16,3
8 a.m. - 10 a.m.	140	46,6
10 a.m. - 12 p.m.	38	12,6
¿Cuántas horas cree usted que debería dormir por noche normalmente?		
8 horas	211	70,1
6 horas	81	26,9
4 horas	7	2,3
Entre semana, ¿cuántas horas duerme en promedio cada noche?		
8 horas	27	9
6 horas	148	49,3
4 horas	113	37,6
2 horas	9	3
En fines de semana (sábados y domingos), ¿cuántas horas duerme cada noche?		
12 horas	29	9,6
10 horas	99	33
8 horas	124	41,3
6 horas	39	13
4 horas	9	3
¿Le cuesta trabajo quedarse dormido temprano?		
Sí	136	45,3
No	161	53,6
¿Con frecuencia se queda dormido en clase o en otras actividades que requieren de su atención?		
Sí	121	40,3
No	176	58,6
¿Con frecuencia tiene la necesidad de dormir una siesta?		
Sí	214	71,3
No	84	28
Cuando usted tiene que preparar un examen, ¿qué prefiere?		
Trasnochar	208	69,3
Madrugar	90	30
En el semestre anterior, ¿la percepción que usted tuvo de su rendimiento académico fue?		
Excelente	57	19
Buena	215	71,6
Regular	22	7,3
Mala	0	0

**Tabla 3.** Resultados del test de Pittsburgh en estudiantes de Medicina en una muestra por conveniencia, año 2017.

VARIABLE	N°	%
Hora de acostarse		
7-8 p.m.	9	3,1
8-9 p.m.	11	3,8
9-10 p.m.	45	15,4
10-11 p.m.	132	45,1
12-1 a.m.	96	32,8
Tiempo para dormirse		
Menos de 15 minutos	152	51,0
16-30 minutos	97	32,6
30-60 minutos	38	12,8
Más de 60 minutos	11	3,7
Hora de levantarse		
3-4 a.m.	48	16,1
4-5 a.m.	139	46,5
5-6 a.m.	89	29,8
6-7 a.m.	23	7,7
Problemas para dormir en el último mes:		
No poder conciliar sueño al acostarse en la primera media hora		
Ninguna vez en el último mes	113	37,7
Al menos una vez a la semana	92	30,7
Una o dos veces a la semana	68	22,7
Tres o más veces a la semana	27	9,0
Despertarse en la noche o en la madrugada		
Ninguna vez en el último mes	124	41,8
Al menos una vez a la semana	85	28,6
Una o dos veces a la semana	64	21,5
Tres o más veces a la semana	24	8,1
Levantarse para ir al baño en la noche		
Ninguna vez en el último mes	200	67,3
Al menos una vez a la semana	66	22,2
Una o dos veces a la semana	23	7,7
Tres o más veces a la semana	8	2,7
No poder respirar bien mientras duerme		
Ninguna vez en el último mes	231	77,3
Al menos una vez a la semana	43	14,4
Una o dos veces a la semana	15	5,0
Tres o más veces a la semana	10	3,3
Toser o roncar mientras duerme		
Ninguna vez en el último mes	224	74,9
Al menos una vez a la semana	48	16,1
Una o dos veces a la semana	17	5,7
Tres o más veces a la semana	10	3,3
Sentir frío		
Ninguna vez en el último mes	82	27,4
Al menos una vez a la semana	80	26,8
Una o dos veces a la semana	77	25,8
Tres o más veces a la semana	60	20,1
Sentir demasiado calor		
Ninguna vez en el último mes	150	50,2
Al menos una vez a la semana	84	28,1
Una o dos veces a la semana	53	17,7
Tres o más veces a la semana	12	4,0
Tener pesadillas		
Ninguna vez en el último mes	159	53,2
Al menos una vez a la semana	89	29,8
Una o dos veces a la semana	44	14,7
Tres o más veces a la semana	7	2,3
Sufrir dolores		
Ninguna vez en el último mes	163	54,5
Al menos una vez a la semana	91	30,4
Una o dos veces a la semana	38	12,7
Tres o más veces a la semana	7	2,3



VARIABLE	N°	%
Percepción de la calidad del sueño		
Muy buena	76	25,4
Bastante buena	111	37,1
Bastante mala	90	30,1
Muy mala	22	7,4
Tomar medicamento para dormir		
Ninguna vez en el último mes	229	76,6
Al menos una vez a la semana	47	15,7
Una o dos veces a la semana	15	5,0
Tres o más veces a la semana	8	2,7
Tener somnolencia al hacer actividades rutinarias		
Ninguna vez en el último mes	69	23,0
Al menos una vez a la semana	77	25,7
Una o dos veces a la semana	97	32,3
Tres o más veces a la semana	57	19,0
Que esa somnolencia sea problema para usted		
Ninguna vez en el último mes	84	28,0
Al menos una vez a la semana	108	36,0
Una o dos veces a la semana	83	27,7
Tres o más veces a la semana	25	8,3
Resultados de buenos dormidores	156	52
Resultados de malos dormidores	143	47,6

Tabla 4. Odds ratios de buenos versus malos dormidores relacionados con sexo, ánimo y semestres en estudiantes de Medicina en una muestra por conveniencia, año 2017.

Variable	Buenos dormidores		Malos dormidores		OR	LI	LS	P valor
	N°	%	N°	%				
Mujeres	104	48,8	109	51,1	0,9324	0,5662	1,5355	0,3925
Hombres	44	50,5	43	49,4				
Feliz	22	56,4	17	43,5	0,4314	0,0772	2,4113	0,1839
Triste	6	75	2	25				
4°, 5°, 6°	46	46,9	50	52,8	0,7626	0,4528	1,2846	0,1561
1°, 2°, 3°	76	54,6	63	45,3				
7°, 8°, 9°, 10°	34	52,3	31	47,6	0,9092	0,5038	1,6406	0,3769
1°, 2°, 3°	76	54,6	63	45,3				
4°, 5°, 6°	46	46,9	50	52,8	0,8388	0,4466	1,5754	0,2947
7°, 8°, 9°, 10°	34	52,3	31	47,6				

DISCUSIÓN

La presente investigación está sujeta únicamente a resultados de encuestas, lo cual pudiera indicar que existen alteraciones en los resultados o sesgos por el hecho de que algunas personas no contestaran con la verdad, a pesar de insistir en que era una encuesta voluntaria y anónima. No obstante, puesto que las preguntas de la encuesta no eran sobre temas personales, se puede suponer que se superaron los sesgos y que se puede otorgar validez a los resultados.

El 52 % de los 300 estudiantes encuestados en la muestra por conveniencia de la facultad de Medicina son buenos dormidores de acuerdo al test de Pittsburgh.

Esta investigación, a diferencia de otras, indica que, en la población estudiada, son más los buenos dormidores que los malos dormidores. Por ejemplo, en un estudio realizado en estudiantes de Medicina de una universidad de Argentina en

2004 se observó que el 82,8 % eran malos dormidores (21). Asimismo, otra investigación realizada en Perú, mostró que en período de prácticas hospitalarias el 59 % de los estudiantes presentaban mala calidad de sueño (8). Y Lezcano (1) en su estudio realizado en una universidad de Panamá, en 2013, reportó que el 51,3 % de los estudiantes tenían una mala calidad de sueño.

¿Cuánto debería dormir un estudiante de Medicina? Sin lugar a dudas debería dormir las 8 horas que los especialistas han resaltado como lo ideal (6). Esto por la importancia del sueño en todos los aspectos cognitivos y en la salud física; sin embargo, no ocurre. Este trabajo así lo expone razón por la cual se hace un llamado a las facultades de Medicina para que se conviertan en verdaderos ejemplos de lo que ulteriormente sus egresados recomendarán a sus pacientes.



REFERENCIAS

- (1) Lezcano H, Vieto Y, Morán J, Donadio F, Carbonó A. Características del sueño y su calidad en Estudiantes de Medicina de la Universidad de Panamá. *Rev méd cient.* 2014; 27(1): 3-11. Disponible en: http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/viewFile/386/pdf_65
- (2) Cañones P, Aizpiri J, Barbado J, Fernández A, Estella F, et al. Trastornos del Sueño. *Revista de la SEMG.* Diciembre 2003; 59:681- 690. Disponible en: http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/revista_59/pdf/681-690.pdf
- (3) Czeisler C, Charles A et al. Trastornos del sueño. Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e Eds. Dennis Kasper, et al. New York, NY: McGraw-Hill.
- (4) Ruíz AJ, Rondón MA, Hidalgo P, Cañón M, Otero L, Panqueva OP et al. Prevalence of Sleep Complaints in Colombia at Different Altitudes. *Sleep Science.* 2016 abril-junio; 9(2): 100-105. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5021954/>
- (5) Carrillo P, Ramírez J, Magaña K. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Rev. Fac. Med. (Méx).* 2013; 56(4): 5-15. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400002
- (6) Rosales E, Egoavil M, La Cruz C, de Castro JR. Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de Medicina de una universidad peruana. *An Fac Med Lima.* 2007; 68(2): 150-158. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1225/1030>
- (7) Granados Z, Bartra A, Bendezú D, Huamanchumo J, Hurtado E, et al. Calidad del sueño en una facultad de Medicina de Lambayeque. *An Fac Med.* 2013; 74(4): 311-4.
- (8) Rosales E, Egoavil MT, La Cruz CC, de Castro JR. Somnolencia y calidad de sueño en estudiantes de medicina durante las prácticas hospitalarias y vacaciones. *Acta Médica Peruana.* Octubre-diciembre 2008; 25(4):199-203. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172008000400003&script=sci_arttext
- (9) Sáez G, Santos G, Salazar K, Carhuancho J. Calidad del sueño relacionada con el rendimiento académico de estudiantes de medicina humana. *Horizonte Médico.* 2013; 13(3): 25-32. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3716/371637130004.pdf>
- (10) Narang I, Manthot C, Davies-Shaw J, Gibson D, Chahal N, et al. Sleep disturbance and cardiovascular risk in adolescent. *CMAJ.* Nov 2012; 184(17).
- (11) Grandner MA, Jackson NJ, Pak VM, Gehrman PR. Sleep disturbance is associated with cardiovascular and metabolic disorders. *J Sleep Res.* 2012 August; 21(4):427-433.
- (12) Jansson C, Alexanderson K, Kecklund G, Akerstedt T. Clinically diagnosed Insomnia and Risk of all-cause and Diagnosis-Specific Disability Pension: A Nationwide Cohort Study. *Sleep Disorders.* 2013.
- (13) Talamini LM, Nieuwenhuis IL, Takashima A, Jensen O. Sleep directly following learning benefits consolidation of spatial associative memory. *Learn Mem.* 2008; 15:233-7. Disponible en: <http://learnmem.cshlp.org/content/15/4/233.full.pdf+html>
- (14) Payne JD, Tucker MA, Ellenbogen JM, Wamsley EJ, Walker MP, et al. Memory for semantically related and unrelated declarative information: the benefit of sleep, the cost of wake. *PLoS ONE.* 2012; 7(3):e33079. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0033079>
- (15) Kerkhof GA, & Van Dongen HPA. Human Sleep and Cognition. *Prog Brain Res.* 2010; 185:91-104.
- (16) Van Dongen HPA, Maislin G, Mullington JM, Dinges DF. The Cumulative Cost of Additional Wakefulness: Dose-Response Effects on Neurobehavioral Functions and Sleep Physiology from Chronic Sleep Restriction and Total Sleep Deprivation. *Seep.* 2003; 26:117-26
- (17) Howard SK. Sleep deprivation and fatigue. En: Miller RD. *Anesthesia.* 5th edition. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000:2637-46.
- (18) Pérez I, Talero C, González R, Moreno C. Ritmos circadianos de sueño y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Rev. Cienc. Salud.* Bogotá (Colombia). 2006; 4:147-157. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/562/56209916.pdf>
- (19) Escobar F, Cortés MF, Canal JS, Colmenares LA, Becerra HA, Caro CC. Somnolencia diurna excesiva en estudiantes de tercer semestre de Medicina de la Universidad Nacional De Colombia. *rev.fac.med.* 56(3). Bogotá July/Sep. 2008
- (20) Buysse D, Reynolds C, Monk T, Berman S, Kupfer D. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research.* 128: 193-213. Disponible en: <http://www.sleep.pitt.edu/research/ewExternalFiles/PSQI%20Article.pdf>
- (21) Báez F, Correa N, González T, Horrisberger H. Calidad del sueño en estudiantes de Medicina. *Revista de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.* Enero 2005; 141:14-17.

+++++



Atención Primaria en Salud

“LINEAMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA”

Juan Carlos González⁺⁺



<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Lineamiento-atencion-integral.pdf>

¿Cómo hacer evidente y entendible la Atención Primaria en Salud (APS)? Este documento publicado en 2014 es, a juicio de quien hace este resumen, un intento por hacerlo a través de mostrar la **integralidad** de la atención bajo la concepción de la APS. Pero, además, han querido darle una visión didáctica adicional. A continuación, y con algunos comentarios, se hará un resumen, invitando a los interesados a acceder al documento original en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Lineamiento-atencion-integral.pdf>

Comienza el documento con un pretest que, sin duda, busca que los lectores midan qué saben de los aspectos claves de esta línea de atención.

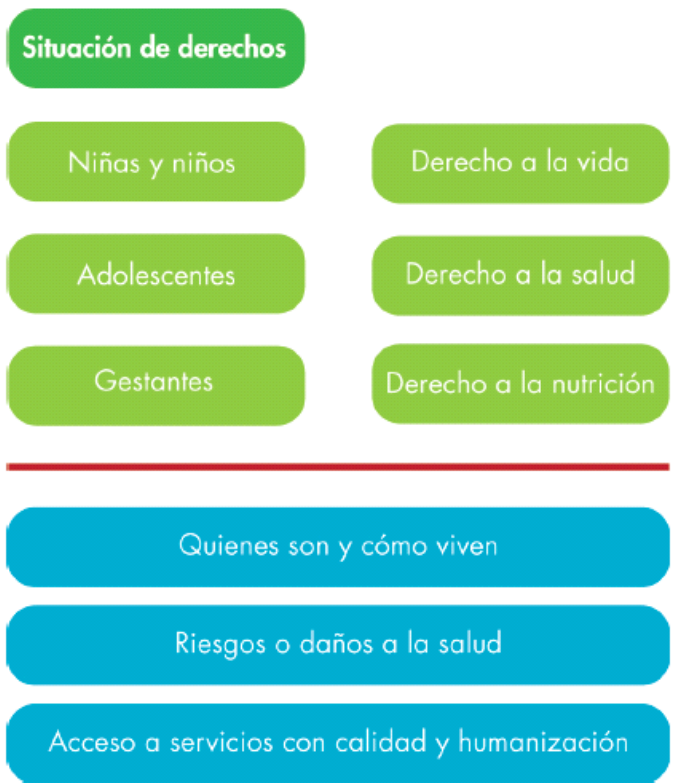
La introducción

Destaca la normatividad jurídica y constitucional que protege a la infancia, que se puede resumir en la ley 1098 de 2006^{§§}. Resalta la Ruta Integral de Atenciones (RIA) como referente, para que los distintos sectores sepan qué hacer.

⁺⁺ MD. Especialista Medicina Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co
^{§§} http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html



Situación de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes, con énfasis en los derechos a la vida, a la salud y a la nutrición.



La imagen representa el mapa en que desarrollan este capítulo.

En Colombia han mejorado todos los indicadores de infancia

Los indicadores así lo demuestran. 1 de cada 3 colombianos es menor de 18 años. En la periferia (departamentos con predominio de zonas rurales dispersas), el 50 % de la población es menor de 18 años. Resaltan como el 0,9 % de los jóvenes menores de 18 años son víctimas del conflicto armado.



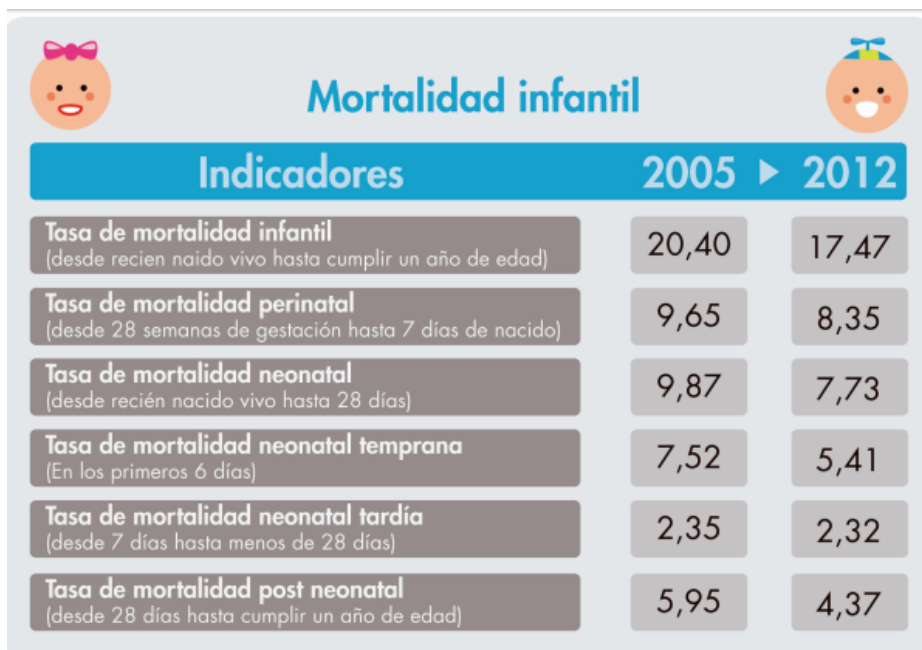
Resaltan que, en 2 de cada 3 hogares sometidos a pobreza extrema, existen al menos tres niños menores de 12 años, razón clave para ofrecerles la mejor atención de salud posible; así disminuimos un poco esta inequidad.



La mortalidad materna

Está en descenso (de 71 X 100 000 en 2010, bajó a 65 X 100 000 en 2012) y, en las familias más pobres, ocurren 2 de las 3 muertes sucedidas. Esta es otra razón para que los servicios de salud de las poblaciones más pobres se esmeren por ofrecerles una atención especial (disminuir la brecha de la desigualdad), por ejemplo, asegurando y facilitando el acceso a los controles prenatales (e incluso más).

Ciertamente el documento trae una gran cantidad de indicadores y orgullosamente se puede afirmar que el 99 % de los partos son atendidos por personal de salud (médicos). El acceso a la consulta está mejorando y, casi 9 de cada 10 embarazadas, recibieron suplementos nutricionales (ácido fólico y vitaminas) durante su gestación.



FUENTE: EEVV-DANE. Consulta cubo indicadores SISPRO 30/10/2014.

Desafortunadamente son los departamentos de la periferia (los más pobres) los que ponen las mayores tasas de mortalidad. ¡Carambas! ¡Justo en esas zonas los servicios de salud deberían ser más especiales y mejores!



Esta comparación en torno a mortalidad refleja muy bien la razón por la cual los servicios de salud deben hacer un esfuerzo por ser **mejores** en la periferia. Mejor dicho, al menos en la periferia, la APS debería funcionar a plenitud. ¿Cómo? Integrando lo más posible y creando estímulos suficientes para que el personal de salud se comprometa con estas zonas.



Sobre deficiencias de micronutrientes* en niños y niñas que tienen anemia:

En 2005 **33%** En 2010 **27%**



Región más afectada:
Región Pacífica (32%)

*Fue más prevalente en niveles I y II del SISBEN y en el área rural.

- 24,3% de los niños y las niñas tienen deficiencias de vitamina A y Zinc.³⁰
- 42,5% de los niños y las niñas menores de tres años recibe frutas y verduras que contienen vitamina A.
- 69,4% recibe carnes, pescado, pollo o huevo.
- 30% no recibe diariamente fuentes de proteína animal.

ENSIN 2010



Sobre lactancia materna...

¡Superior al 95% desde el año 2000!

En 2000:
95,5%

▲ En 2005:
97,1%

▼ En 2010:
96%

Se observa un aumento de la lactancia materna, tal y como lo recomendó el Comité de los Derechos del Niño.

Lactancia materna exclusiva:		Lactancia materna total:	Lactancia materna inicial:		
En 2005: 2,2 meses	En 2010: 1,8 meses ▼	Permanece en 14,9 meses	En 2000: 61,3%	En 2005: 49%	En 2010: 57%

Porcentaje de recién nacidos que recibieron leche materna durante el primer día de nacidos:

En 2000: 86,6%



En 2005: 22,4%



En 2010: 19,7%

ENSIN 2010

La gráfica pone de manifiesto las mejoras en torno a la situación nutricional.

Con relación al acceso, los indicadores ponen de manifiesto cómo se ha venido mejorando en la consulta y en la hospitalización. Paradójicamente la asignación de citas es mejor en la población de maternas y niños y adolescentes en el régimen subsidiado.

El documento expone la situación de la atención con base en la Defensoría del Pueblo, así como en la situación de los registros, en los cuales, como reflejo de la calidad documental, 3 historias clínicas de cada 10, no cumplen con lo acordado (medido a través de la consulta de puerperio, siendo la gestación una de las situaciones más vigiladas).

Por cambiar

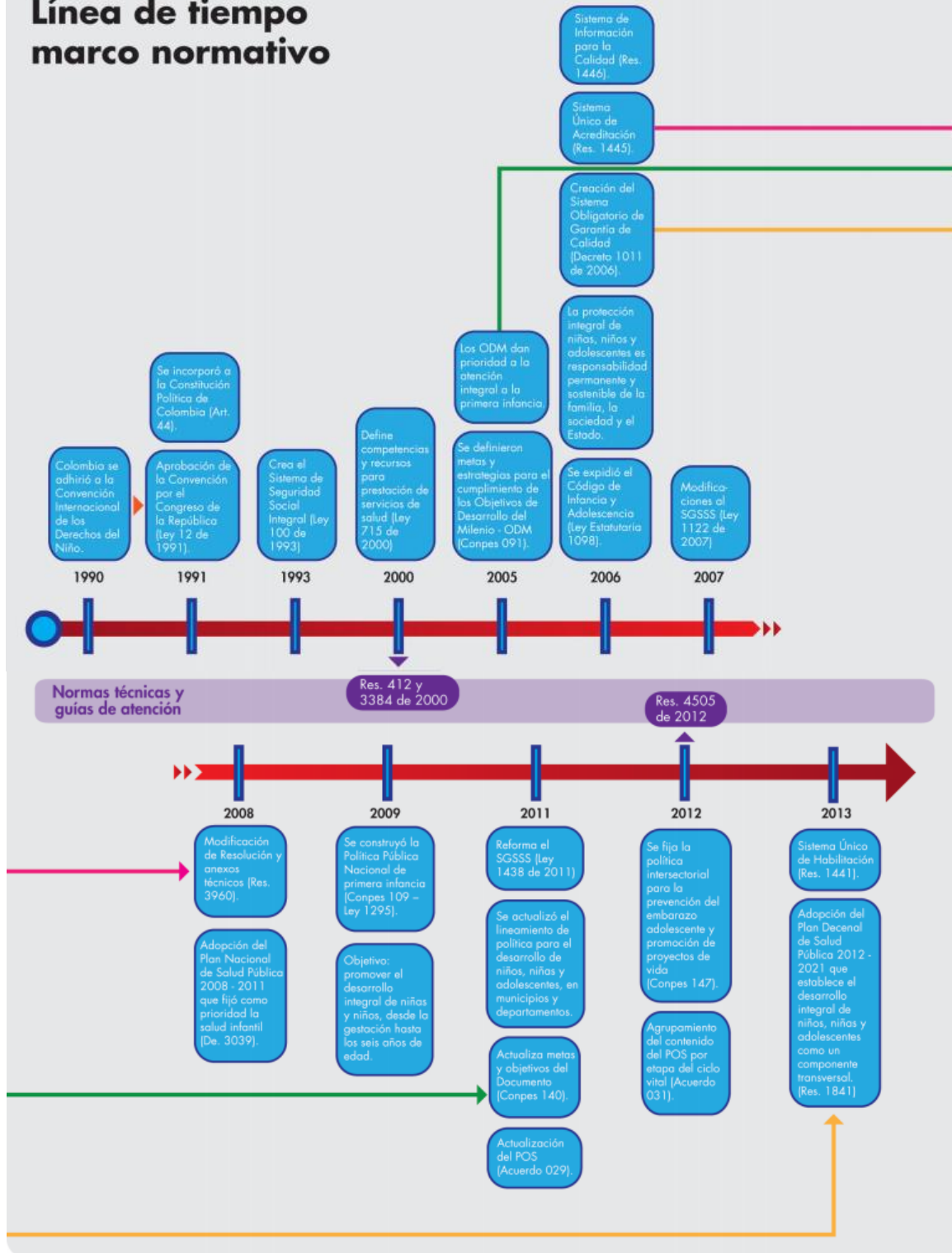
Es importante hacer ver a la población y a los prestadores de salud, la importancia de realizar los controles del niño sano.

Aún en la actualidad, la visión dominante de la atención deja por fuera la manifiesta importancia de la prevención.

En síntesis, Colombia ha mejorado mucho en torno la salud de los niños, adolescentes y gestantes, pero en la periferia, esas mejoras no han llegado aún.

MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICA

Línea de tiempo marco normativo





El anterior es el mapa de este capítulo donde exponen una muy buena imagen de todas las leyes y resoluciones que han surgido desde 1990.

Las realizaciones para cada niña y niño implican que

- Cuenta con padre, madre o cuidadores principales que le acogen y ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo integral. ✓
- Vive y disfruta del nivel más alto posible de salud. ✓
- Goza y mantiene un estado nutricional adecuado. ✓
- Crece en entornos que favorecen su desarrollo. ✓
- Construye su identidad en un marco de diversidad. ✓
- Expresa sentimientos, ideas y opiniones en los entornos cotidianos, y estos son tenidos en cuenta. ✓
- Crece en entornos que promocionan sus derechos y actúan ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración. ✓



Necesidad de interactuar en los entornos

Se refiere a los espacios en donde los seres humanos interactúan. Son:

1. **El hogar**, donde potencializar el afecto y el cuidado de los adultos resulta ser determinante.
2. El entorno de la salud (**servicios de salud**). Encargado de ser evaluadores de la promoción y seguimiento de los niños.
3. El entorno educativo (**guarderías, colegios, etc.**). Encargado de estimular la identidad, la convivencia y el aprendizaje de los niños.
4. El entorno social (**barrio**). Encargado de desarrollar la cultura ciudadana.

Los primeros 1000 días de la vida

Existe evidencia contundente de la importancia de ofrecer el máximo de oportunidades en los primeros tres años de vida (cuando ocurren el 85 % de las conexiones neuronales). Resulta clave para el resto de la vida.

El papel de las Rutas Integrales de Atención (RIA)

Estas rutas han de proponer a los actores (servicios de salud, autoridades territoriales y EPS) el papel que les corresponde con base en el momento vital (preconcepción, gestación, nacimiento hasta los tres años y de los tres a los cinco años).

Lo que se debe garantizar

1 Un ambiente sano
Entornos protectores y promotores del desarrollo, que favorezcan y promuevan la calidad de vida de las presentes y futuras generaciones, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales.

2 El derecho a una alimentación
Sana, apropiada, oportuna, segura y acorde con las condiciones territoriales y culturales.

3 Una convivencia familiar, social y comunitaria
Libre de las diferentes formas de violencia, con fuertes vínculos con los cuidadores, así como con la capacidad social y cultural de estos últimos para el cuidado en todos los entornos en donde trascurren su vidas.

4 El ejercicio de la sexualidad
Las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permiten a mujeres y hombres el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad como un derecho humano.

5 Los modos, condiciones y estilos de vida saludables
En los entornos en donde se desarrollan, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y enfermedades transmisibles* y no transmisibles**

6 La protección ante emergencias y desastres
A nivel individual y colectiva, procurando reducir los daños que afectan la salud humana y ambiental con el fin de contribuir en la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida.

En la imagen anterior están representadas las seis líneas o estrategias a desarrollar cuando se atiende a los niños y adolescentes. Nosotros como servicios de salud nos hemos de comprometer con dichas líneas, diseñando planes para abordarlas.

La salud en la atención integral a la primera infancia y la adolescencia

Parte del compromiso de los padres, de la protección que reciben de su familia y de la calidad de los servicios de salud que priorizan a esta población. La voluntad del Gobierno es fortalecer su actuar en este ciclo vital.



La alimentación y nutrición

Lo que demuestra la evidencia

- ▶ Existe una reducción significativa del **20%** en el riesgo de bajo peso al nacer, asociada con la suplementación prenatal de hierro solo o en combinación con ácido fólico.⁴⁵
Imdad & Bhutta (2012)
- ▶ El riesgo de muerte de los niños menores de 5 años se redujo en **34%** cuando la madre consume suplementos de hierro y ácido fólico.⁴⁶
Dibley & Titaley (2012)
- ▶ En una revisión de Cochrane en 2010, que incluyó cinco ensayos de suplementos de ácido fólico, se identificó un **72%** de reducción en el riesgo de defectos del tubo neural.⁴⁷
Cochrane (2010)
- ▶ La mortalidad desde el nacimiento hasta los siete años se redujo en **31%** en los hijos de madres que habían recibido hierro y ácido fólico durante el embarazo, en comparación con aquellas madres que recibieron vitamina A únicamente.⁴⁸
Stewart, LeClerq, et al (2009)
- ▶ Los beneficios con el suministro de hierro y ácido fólico en mujeres gestantes repercuten en el funcionamiento cognitivo y en la inteligencia general de los niños y niñas de 7 a 9 años de edad, en comparación con las madres que recibieron placebo.⁴⁹
Christian P, Murray-Kolb LE, et al (2010)
- ▶ La suplementación con Zinc redujo en **14%** los nacimientos prematuros en mujeres de bajos ingresos, aunque no se evidenciaron efectos significativos en el retraso de crecimiento intrauterino.⁵⁰
Mori, Ota, Middleton et al. (2012)

Hoy ya existe evidencia suficiente de medidas efectivas. Por ejemplo, pinzar el cordón umbilical luego de dos minutos, con el fin de evitar la anemia en los recién nacidos. La lactancia como promotor de salud biopsicosocial, resaltando que brinda una protección de más del 80 % contra padecer diarrea o disminución en un 50 % del riesgo de infecciones neonatales.

El sector salud

El que los servicios de salud entren al hogar de los recién nacidos resulta clave en su desarrollo. Las acciones que se deben estimular al interior de los hogares son:

1. La salud mental, especialmente de la madre.
2. La lactancia exclusiva por lo menos los primeros seis meses.
3. Las pautas de una buena alimentación complementaria.
4. El reconocimiento del cuerpo (protección contra el terrible abuso sexual).
5. La vinculación de los hombres en el cuidado de los niños.
6. La identificación y enseñanza de la prevención de los riesgos en el ambiente domiciliario.

Me pregunto si en todas las IPS existen planes o acciones dedicadas a fortalecer esto.

Recreación

Promover el juego y la actividad física al interior de la familia. Asimismo, el autocuidado y la convivencia con otros niños.

El acceso a los servicios de salud

Si un programa resulta clave es justamente el de crecimiento y desarrollo hasta los tres años. Cómo ofrecer facilidades de acceso y generar el gusto por usarlo, es el reto de los servicios de salud. Será deber de cada IPS crear estímulos para construirlo y fortalecerlo.

Jardines y colegios

Resultan claves para el desarrollo de las pautas de crianza, la vinculación a la convivencia y a la participación ciudadana y para promover la alimentación sana y el ejercicio.

¿Cómo llegar a los jardines y a los colegios? Ese será nuestro deber como prestadores y allí proponer planes, sabiendo unir a los educadores y a los padres.

El entorno social

¡Es muy importante crear ambientes seguros en los barrios! Deberemos vincularnos a la Juntas de Acción Comunal y comprometernos con ellas.

El reto con los adolescentes

Cuadro 8. Modalidades de Servicios de Salud Amigable para Adolescentes y Jóvenes

Modalidad	Característica
Consulta diferenciada	Consulta dentro de un centro de atención y a cargo de un profesional entrenado. Puede ser dentro de la consulta normal.
Unidad de salud amigable	Espacio destinado a la atención de adolescentes y jóvenes dentro del mismo centro de atención y en los cuales existen condiciones de acceso diferenciales, como el horario de atención, espacios locativos, entre otros.
Centro de salud amigable	Espacio locativo exclusivo para adolescentes y jóvenes, con profesionales solamente dedicados a estas labores y generación de espacios de interacción para ellos.

Fuente: Ministerio de la Protección Social, UNFPA. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Bogotá: MPS-UNFPA. 2007.

Está en ofrecer un verdadero servicio dedicado y dirigido a los adolescentes y jóvenes. Nosotros hemos ido a los colegios y creemos que allí podemos acercarnos a ellos.

En torno a los territorios

Resulta importante identificar y poder diferenciar las características específicas donde se desarrollan los jóvenes con sus familias. Por ejemplo, en poblaciones indígenas el enfoque ha de ser particular.

Prioridades de la Atención Integral en Salud a la primera infancia y la adolescencia

La pauta de este enfoque es actuar con “*cero tolerancia*” hacia la morbilidad evitable. Una vez más, los servicios de salud dirigidos a las poblaciones más vulnerables resultan claves para disminuir la brecha de la desigualdad. Dicho claramente, los más humildes y vulnerables han de tener los mejores servicios de salud. En tal sentido, la protección a la

familia como el entorno de desarrollo de los niños resulta clave; los servicios de salud se deben comprometer con ello (estrategia de APS). El Ministerio, a través de su rectoría, ha de asumir el liderazgo para impulsar en todos los territorios este enfoque.

La dirección de su actuar

- I Intensificando y evaluando políticas orientadas a una maternidad segura y una niñez sana.
- II Asegurando una atención de salud disponible, segura, accesible, asequible, adaptada al contexto local y de calidad para todas las mujeres y los niños.
- III Eliminando las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil, a través de la atención basada en la evidencia y las mejores prácticas.
- IV Mejorando la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo a las mujeres y los niños con menos acceso a los servicios sanitarios, asegurando el apoyo a otros actores sociales.
- V Gestionando la atención en territorios con escasez de talento humano en salud y legitimando estrategias nacionales para la conservación, la educación y el aprovechamiento del talento humano.
- VI Comunicando información fiable y precisa sobre los derechos sexuales y reproductivos, salud materna, neonatal e infantil; e impartiendo educación sobre hábitos y prácticas saludables en consonancia con el contexto local específico.
- VII Reconociendo que la educación para la salud de calidad, fiable y actualizada es esencial para reducir la falta de equidad sanitaria; y habilitar a las mujeres, niñas, niños, adolescentes y adultos jóvenes para que adopten decisiones fundamentadas y autónomas sobre la salud.
- VIII Involucrando socios de los sectores público, privado y de la cooperación, así como representantes de la sociedad civil, para impulsar políticas eficaces y movilizar recursos sostenibles bajo la rectoría del sector salud.

Marco operativo de la Atención Integral en Salud a la primera infancia y la adolescencia

Está expuesto en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2020.

Desde comienzos del año 2000 se ha promovido a través del AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de

la Infancia) donde no solo se trabaja con los prestadores sino también con la comunidad. A esta política se le incorporó la estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia).

El Plan Decenal de Salud Pública

Actúa bajo tres premisas:

1. Promoción de la salud.
2. Gestión del riesgo en salud.
3. Gestión de la Salud Pública.

¿Y el proceso para la Atención Integral en Salud?

Implica primero reconocer cuál es la situación de la infancia en el territorio en cuestión. Precisamente esa es la tarea de los Análisis de la Situación en Salud (ASIS). Luego se recomienda elaborar las acciones necesarias para producir la

gestión de la calidad y humanización en la atención, pasando finalmente a que cada uno de los actores asuma su compromiso a través de las RIAS.

La estructura

- Diseño de una estrategia que permita la vinculación entre los equipos de los actores responsables.
- Formación de comités que integren IPS, municipios y EPS.
- Elaboración y ejecución del plan.
- Movilización y participación comunitaria, siendo clave el empoderamiento de la comunidad como receptora y evaluadora.
- Elaboración de planes para fortalecer a las familias, para que desde su seno se fortalezca la infancia.
- Diseño de estrategias de comunicación que permitan compartir entre todos los actores.

Recomendación

Anexo técnico

Familia y Comunidad en la Atención Integral en Salud para la primera infancia, la infancia y la adolescencia

Dirección de Promoción y Prevención

Grupo Curso de Vida

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Familia-y-comunidad.pdf>

Para mayor información puede revisar el anexo de *Familia y Comunidad en la Atención Integral en Salud para la primera infancia, la infancia y la adolescencia*. Disponible en la *Caja de Herramientas de Atención Integral en Salud a Infancia y Adolescencia*.

Esta es una aproximación, de un documento un tanto denso, pero sin duda que busca la visión integral.

Lecturas

- Ruta de atención integral a la primera infancia.
- Orientaciones y recomendaciones para la construcción local de procesos interculturales de Atención Integral en Salud a niñas y niños de grupos étnicos, en el marco de la Estrategia de Cero a Siempre.
- Guía operativa para el proceso de cooperación y acompañamiento territorial -CAT- para la implementación de la atención en salud a la primera infancia, infancia y adolescencia.
- Lineamiento de análisis de situación de derechos de niños, niñas y adolescentes, calidad y humanización de los servicios de salud y gestión social y comunitaria e identificación de prioridades.
- Lineamiento de familia y comunidad.
- Lineamiento de calidad y humanización de la atención.
- Responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la atención integral de primera infancia, infancia y adolescencia en el marco de competencias.

¡Tanto por hacer!



Seguridad Social



DIEZ RAZONES DE OPTIMISMO

Juan Carlos González***

“Solo trajimos el tiempo de estar vivos
entre el relámpago y el viento;
el tiempo en que tu cuerpo gira con el mundo,
el hoy, el grito delante del milagro;
la llama que arde con la vela, no la vela,
la nada de donde todo se suspende
–eso es lo nuestro...”.

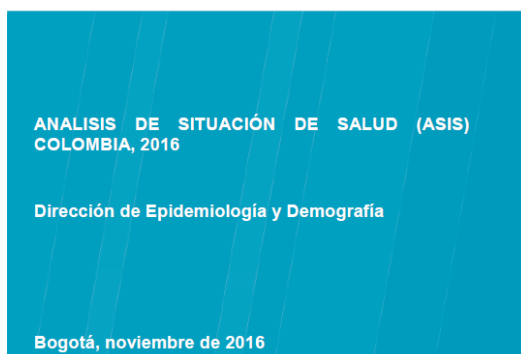
Eugenio Montejo

Nos comprometimos en el número anterior, a presentar la visión que tiene el ministro Alejandro Gaviria acerca del sistema de salud. En tal sentido, presentamos este breve resumen de las razones del ministro, para estar optimista con el Sistema, invitando a los lectores a que vean el video en https://www.youtube.com/watch?v=9azT_LxZLVM.

Sus reflexiones, como siempre, son coherentes y válidas de analizar (explica muy bien sus puntos de vista) y con ello nos invita al necesario debate que hemos de propiciar con el fin de promover el sistema de salud que el país necesita.

Afirma el ministro que, si bien estamos en crisis del sistema de salud, para él resulta claro que estamos en la ruta de salida. Las diez razones que aduce son:

1. Los mejores resultados en salud del país



Hecho que se puede confirmar al revisar los indicadores de salud. Como ejemplo el ministro cita la reducción sostenida de la mortalidad infantil o el descenso de los embarazos en adolescentes.

*** MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



2. Consolidación del sector



Funcionarios Preguntas Frecuentes Mapa del Sitio Buscador

Inicio Giros Manuales Recaudo BDUA Otras prestaciones Régimen Subsidado Compensación Garantías

Importante

Documentos para registro de la ADRES como beneficiaria de recaudo.

Los siguientes son los documentos que permiten crear el registro de la ADRES - Administradora de

MIPRES contribuye a garantizar la protección individual del derecho a la salud y a controlar el gasto.

Considera que el sector se está consolidando en torno a su administración y pone como ejemplo la creación de ADRES para el manejo de los recursos como un gran avance, y cómo la tecnocracia se ha venido tomando el Ministerio.

3. Depuración sectorial

La salida de las EPS quebradas, así como los decretos acerca de la solvencia económica de las EPS, despeja un tanto la incertidumbre de las atenciones, creando unas condiciones más coherentes para la prestación. Si bien el sistema quedó maltrecho (por ejemplo, las deudas acumuladas a las IPS), cree el ministro que se trazó el camino para afianzar el sistema.



4. Mayor coherencia en los beneficios



Las **11** cosas que debe saber sobre la Ley Estatutaria

SEGUIMIENTO AL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

así vamos en salud

Este semestre nuevamente se escuchará de la Ley Estatutaria, que fue aprobada en junio por las comisiones Primera de Cámara y Senado, en sesiones conjuntas. La norma regula el derecho fundamental a la salud y dicta otras disposiciones. En este momento la Corte Constitucional la está revisando y se espera que en seis o siete meses dé respuesta; después el Presidente de la República la sancionará, con lo cual entrará en vigencia, salvo las exclusiones que serán definidas por el Gobierno en un plazo no mayor a dos años.



1. ¿Qué busca?

Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Este derecho lo podemos materializar, por ejemplo, en el acceso real a los servicios de salud de manera eficaz, oportuna y con calidad para toda la población. El Estado es el responsable de respetarlo, protegerlo y garantizarlo.

2. ¿Por qué era necesaria?

El artículo 49 de la Constitución de 1991 definió la salud como un servicio público esencial obligatorio. Por estar ligado al derecho a la vida, este concepto evolucionó a derecho fundamental. Mediante la sentencia T-760 de julio del 2008, la Corte Constitucional lo reconoció como tal por primera vez, aunque solo una ley estatutaria (de mayor jerarquía) podría elevar la salud a esa categoría.

http://www.vanguardia.com/sites/default/files/imagecache/Noticia_600x400/foto_grandes_400x300_noticia/2013/08/16/web_sin_titulo-1_big_tp_3.jpg

La Ley Estatutaria junto con las reglamentaciones que se han venido dando, están empezando a construir la coherencia entre lo que debemos y lo que podemos hacer en torno a las atenciones de la población. En tal sentido considera que se

está empezando a definir qué debe ofrecer para todos y cómo se financia (UPC), qué es lo individual y cómo se prescribe y financia (MIPRES) y cómo serán las exclusiones. Así el derecho será efectivo.

5. Política farmacéutica



Se han controlado los precios y el acceso se ha mejorado de forma notoria. Falta más, pero no existe duda, según el ministro, de que vamos en la dirección correcta en donde lo colectivo está empezando a ser privilegiado sobre lo individual.

6. Garantía de financiamiento

Fecha actual: viernes, 6 de diciembre de 2017 | Inicio de sesión

Buscar Todo Buscar

[Mapa del sitio](#) [Funcionarios](#) [Zona Interactiva](#) [English Version](#)

[Inicio](#) [Ministerio](#) [Salud](#) [Protección social](#) [Normativa](#) [Servicios al ciudadano](#) [Transparencia](#) [Centro de comunicaciones](#)

Ley Estatutaria de Salud: la implementación

Ministerio de Salud y Protección Social > Ley Estatutaria de Salud: la implementación

Ley Estatutaria de Salud

17/02/2017
Boletín de Prensa No 017 de 2017

- Al cumplirse dos años de la Ley Estatutaria de Salud (LES), el Ministerio de Salud y Protección social destaca los avances más significativos.

Bogotá (D.C.), 17 de febrero de 2017.- El 16 de febrero de

Considera el ministro que el país, gracias a la Ley Estatutaria, está empezando a asignar y organizar los recursos para que se pueda cumplir con el derecho a la misma para la población. Insiste en que esto ha de hacerse con base en la asignación presupuestal, es decir, con la garantía en los recursos.



7. Renovada importancia de los modelos de atención en salud



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL



Afirma el ministro que la única forma de poder cumplir con la atención en salud de los colombianos a mediano y largo plazo está en la construcción de modelos que, desde la base (comunidad), ascienda en la prestación y que justo eso es lo que se ha consolidado en el Modelo Integral de Atención en Salud.

8. Progreso de políticas de prevención

El impuesto al tabaco, la vacuna contra el VPH (protección de cáncer cervical) y, de seguro, la futura aprobación del impuesto a las bebidas azucaradas, son ejemplo de cómo la Salud Pública esta funcionado en el país.

Porque tienes mucho por vivir...
**¡Protegete y protégelas
contra el VPH!**

El VPH es el causante del **Cáncer Cérvico Uterino**, segunda causa de muertes de mujeres mexicanas por este mal.



<https://beviolet.files.wordpress.com/2015/07/vacuna->

9. Mayor convergencia en las opiniones

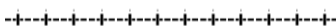


Considera que la situación de la atención en salud ha generado un debate en donde buena parte de la sociedad se ha vinculado, haciéndonos ver con más claridad la importancia de enfrentar los problemas, de escuchar las posiciones y no duda de que eso enriquece y provoca una mayor posibilidad de ir resolviendo la situación que afrontamos en el diario vivir.

10. El talento humano

Considera que existe un recurso humano bien preparado.

Bueno, esto es lo el ministro expuso, tal vez en el primer trimestre de 2017. El tiempo ha pasado y con ello la posibilidad de ver el curso de los hechos, ¿tendrá razón el ministro en su optimismo?





Salud Pública

FACULTAD DE MEDICINA DEL VALLE, EJEMPLO DE CREACIÓN DE UN PROGRAMA ENFOCADO EN LA FAMILIA

Restrepo Chavarriaga Guillermo⁺⁺⁺, Martha Isabel Sarmiento⁺⁺⁺, Alonso Belalcázar^{§§§}
Grupo de Investigación en Atención Primaria, Modelos de Salud y Educación Médica - FUJNC.



Resumen

Introducción: En este artículo presentamos el programa familiar que se desarrolló en la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle en las décadas de los años 1950 y 1960, y que fue conjuntamente realizado con el implantado en la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia, los dos primeros que se ejecutaron en el país.

Objetivo: Describir un programa con enfoque familiar que puede servir de modelo para la enseñanza de la Medicina con proyección familiar y comunitaria.

Material y métodos: Se trata de una investigación histórica hecha mediante entrevistas a actores que participaron en el proceso mediante el cual se llevó a cabo este programa, así como a través de la revisión de la bibliografía que se encontró en la facultad de Salud Pública la Universidad del Valle.

Resultados y conclusiones: Se puede notar claramente en la estructura que tuvo el programa, y en la forma como se llevó a cabo, cómo se pasó de una educación centrada en el paciente enfermo visto en el consultorio a una en donde se podía apreciar el impacto del daño en las familias y en las comunidades, de acuerdo a las condiciones ambientales de su entorno inmediato. Por primera vez se expandía la preparación de los estudiantes de Medicina del hospital a ambientes familiares y comunitarios.

Palabras claves: Personas, familia, facultades de Medicina, estudiantes de Medicina, salud de la familia, determinantes sociales de la salud.

Summary

Introduction: In this article we present the family program that was developed in the Faculty of Medicine of Universidad del Valle in the 50s and 60s, which was jointly made with the one implanted in the School of Medicine of the Universidad de Antioquia, the first two that were executed in the country.

Objective: To describe a program focused on the family that can serve as a model for the teaching of medicine with family and community projection.

Material and methods: This is a historical research done by interviewing actors who participated in the process in which this program was carried out, as well as by consulting bibliography that was found in the Faculty of Public Health of Universidad del Valle.

Results and conclusions: It is possible to note clearly in the structure that the program had and in the way it was carried out, how the education centered on the sick patient seen in the clinic changed to one where the impact of the harm to families and communities could be seen, according to the conditions of their immediate environment. The preparation of medical students was extended from the hospital to family and community settings for the first time.

Key Words: Person, family, medical schools, medical students, family health.

⁺⁺⁺ Médico Cirujano. Magister Salud Pública. Profesor Emérito. Director Departamento de Planeación, FUJNC - guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co

⁺⁺⁺ Comunicadora social y periodista. Coordinadora de Planeación, FUJNC - martha.sarmiento@juanncorpas.edu.co

^{§§§} Médico Cirujano. Magister Salud Pública - alonso.belalcazar@juanncorpas.edu.co



INTRODUCCIÓN



<https://farmaciamarcos.es/wp-content/uploads/2013/01/L112>

El origen de la Medicina familiar puede encontrarse, según los ingleses, en el Reino Unido con la creación del Médico General que, por medio de una resolución del Parlamento Británico de 1815, permitió a los boticarios diagnosticar y tratar las enfermedades. Esto se debió a que los escasos médicos formados en las universidades, servían solo a los aristócratas o acaudalados, de manera que las necesidades

del resto de la población eran atendidas por los boticarios y por los barberos. Por lo tanto, a partir de ese año, estos médicos, mediante el cumplimiento de ciertos requisitos educativos, adquirieron el derecho de ejercer la Medicina, la obstetricia y la cirugía, dando así el origen al Médico General del siglo XIX (1).

El médico base del sistema

En 1948 se puso en marcha el sistema de salud inglés con una estructura basada en el médico general enfocado en la familia (2) y, posteriormente, en EE.UU. (3) se hicieron importantes investigaciones al respecto que demostraron la trascendencia que estos programas tenían para la enseñanza de la Medicina.

En Colombia...



http://agenda-salud.univalle.edu.co/Articulo/Imagenes/Logo_602.PNG

En Cali se desarrolló un programa de Medicina que estuvo fundamentalmente orientado a los aspectos biosicológicos. Este programa sirvió de patrón a los establecidos en las facultades de Medicina de las universidades de Caldas, Cartagena y, posteriormente, a la de la Universidad Nacional. Aún sirve de ejemplo para la enseñanza en las escuelas médicas que en su misión y visión quieren trabajar bajo este enfoque, el cual implica que, para brindar una buena calidad de atención en un sistema de salud, es necesario contemplar

a la persona en su ambiente, con sus redes de apoyo, fundamentalmente la familia.

Fueron los primeros en enseñar de forma extrahospitalaria la Medicina, ya que, hasta ese momento, se había tenido el hospital general como sitio único de práctica médica para su formación, y, al hacerlo, aplicaron, además de la curación, los conceptos de prevención, promoción y rehabilitación en el seguimiento de las personas.

Interdisciplinario

En estos programas se brindó la oportunidad de participar a otras facultades universitarias y, a veces, a diversos sectores de desarrollo, abriendo así el camino para la interdisciplinariedad y la transversalidad en la enseñanza médica.

Queremos en este artículo presentar la modalidad con que se realizó este programa en la facultad de Medicina de la Universidad del Valle, el cual significó un enfoque filosófico y social distinto en la orientación médica colombiana y un trascendental paso, no solamente para la docencia sino para la proyección social y la investigación.

El gran aporte

Por primera vez en Colombia se consideró que el centro de atención no era solamente el enfermo, sino también el sano en sus grupos primarios sobre todo en la familia (4).

MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar esta investigación además de consultar al autor de este artículo (quien para esa época había reemplazado al doctor Santiago Rengifo (5) fundador del Departamento de Medicina Preventiva de esta facultad, primero como jefe de Epidemiología del departamento (6) de ese entonces y luego como director del mismo), se entrevistó a varios funcionarios de la facultad de Medicina, principalmente al doctor Carlos Osorio****, (7), quien para la época en la que se describe el programa, era estudiante de la carrera de Medicina. Además, se consultaron los libros que se encontraron en la biblioteca

de la hoy facultad de Salud Pública de la Universidad del Valle.

En reuniones semanales con los demás participantes del grupo, que se formó para ejecutar este trabajo, se realizaban presentaciones sobre los aportes que hacían las personas que habían vivido el programa y sobre la bibliografía consultada; luego se discutía y se encargaba a uno de los miembros del grupo la redacción de lo presentado; finalmente el director de investigación revisaba y consolidaba la información.

RESULTADOS

Un espacio distintivo

Para la dirección del programa se creó en la primera planta del edificio donde funcionaba el departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, un organismo sanitario que tenía como función atender las citas que los estudiantes hacían a

las familias del programa para su revisión y seguimiento, además de las consultas espontáneas que los miembros de estas familias realizaban cuando estaban enfermos.

Fortalecer la prevención

En este centro se realizaban también las vacunaciones a los miembros de las familias, sobre todo a los niños, con el esquema de rutina que en ese momento se hacía en el país que consistía en la BCG (*Bacilo Mycobacterium Tuberculosis de Calmette y Guerin*) oral al recién nacido:

- Vacuna triple (difteria, tétanos, tosferina).
- Toxoide tetánico, cuando algún adulto lo requería y, tuberculina de rutina a todos los miembros de la familia no inmunizados con el BCG.

El ejemplo: la clave

Estas labores eran ejecutadas por estudiantes, en compañía de médicos profesores para la consulta y, personal de enfermería, para las inmunizaciones y consultas de desarrollo y crecimiento.

El personal del centro estaba constituido por un médico director de tiempo completo, una enfermera profesional, dos

auxiliares de enfermería y una secretaria. Todos de tiempo completo.

Para la parte de pediatría se contaba con un pediatra de medio tiempo y para la consulta de Medicina Interna, Obstetricia y Psiquiatría, con especialistas de tiempo parcial.

Un centro para la comunidad

El centro funcionaba durante ocho horas diarias, distribuidas cuatro en la mañana y cuatro en la tarde. Cada familia tenía un fólder en el cual aparecían los siguientes documentos:

**** Osorio C. MD, Especialista Salud Pública, Medicina Familiar. Magister en Salud Ocupacional. Coordinador Maestría Salud Ocupacional Universidad del Valle.



<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6055/4/6055.jpg>

1. Identificación de la familia.
2. Familiograma.
3. Croquis de la vivienda.
4. Historia médica de cada uno de los miembros de la familia siguiendo el orden establecido en el familiograma. Cada historia contenía el estado de salud al ingreso y el seguimiento mensual que se hacía a la familia, así como las consultas de demanda que

se hacían a los pacientes, la evolución de las mismas y los exámenes de laboratorio correspondientes.

5. Estudios epidemiológicos especiales a cada paciente. Al ingresar al programa se hacía, de rutina a cada uno de ellos, un hemograma, un estudio de química sanguínea y un examen coprológico.
6. Otros exámenes e imagenología se realizaban si se consideraban necesarios.

No se hacía educación grupal, sino que se seguían las indicaciones que el médico y los estudiantes consideraban necesarios en la consulta, así como las ofrecidas por el personal de enfermería en las consultas previa y posterior.

PROGRAMA ACADÉMICO



<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/xmku/bitstream/handle/10893/6059/6059-2.jpg?sequence=5>

Selección de las familias

Las familias se escogían de acuerdo al conocimiento que de ellas se tenía en el Centro de Salud del barrio Siloé (4) de la Secretaria de Salud Municipal de Cali. El centro era dirigido por un salubrista, que, a su vez, era docente de medio tiempo

del Departamento de Medicina Preventiva y acompañaba a los estudiantes, junto con otros docentes del departamento, en las visitas mensuales que estos hacían a las familias que tenían asignadas.

Las familias eran escogidas teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Que quisieran participar en el programa.
2. Que fueran residentes del barrio y vivieran en inmueble propio.
3. Que tuvieran un jefe de hogar (generalmente era la madre).
4. Que tuviera niños pequeños.

Vinculando estudiantes

A cada estudiante se le entregaban tres familias a las que debía visitar mensualmente. Al finalizar cada año académico, debía presentar ante el docente y sus compañeros la evolución de la familia en este período como un todo y de cada miembro en particular. En esta presentación se hacía gran énfasis en los eventos de salud ocurridos y el resultado al final del año.

Durante su pasantía por el programa, los estudiantes tenían un horario asignado en la mañana todas las semanas para atender a las familias que asistían al centro y para analizar casos especiales con la participación de docentes y estudiantes de todos los programas vinculados.

La especialidad... vinculada en el escenario

El internista (8), el pediatra, el psiquiatra y, cuando fuera necesario, otros especialistas asistían a estas reuniones que fundamentalmente eran de carácter **epidemiológico**. Otros docentes del departamento, como el microbiólogo, el parasitólogo, el sociólogo y el antropólogo, también se hacían presentes. Asimismo, acudían docentes de otras facultades, especialmente la de Arquitectura, incluyendo su decano, e Ingeniera Sanitaria y funcionarios de la Secretaría Municipal

de Salud Pública de Cali. Generalmente los docentes que visitaban el programa de otras facultades de Medicina del país o del exterior, también asistían a estas reuniones, así como estudiantes graduados, o de otras facultades que rotaban por departamentos, sobre todo aquellos que se vinculaban a la docencia en los departamentos de Medicina Preventiva recién creados.

Un programa

El programa tenía la siguiente secuencia, por año académico:

PRIMER AÑO:

- Asignación de familias.
- Presentación de las mismas a los estudiantes.
- Familiograma.

SEGUNDO AÑO:

- Condiciones de la vivienda, haciendo énfasis en los aspectos sanitarios y tenencia de animales.

PREPARACIÓN DE LAS VISITAS:

Antes de realizar la visita, los estudiantes debían:

1. Revisar la historia, ver las órdenes que se habían dado en la visita anterior y la evolución de los distintos miembros de la familia (8).
2. Presentar el esquema a seguir en la visita al profesor asignado.

TERCER AÑO:

- Condiciones económicas de la familia y estudio de morbilidad por prevalencia.

CUARTO Y QUINTO AÑO:

- Seguimiento a las familias, durante el cual se ejecutaba el programa ya descrito.

INTERNADO:

- Algunos estudiantes, voluntariamente, podían rotar por el programa.

3. Anotar los aspectos importantes de la visita realizada, las órdenes y conclusiones pertinentes.
4. Presentar un resumen de todo lo anterior al grupo de compañeros y docentes, anotar las recomendaciones recibidas y establecer las órdenes relacionadas para cumplir con su familia en general y con cada miembro en particular.

CIERRE DEL PROGRAMA:

1. Cuando alguna familia se iba del barrio, se desintegraba o no quería seguir participando en el programa, el estudiante hacía un cierre, anotando las condiciones en que se retiraron y las causas del retiro. Luego el centro de salud de la Secretaría le asignaba una nueva familia.
2. El cierre final del programa se hacía en el quinto año de la carrera y los resultados se estudiaban como una investigación de cohorte, presentando lo ocurrido en cada variable que se había anotado en la historia.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El modelo previo



<https://nataliaguierrezcheverri.files.wordpress.com/2012/07/escalon-1.jpg?w=450&h=305>

Al finalizar la década de los años 1940, en Colombia se enseñaba una Medicina fundamentalmente **anatomoclínica** y se impartía siguiendo una metodología con un denso contenido teórico, el cual debía ser aprendido en forma memorística de libros que eran considerados "biblias" del saber. Las cátedras eran dictadas por profesores con una vasta experiencia clínica o quirúrgica, algunos de ellos, especializados en Europa, sobre todo en Francia (9). Estos profesores eran "dueños" de la cátedra de por vida y tenían la "última palabra" en la materia o la docencia hospitalaria ya que no se hacían revisiones posteriores de casos dada la escasez de estudios de Medicina basada en la evidencia y la falta de departamentos de Anatomía Patológica.

Los laboratorios eran escasos y de una dotación precaria, exceptuando los de Anatomía -en donde abundaban los cadáveres de indigentes que provenían de los hospitales de caridad-, así como los de técnica quirúrgica, en los cuales los estudiantes aprendían y experimentaban en cirugía y anestesia con bastantes perros callejeros.

El trabajo hospitalario se hacía en hospitales generales con pacientes que provenían de urgencias o de la remisión que los docentes de la carrera hacían de los enfermos pobres que veían en su consulta. Las consultas externas, como tales, no existían en este tipo de hospitales y los pacientes eran vistos exclusivamente para la patología que consultaban, con excepción de Medicina Interna, en donde se les consideraba como un todo y en Pediatría, en donde las familias, especialmente las madres, daban inicialmente un gran apoyo en la consulta que se hacía a los infantes. En resumen, en general, la persona era vista como un paciente con un daño determinado, sin conexión con su grupo y su ambiente. El contacto que tenía el hospital con la familia del paciente se limitaba a una visita social realizada por las monjas los domingos en la tarde; solo ellas sabían algo de la familia, puesto que ni estudiantes ni profesores estaban presentes en estas reuniones.

¡El cambio...!



Con el establecimiento de los programas familiares, hubo oportunidad de visualizar a la persona como tal, su situación de salud, los grupos primarios con los que se relacionaba y el ambiente en que vivía. Cambió, entonces, el enfoque anatomoclínico a **biopsicológico** de la Medicina por la inclusión de los aspectos **etiopatológicos, sociales, psicológicos y culturales** en su enseñanza.

Por su parte, los aspectos **afectivos** tuvieron un amplio desarrollo porque, concomitantemente con la modernización que estaba ocurriendo en la enseñanza de la Medicina en Colombia, la Psiquiatría cambió de rumbo e incluyó todo el aporte que Freud y los psicólogos norteamericanos hicieron a su desarrollo, así como por el avance que se dio a la Parasitología y la Bacteriología, primero y, a la Virología después, por la influencia de la educación médica norteamericana. Es de notar también la gran influencia de la Fundación Rockefeller en este cambio. Este aspecto etiopatológico fue incluido en los departamentos de Medicina preventiva siguiendo la influencia de la escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (10).



UniValle

En el Valle, gracias, también, al impacto que ejercieron algunas agencias extrajeras, entre ella la misma Rockefeller, ya citada, la Antropología y la Sociología fueron incluidas en el currículum. Sin embargo, los profesionales que se vincularon como docentes, si bien es cierto de gran

trayectoria y preparación, no tenían inicialmente el enfoque médico concreto con que pudieran impactar estas ciencias en la formación del médico, que, en ese momento, estaba siendo capacitado en el Valle.



<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co:8080/bitstream/10893/5095/8/5095>

El paso dado por el doctor Santiago Rengifo al incluir en el programa del Departamento de Medicina Preventiva la docencia familiar, permitió la formación de un médico mucho más integral con una visión diferente de lo que tradicionalmente se tenía. Si a esto se adiciona el aporte en investigación pertinente, que creó y estimuló en la misma facultad a través de su departamento, este es uno de los cambios ideológicos más importantes que se han producido en la educación médica colombiana, el cual inicialmente empezó por formar a los profesores del departamento, luego a los estudiantes y, finalmente, a los restantes docentes del programa de Medicina y, aún a sus directivas. De esa forma, la Medicina pasó a ser **biopsicológica** con un concepto que ha creado en los egresados de esa facultad un perfil

claramente epidemiológico e investigativo, que los diferenció sustancialmente del médico que tradicionalmente se estaba produciendo en Colombia.

Este programa contribuyó de una manera muy importante en la modernización (11) de la educación médica en Colombia en las décadas de los años 1950 y 1960.

En este esfuerzo de modernización, este departamento fue acompañado por la facultad de Medicina de Antioquia, que coetáneamente estaba desarrollando un programa que se encargó de profundizar en los aspectos sociales y culturales de la Medicina, estableciendo así a la Medicina Social como un nuevo paradigma.

REFERENCIAS

- (1) Gómez G. T. 1997. Medicina de Familia. La Clave de un Nuevo Modelo, sem FYCCIMF. Editorial IMeC. Pp.31.
- (2) The New Health Service. 1948. Ministry of Health, and the Central Oficce of Information. Originally Crown Copyright. Crown Copyright exists for 50 years from date of publication; copyright has therefore expired for this work.
- (3) The Family and Home Care Program. Universidad de Colorado U.S.A. Estudio Realizado entre 1954 y 1956. Publicado con la colaboración de la Universidad de Harvard, Cambridge y Massachusetts. 1959.
- (4) Bolaños MO. Ciencias Investigación y Atención Primaria. En: Revista Nacional de Educación Médica. ASCOFAME. II Reunión de Expertos XX Consejo Directivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Vol. II. 1990. p. 157.
- (5) Corredor A. Investigador emérito, INS. Reseña. Rengifo Salcedo, Santiago. Disponible en: <file:///C:/Users/Acreditaci%C3%B3n/Desktop/947-4568-1-PB.pdf>
- (6) Entrevista Enfermera. Thelma Bustillo. Universidad del Valle.
- (7) Entrevista Osorio Torres Carlos A. MD., Esp. Salud Pública, Esp., en Medicina Familia. Magister en Salud Ocupacional. Coordinador Maestría en Salud Ocupacional Universidad del Valle.
- (8) Vivencias Relatadas por el doctor Restrepo Chavarriaga Guillermo. Jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. 1963-1964.
- (9) Restrepo G. Desarrollo de la Salud Pública y la Seguridad Social, 2011. P. 15.
- (10) The London School of Hygiene & Tropical Medicine. Recuperado el 5 de septiembre de 2017, en https://www.lshtm.ac.uk/study/?utm_source=Educations.com&utm_medium=profile&utm_content=profile+2013&utm_campaign=Educations.com
- (11) Abraham Flexner. The American College: A Criticism. New York, The Century Co. 1908.





La lección de medicina



DOLOR LUMBAR

Gonzalo Bernal⁺⁺⁺⁺



http://cdna.labioguia.com/images/articles/577e736d0b567_crop.jpg

¿Existe en Colombia una aproximación al problema del dolor lumbar?

Sí. El Ministerio de Salud y la Protección Social junto con la Universidad Javeriana redactaron un documento sobre la enfermedad profesional en Colombia (*Guía de atención integral basada en la evidencia para dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal relacionados con la manipulación manual de cargas y otros factores de riesgo en el lugar de trabajo* (GATI- DLI- ED) Autor Institucional: Ministerio de la Protección Social) en el que documentan lo siguiente:

La primera enfermedad profesional más frecuente en Colombia es el **túnel del carpo** con una prevalencia del 32 %, es decir, que de cada 10 enfermos que consulten

por una enfermedad profesional, 3 de ellos presenta enfermedad del túnel del carpo.

- La segunda enfermedad más frecuente es el **dolor lumbar**, con un reporte de más o menos del **25 % de los casos**, es decir, de cada 4 consultas por enfermedad profesional, 1 corresponde a dolor lumbar.
- La tercera en frecuencia son las lesiones del disco intervertebral.
- La cuarta es la sordera neurosensorial.

¿Qué dice la literatura mundial con respecto al dolor lumbar en cuanto a su frecuencia de presentación?

Una revisión sistemática de 2012 (1) confirma que un 12 % de la población podrá tener dolor lumbar que limite la actividad por al menos un día a lo largo de su vida. La consulta por esta causa, puede alcanzar una prevalencia de un 23 % al mes, especialmente en Medicina Laboral.

Según encuestas realizadas anteriormente (2), de cada 10 adultos, entre 8 y 9 han presentado en su vida un episodio de dolor lumbar leve y, 1 de cada 4 personas, tenía dolor al momento de la entrevista y llevaba un promedio de tres meses o menos con ese dolor.

¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes para presentar dolor lumbar?

Los más importantes son el cigarrillo, la obesidad, la edad, el género femenino, el estrés laboral, la ansiedad, la depresión y los relacionados con actividades laborales.

⁺⁺⁺⁺ MD. Familiar Integral. Profesor FUJNC - gonzalo.bernal@juanncorpas.edu.co



¿Cuáles son las principales causas de dolor lumbar en América, Colombia y el mundo?

9

1




9 NO SE
ENCUENTRA
CAUSA
ESPECÍFICA

1 PUEDE SER
GRAVE:
Cauda equina
Metástasis
Hernia discal

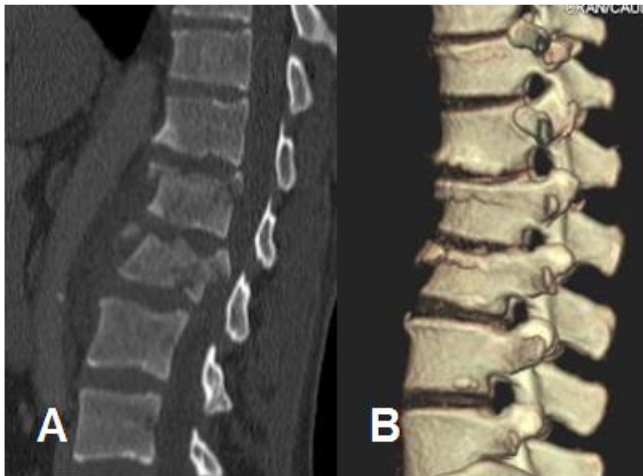
<http://www.quiropraxia1.com/uploads/1/3/5/3/13532395/published/backpain-small.jpg?1488807866>
<https://4.bp.blogspot.com/-PyILXbY0J4/WQtdWYFEGzI/AAAAAAAABv4/sNGhnc0Hps9WHRZbk9NllyymbUMqxyzgCLcB/s640/espalda-dolor.jpg>

Múltiples estudios (3) coinciden en que:

- ☞ De cada 10 personas con dolor lumbar, a 8 o 9 de ellas **no se les encuentra la causa** del dolor lumbar y es inespecífico y en una de ellas es de causa secundaria.
 - Dentro de las causas secundarias tenemos que:
 - Menos del 1 % tendrán una causa grave, es decir, por cada 100 pacientes con dolor lumbar 1 o menos tendrán una causa grave como:
 - Cauda equina.
 - Metástasis por cáncer.
 - Infección de la columna espinal (espondilodiscitis) (4)
 - De cada 100 personas entre 1 y 2 presentarán dolor lumbar con características de dolor tipo ciático.

¿Sabía usted?

Que en los pacientes con dolor lumbar a quienes se les tomó imágenes tipo tomografía de columna, resonancia de columna o mielografía se encontró que:

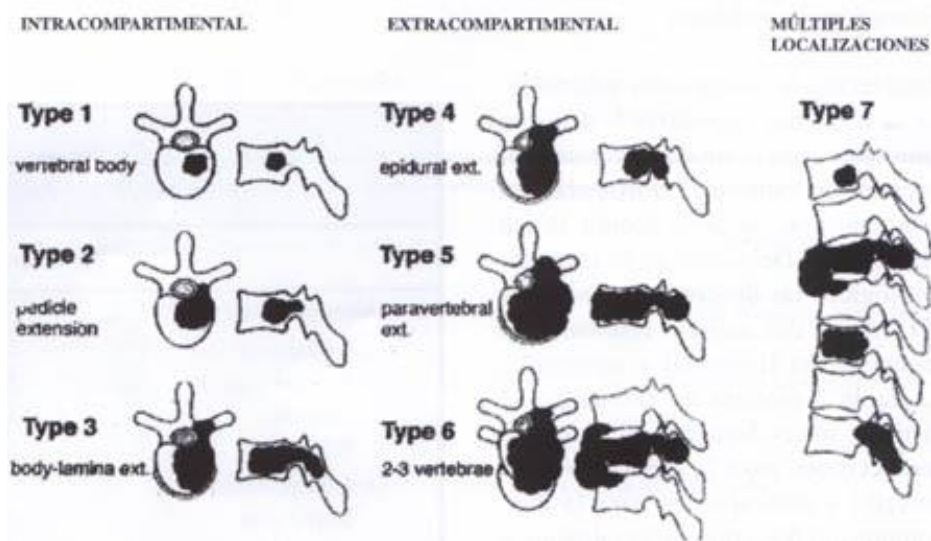


- ☞ 1 de cada 10 pacientes a quienes se les encontró en las imágenes una hernia discal eran pacientes sanos.
- ☞ Solo a 2 de cada 100 personas se les encontró hernia discal.
- ☞ A 4 de cada 100 se les encontró fractura por compresión.
- ☞ 3 de cada 100 personas tenían espondilolistesis.
- ☞ Menos del 1 % presentaban metástasis o carcinomas primarios.
- ☞ 1 de cada 10 000 presentaron espondilodiscitis.
- ☞ 7 de cada 10 000 presentaron espondilitis anquilosante (5).

<http://osteomuscular.com/COLUMNA/IMAGENES/columnaimagen14.png>



¿Cuál es el origen de las metástasis a columna lumbar?



https://www.clinicalsciences.com/area_academica/Revista_Medica_Julio_2001/foto02.JPG

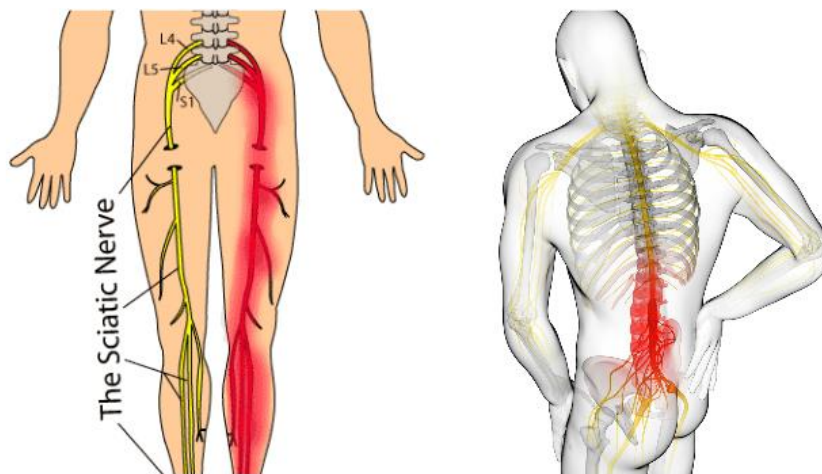
El cáncer de seno, de pulmón y de próstata son causa de la metástasis en la columna lumbar (5).

El enfoque

La historia clínica es el arma más importante para enfrentar el dolor lumbar, ya que como hemos visto, de cada 10 pacientes con dolor lumbar, entre 8 y 9 de ellos no tiene causa específica. De lo anterior encontramos que las causas secundarias son las que menos se presentan y menos aún las enfermedades más graves.

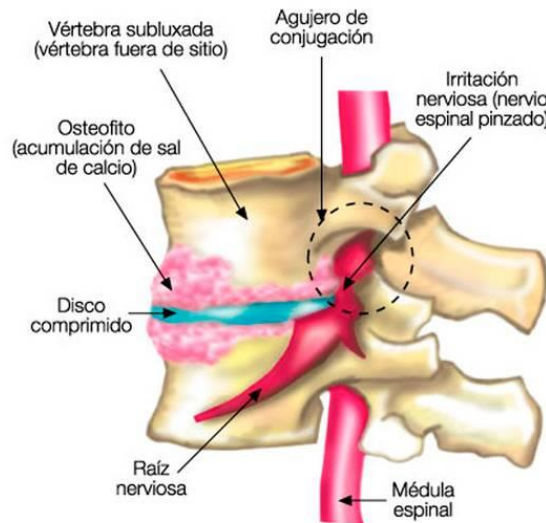
Conocer lo menos frecuente para poder estar seguro de lo más prevalente

Entendido lo anterior identificaremos los siguientes puntos para identificar las causas secundarias (que repito son las menos frecuentes):



<http://saludespalda.com/wp-content/uploads/2016/02/ciatica.png>

Si el paciente refiere dolor lumbar que se irradia a región glútea, cara posterior del muslo, cara posterior de la pierna y llega hasta el pie con hiporeflexia asociada, la posibilidad de que tenga una ciática por hernia discal es del 98 %.



<http://quiopraccticabarcelona.com/typo3temp/pics/22839af940.jpg>

- De las hernias discales diagnosticadas, el 98 % corresponden a la columna lumbar y, más exactamente, de L4 a L5 y de L5 a S1, por lo que es muy importante conocer los dermatomas del miembro inferior, saber tomar adecuadamente los reflejos rotuliano y aquiliano, realizar la maniobra para evaluar la fuerza de los músculos dorsiflexores del pie y, explorar adecuadamente el signo de lasague y signo de lasague cruzado e interpretarlos bien ya que su presencia se asocia en el 95 % de los casos con la compresión del nervio ciático.
- Si el paciente tiene dolor lumbar y tiene infección urinaria o infección en la piel y, sumado a eso, tiene historia de abuso de drogas endovenosas, la posibilidad de una osteomielitis de columna es del 40 %.

TKI

Estenosis

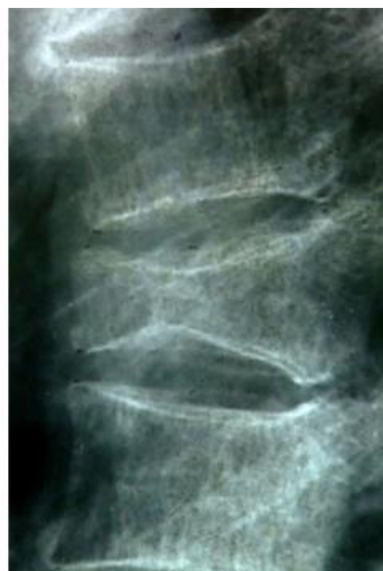
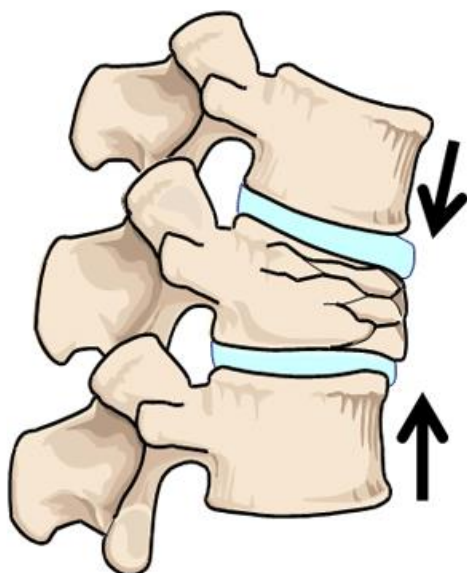
- ✓ Dolor en las piernas y síntomas neurológicos exacerbados al andar (Ghad, 2007)
- ✓ Pérdida sensorial, pobre equilibrio, y debilidad muscular en los glúteos y piernas (Tomkins-Lane et al, 2012)
- ✓ Síntomas generalmente intermitentes y dependientes de la postura, aparecen cuando se está de pie y en la extensión lumbar, mejorando al caminar. Se calman durante el reposo o sentados (Ghad, 2007)

1º Conocer las características de la situación

2º Empezar a entrenar

<https://powerexplosive.com/wp-content/uploads/2016/11/LUMBAR-estenosis-262x197@2x.jpg>

- Si presenta dolor lumbar, es mayor de 50 años y presenta como síntoma pseudoclaudicación, la posibilidad de estenosis del canal medular es del 90 %.
- Si tiene más de 50 años más historia de cáncer o pérdida inexplicada de peso asociado a dolor lumbar que no cede ni mejora con el reposo en cama, la posibilidad de una metástasis es del 97 %



<http://cde.3.depor.pe/ima/0/0/1/3>

- Si un paciente tiene 50 años o más y factores de riesgo para osteoporosis como medicamentos, menopausia la posibilidad de una fractura es del 80 %.

Corolario

Así las cosas, ¿a qué pacientes debo tomarles una imagen, sea radiografía, tomografía o resonancia nuclear magnética?

Lo racional es enfatizar en la importancia de una buena historia clínica, es decir, en donde se indague por ansiedad, depresión, angustias, insomnio, síntomas neurovegetativos, disminución del apetito y, además, por funcionalidad familiar.

Claro, el examen físico permite descartar buena parte de aquello más grave, pero menos frecuente. Como se observa, tal vez pedir esos exámenes paraclínicos como primera

opción no sea lo más racional y solo estaría indicado cuando se encuentran manifestaciones neurológicas en esa primera consulta (3).

Explicarle al paciente y comprometerse con un seguimiento resulta racional y lógico. Usar recomendaciones para aliviar el dolor a través de ejercicios o medidas locales sin duda es el primer enfoque terapéutico, tal vez combinado con el uso adecuado de los analgésicos; pero, poder acompañarlo en su evolución, resulta clave para poder comprobar lo adecuado del enfoque.

Referencias

- (1) Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F et al. A Systematic Review of the Global Prevalence of Low Back Pain. *Arthritis Rheum.* 2012; 64(6): 2028-37. doi: 10.1002/art.34347.
- (2) RA Deyo, Tsui-Wu YJ. Epidemiology Descriptive of Low Back Pain and Medical Care Related to the United States. *Spine (Phila Pa 1976).* 1987; 12(3): 264-8.
- (3) Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P Et al. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007; 147(7): 478-91.
- (4) Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What Can the History and Physical Examination Tell Us About Low Back Pain? *JAMA.* 1992;268(6): 760-765. doi:10.1001/jama.1992.03490060092030
- (5) Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What Can the History and Physical Examination Tell Us About Low Back Pain? *JAMA* 1992; 268: 760.



UN LLAMADO AL ABORDAJE DEL DOLOR CON PIEDAD

Víctor Hugo Forero S.^{****}

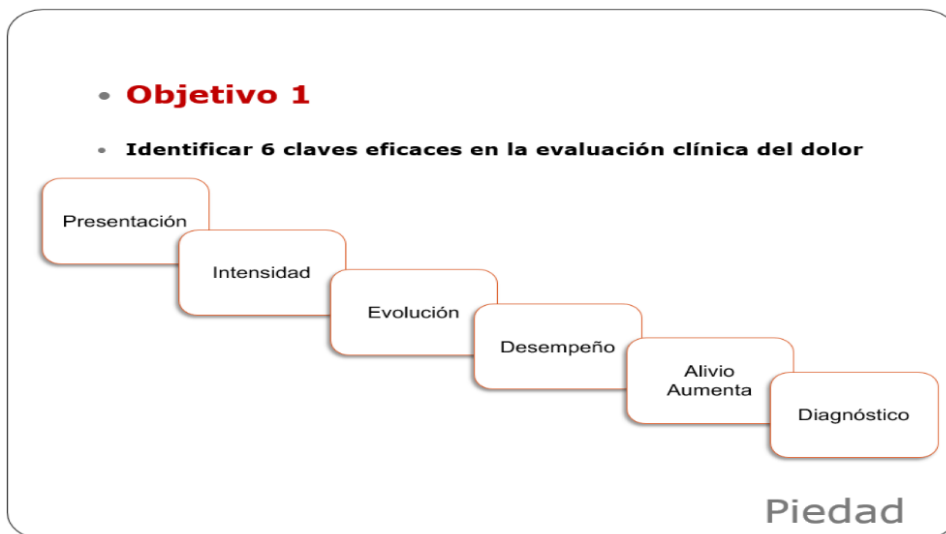


Sin duda una de las intervenciones que más reclaman los pacientes hospitalizados es aquella que va dirigida a aliviar el dolor. El presente documento pretende dar algunas pautas propuestas por el doctor Víctor Hugo Forero en una excelente revisión que hizo acerca del tema para la Clínica Juan N. Corpas. A continuación, y con su permiso, trataremos de hacer una presentación diferente, que permita a nuestros lectores, pero en especial a nuestros estudiantes, enfrentar tal situación con más humanidad. El anhelo y la propuesta es que quienes lean este documento estén dispuestos a imponerse el lema de "Aliviar el dolor con piedad". Como siempre, le hemos incorporado unas imágenes alusivas que creemos ayudan a consolidar los mensajes que pretendemos transmitir.

Un reconocimiento al doctor Forero por su esfuerzo de darnos pautas para ofrecerles más a los pacientes en nuestra clínica.

Bienvenidos y esperamos que esta revisión le aporte a su ejercicio médico.
Editor

ALIVIAR EL DOLOR CON PIEDAD



Me dueles (Fragmento)

... "Levántame. De entre tus pies levántame,
del suelo, de la sombra que pisas,
del rincón de tu cuarto que nunca ves en sueños.
Levántame. Porque he caído de tus manos y quiero vivir, vivir, vivir".

Jaime Sabines

**** MD. Familiar Integral. Magíster Epidemiología Clínica. Profesor Titular FUJNC - victor.forero@juanncorpas.edu.co



Recordar



<http://www.italyart.com/wp-content/uploads/la-pieta-michelangelo.jpg>

El dolor se constituye en la primera causa de consulta en los servicios de salud ambulatorios (incluyendo los servicios de urgencias) y es la manifestación más prevalente de los pacientes en los ambientes hospitalarios.

Un llamado a no olvidar

No obstante, pese a los evidentes avances en el campo de la Medicina, el tratamiento del dolor continúa siendo un asunto cuya injustificada variabilidad requiere ser reducida, propendiendo por una mayor efectividad con reducción de efectos secundarios, mediante la revisión y la actualización, así como con el seguimiento de las actitudes y las prácticas de los profesionales de la salud.

Definición

Para los efectos del presente documento se adapta la definición de dolor, según lo establecido por la International Association for the Study of Pain (IASP), como la sensación o experiencia emocional de incomodidad asociada con real o potencial daño tisular (1).

Es necesario precisar que la incapacidad para expresar verbalmente la existencia de dolor no excluye su experimentación.

Dolor agudo

El dolor agudo (objeto de este documento) es de reciente comienzo; por lo general, su duración es predecible y tiene un final en el tiempo. Usualmente, se identifica su causa en una injuria (incluye el trauma quirúrgico) o en una enfermedad transitoria (2).

En el fenómeno doloroso se describen cuatro instancias principales (3, 4, 5):

1 Transducción	2 Transmisión	3 Modulación	4 Percepción
Las terminaciones aferentes transformando el estímulo (ejemplo un pinchazo) en impulsos nociceptivos.	Los estímulos nociceptivos se trasladan por el cuerno dorsal de la médula espinal y las vías sensitivas hacia el cerebro.	El estímulo se modifica y modula en señales neuroendocrinas en doble vía. Del sitio de estímulo inicial al sistema nervioso y viceversa.	Los fenómenos precedentes se convierten en la sensación dolorosa y el espectro que la acompaña: ansiedad, limitación funcional, etc.



Evaluación clínica integral



http://www.noticiasgalicia.com/media/k2/items/cache/3cf47d7a3385b162ef8c3f32f2bcd77_XL.jpg

La evaluación clínica del dolor agudo implica un rápido y dinámico enfoque integral (biopsicosocial) con el objeto de establecer un plan de intervención y seguimiento **que se extienda más allá de la prescripción aislada** de una medida analgésica farmacológica. Es fundamental garantizar un modelo de atención integral que proporcione al **paciente y a su familia el máximo alivio físico y emocional**, en el menor tiempo posible, en forma sostenida, con mínimos efectos secundarios y sin olvidar el contexto general en el que se presenta y evoluciona el dolor.

Por ello...

Involucrar al paciente y a su familia en el tratamiento del dolor es condición necesaria dentro del modelo de atención integral; por lo tanto, indagar por las expectativas y eventuales preferencias que el paciente tenga respecto al manejo del dolor y proporcionar información de manera clara y suficiente, hacen parte esencial de la evaluación clínica del dolor.

Tener en cuenta quién padece de dolor

El concepto de diagnóstico de dolor con base en sus factores condicionantes ha sido promovido por varios autores con el objeto de orientar una terapéutica efectiva (6). Así es que al atender a una persona con dolor agudo es necesario tener presentes, como mínimo, los componentes:

- Psicológicos: es diferente en cada persona.
- Neurofisiológicos.
- Etiológicos.



<https://goo.gl/vCPC2p>

El dolor es una experiencia individual modulada por múltiples factores que van desde las experiencias previas con el síntoma, pasan por los constructos y las ideas que tiene una persona sobre su enfermedad, e involucran la cultura de una sociedad. Bajo la perspectiva de algunos autores (7) sobre el modelo biopsicosocial de la enfermedad y la experiencia del dolor, los factores mencionados interactúan en una dinámica que imprime diferencias entre los individuos y en un mismo individuo. No obstante, requerir de un marco general, y en lo posible estandarizado para el tratamiento del dolor, es necesario para definir una pauta terapéutica apropiada a cada persona y circunstancia (8).



LO NEUROFISIOLÓGICO Y LO ETIOLÓGICO: TIPOS DE DOLOR

→ Dolor somático

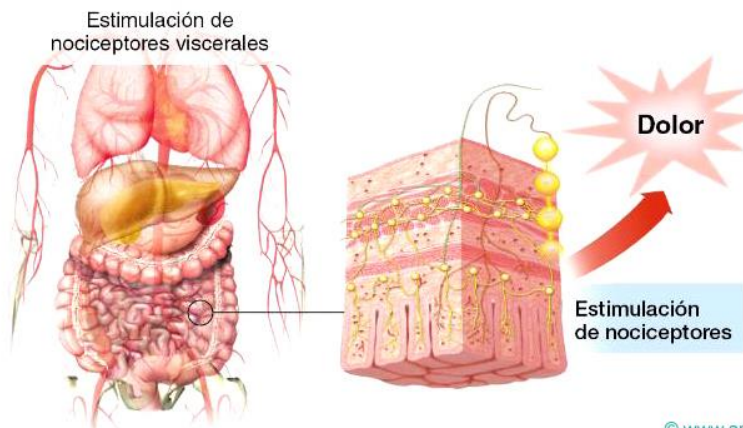


© www.arydol.es

<http://www.arydol.es/images/dolor/intenso/01.jpg>

El dolor de origen somático resulta de la injuria o daño a un tejido, causando liberación de transmisores químicos que median respuestas de tipo inflamatorio. Este dolor, típicamente, es de aparición súbita, bien localizado y se describe como intenso, punzante o pulsátil. Por tener origen en terminales nerviosas específicas, es usualmente localizado por el paciente.

→ Dolor visceral



© www.arydol.es

<http://www.arydol.es/images/dolor/intenso/02.jpg>

Los nociceptores viscerales son reducidos en número y, al ser estimulados, generan un dolor poco localizado, difuso y con características mal definidas. Por otra parte, el dolor visceral puede ser referido a un área distante del lugar de injuria primaria. Las causas de dolor visceral incluyen isquemia, necrosis, inflamación y distensión de un órgano hueco.

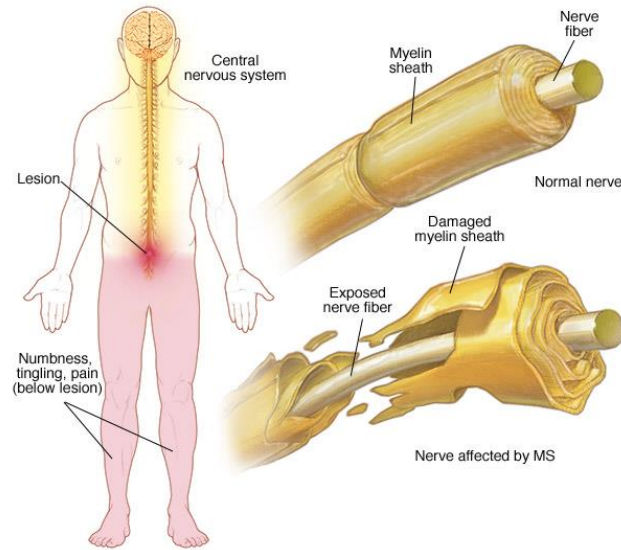
Tener en cuenta

La caracterización clínica del dolor somático está fuertemente influenciada por la manera en que se integran las fibras aferentes viscerales y su discurrir junto a las fibras autonómicas. Es así como las contracciones rítmicas del músculo liso pueden resultar en una molestia visceral; las contracciones reflejas del

músculo esquelético abdominal, producto de un peritoneo inflamado, producen un abdomen rígido y doloroso. Igualmente sucede con las fibras aferentes torácicas y abdominales que viajan con las fibras del sistema nervioso simpático; las fibras esofágicas y faríngeas viajan con las fibras aferentes vagales y glossofaríngeas y las fibras de las estructuras perineales profundas viajan con las parasimpáticas de la región sacra.

Cabe esperar entonces que un dolor visceral esté muy frecuentemente asociado a la presencia de signos y/o a síntomas autonómicos tales como náusea, vómito, hipotensión, bradicardia, sudoración, entre otros.

→ Dolor neuropático



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.
<https://goo.gl/ZVXUEg>

Resulta del daño a una estructura nerviosa con el consecuente proceso aberrante en el sistema nervioso periférico y/o central.

El origen neuropático del dolor se debe sospechar cuando hay otras características asociadas como las disestesias, la sensación de quemadura o electricizante (descarga).

Con frecuencia se hace evidente hiperalgesia^{§§§§} o hiperpatía^{****}. En el dolor neuropático, los síntomas inicialmente se experimentan distales al sitio de la lesión, mientras que en el dolor nociceptivo, los síntomas son iniciados aparentemente del sitio de la lesión. Por lo regular, el síntoma neuropático es de naturaleza paroxística y puede no encontrarse un claro factor desencadenante.

EL DEBER MÉDICO



http://www.medicapacientes.com/sites/default/files/eyeweb/2016_medicapacientes/medicapacientes/55200123FC7ba-FC8BCEw

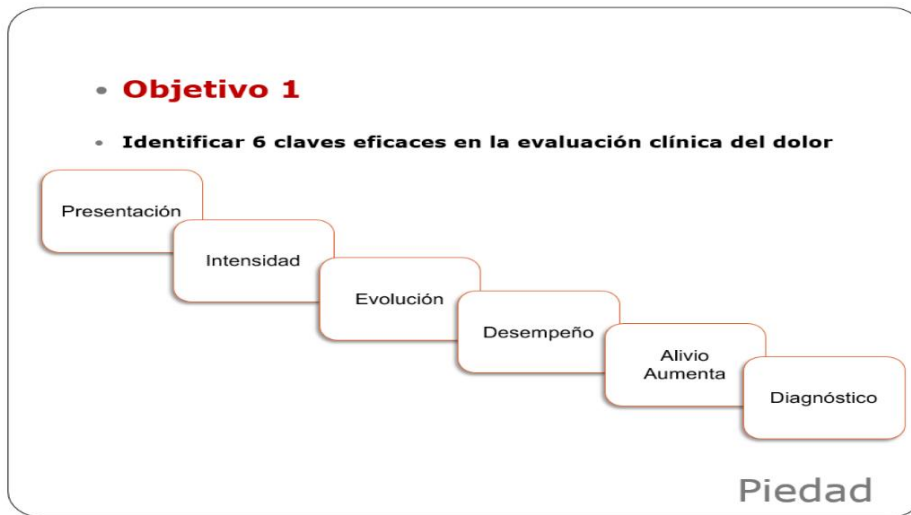
El esmero con el que el profesional realice la distinción e identificación del tipo de dolor representa un valioso recurso para la implementación de una intervención exitosa.

§§§§ Hiperalgesia: respuesta dolorosa exagerada a un estímulo.

**** Hiperpatía: respuesta dolorosa ante un estímulo que usualmente no genera dolor.



El enfoque del abordaje del dolor está basado en el acrónimo de la piedad:



Intensidad del dolor

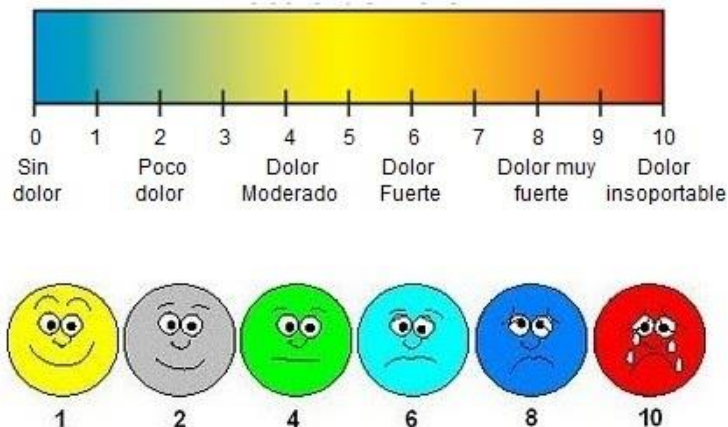
Es deseable encontrar una herramienta para la medición objetiva del dolor. Para lograr esto se ha intentado construir y apoyar la determinación de la intensidad del dolor mediante pruebas de diverso orden, por ejemplo, los mediadores y

derivados de la respuesta al estrés (cortisol plasmático). Aun así, actualmente no es posible señalar alguna herramienta que tenga suficiente poder discriminatorio entre la intensidad del dolor físico y la ansiedad que lo acompaña.

De las escalas

Hay disponibles escalas para la evaluación de la intensidad del dolor o el grado de alivio que proporcionan las intervenciones terapéuticas.

Escalas de dolor



<https://goo.gl/x5mKv8>



→ Escalas categóricas

Las escalas categóricas, como la *verbal descriptor scale* (VDS), acuden a palabras para describir el grado de dolor como también sirven para identificar el nivel de alivio (ninguno, medio, moderado o severo). Se ha comprobado una buena correlación entre las escalas categóricas verbales y la escala visual análoga, pero esta última, aporta mayor sensibilidad que la primera (9, 10).

→ Escalas numéricas

Las escalas numéricas están construidas de tal manera que operan partiendo de 0 como "no hay dolor" hasta 10 como el "máximo nivel de dolor imaginable". Por lo general se ha propuesto el nivel (umbral) 4 -dolor moderado- y superior para guiar las intervenciones terapéuticas. De otra parte, se puede identificar en forma inversa el nivel de alivio logrado por una intervención (0 ningún alivio y 10 el completo alivio) (11).

→ Valoración multidimensional

Además de la identificación de un nivel de dolor o alivio, las escalas multidimensionales, como el cuestionario abreviado de dolor o el cuestionario para **evaluación de dolor de McGill**, permiten establecer otras características que, en ciertas circunstancias, adquieren importancia para los pacientes y pueden ser de utilidad para orientar la manera de intervenir para aliviar el dolor.

TRATAMIENTO

A. Medicamentos

En torno al uso de medicamentos

Recordar el concepto del NNT (**N**úmero **N**ecesario de casos a **T**ratar) o, lo que es lo mismo, que no a todos los pacientes un medicamento les produce el efecto deseado. Esto explica por qué una prescripción en torno a su respuesta, puede variar de un paciente a otro a pesar de tener una misma situación clínica.

Además...

Es muy importante no olvidar que todo medicamento administrado es susceptible de ocasionar efectos adversos. Por ende, el acto médico de la prescripción implica hacer un balance entre el beneficio esperado y el daño potencial. Los analgésicos no están exentos de este análisis necesario.

A continuación (lista no exhaustiva ni excluyente) se relacionan los medicamentos disponibles en nuestra Institución haciendo énfasis en aspectos relevantes de efectividad y efectos secundarios.

→ Acetaminofén

Efectividad

El número necesario de pacientes a tratar para reducir en un 50 % el dolor en un postoperatorio con acetaminofén se ha identificado en estudios de buena calidad. Nivel de evidencia I (12).

Para 325 miligramos de acetaminofén el número necesario de pacientes a tratar es de 3,8 (2,2 a 13,3). Es decir, que, para lograr el alivio de dolor, de al menos un 50 % por 4 a 6 horas, con una dosis de acetaminofén de 325 miligramos es necesario tratar en promedio a 4 pacientes. En el mejor de los casos, habrá respuesta luego de haber tratado a 2 sujetos y, en el peor escenario, sería necesario tratar a 14 pacientes antes de lograr el alivio en un paciente.





Acetaminofén (miligramos)	Número necesario de pacientes a tratar
500	3,5 (2,7 a 4,8)
600	4,6 (3,9 a 5,5)
100	3,8 (3,4 a 4,4)
1500	3,7 (2,3 a 9,5)

Otra revisión -Moore, Collins, McQuay y Edwards- demuestra que una dosis de 100 mg de paracetamol arroja un número necesario de pacientes a tratar de 4,6 para lograr, al menos, 50 % de alivio del dolor. Lo cual puede traducirse como que 1 de cada 5 pacientes con dolor de intensidad moderada (4 en la escala numérica) a severa obtendrá por lo menos un 50 % del alivio del dolor máximo posible (13).

Además...

La combinación de acetaminofén y antiinflamatorios no esteroideos ha demostrado superioridad con respecto al acetaminofén solo. Nivel de evidencia I.

Pero...

Por otra parte, no ha podido demostrarse superioridad neta de los antiinflamatorios no esteroideos solos en comparación con el acetaminofén solo y la evidencia disponible es de significancia clínica incierta (14, 15).

Efectos adversos

Tiene pocos **efectos adversos**, incluso menores que los presentados por la utilización de antiinflamatorios no esteroideos; de hecho, puede ser utilizado en presencia de contraindicaciones para estos últimos. Debe tenerse precaución en su tiempo de utilización cuando se trata de pacientes con enfermedad hepática severa activa, alcoholismo y deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.

→ **Antiinflamatorios no esteroideos**



<http://foromed.com/wp-content/uploads/2017/09/aínes.jpg>

Efectividad

Este grupo de medicamentos tiene efectos analgésicos y antipiréticos de comprobada eficacia, pero, dado que **de manera temprana se presentan efectos adversos**, su utilización plantea dificultades en tratamiento de dolor a grupos especiales de pacientes.

Dosis únicas de antiinflamatorios no esteroideos son efectivas en el tratamiento de dolor postoperatorio no severo (16, 17), dolor lumbar (18) y cólico renal (19).

Efectos adversos

La principal preocupación está relacionada con el **potencial efecto adverso a la función renal**, su interferencia con la **actividad plaquetaria**, desarrollo o **reactivación de úlcera péptica** y **broncoespasmo** (especialmente en pacientes con antecedente de alergia a ASA).

Relación entre tiempo y efectos adversos

Los efectos adversos son más comunes cuando su utilización se hace por largos períodos y ha sido demostrado que en personas de edad avanzada estos efectos secundarios son tanto más probables como potencialmente más severos (21).

→ Inhibidores selectivos de la ciclo-oxigenasa-2 (Cox-2 inhibidores)



FARMACODINAMIA

Los inhibidores de la ciclooxigenasa 2 (COX-2), también llamados **coxib**, son antiinflamatorios no esteroideos (AINE) tan eficaces como el ácido acetilsalicílico, pero con menores efectos secundarios.

Los inhibidores de la COX-2 se desarrollaron en un intento de inhibir la ciclooxigenasa 2 y con ella la síntesis de prostaciclina sin que tuviese efecto sobre la acción de la ciclooxigenasa 1 que se encuentra en el tracto gastrointestinal, riñones y plaquetas

Se unen de manera selectiva a los sitios de las cox2 y bloquean con mayor eficacia la cox1

<https://img2-2-f.scribdassets.com/img/document/313104074/original/5be404b683/1507320309>

Efectividad

Este grupo de medicamentos presenta **efectividad similar a la observada con los antiinflamatorios no esteroideos** (22). El número de pacientes necesarios a tratar para lograr el alivio deseado es similar entre los dos grupos de medicamentos y comparten la propiedad de reducir las necesidades de opiáceos (ver tabla de medicamentos son su *número necesario de pacientes a tratar en la página 66*).

No se ha demostrado de manera contundente superioridad al administrarlos en el preoperatorio en comparación con grupos a los que se les administra en el postoperatorio inmediato, al menos para cirugía gastrointestinal y ortopédica (23, 24).

Efectos adversos

Los efectos no deseados son similares a los descritos para los antiinflamatorios no esteroideos, excepto porque los inhibidores cox-2 no afectan la función

plaquetaria y se han asociado a un menor sangrado postoperatorio que cuando se utilizan los no esteroideos (25).

En dos revisiones sistemáticas, una realizada por Hernández y colaboradores (casos y controles) y otra de cohortes de McGettigan, se demostró que en las dosis recomendadas no hay incremento del riesgo cardiovascular al utilizar celecoxib, pero sí se encontró aumentado en quienes se administró rofecoxib y diclofenac (26, 27).

En general, los inhibidores selectivos de la ciclo-oxigenasa 2 presentan un perfil de efectos secundarios más bajo y de menor severidad en comparación con los antiinflamatorios no esteroideos.

→ Opioides



<https://goo.gl/ysG3sZ>

Efectividad

Este grupo de medicamentos sigue constituyéndose en pilar para el tratamiento del dolor agudo moderado y severo.

Cuando **un dolor no se controla** adecuadamente con un medicamento determinado o cuando se presume que el dolor será moderado o severo, una dosis apropiada de opioide debe ser prescrita.

Cuando un paciente tiene dolor leve a moderado y hay contraindicaciones para un antiinflamatorio no esteroideo, se debe considerar la administración de un opioide.

El género, la edad, los medicamentos administrados, los factores psicológicos y, naturalmente, la condición clínica de base en un paciente son determinantes en la dosificación de los opioides.

La edad

Entre los factores mencionados, es la edad, incluso más que el peso del paciente, uno de los más influyentes para la prescripción de un opioide. **A mayor edad, hay menor requerimiento** de opioide y esto es debido en gran medida a los cambios farmacodinámicos y de penetración cerebral más que a las características farmacocinéticas (28). Bajo estas consideraciones resulta de mucha importancia tener presente que, para lograr analgesia efectiva con menores requerimientos de opioides, **la asociación con acetaminofén es una medida de comprobada eficacia** (29).

Combinados

La utilización combinada de los antiinflamatorios no esteroideos con opiáceos después de cirugía

proporciona mejor analgesia reduciendo además las necesidades de estos últimos. De tal manera que su combinación hace parte integral de la analgesia multimodal en postoperatorios de cirugía torácica (20).

Efectos adversos

Los efectos adversos más comunes de los opioides son la sedación, náusea, vómito, alteración del tránsito gastrointestinal y retención urinaria. Estos efectos adversos son clínicamente significativos en relación a las dosis administradas y se ha identificado, para la morfina, por ejemplo, un riesgo incrementado de 0,9 % para náusea y de 0,3 % para vómito por cada 1 miligramo adicional a la dosis calculada inicialmente (30).

En pacientes colecistectomizados por laparoscopia, una vez alcanzados los umbrales de dosis recomendadas, un incremento de 3 a 4 miligramos de morfina se asoció con un día adicional de estancia atribuible a los efectos secundarios (31).

La depresión respiratoria, uno de los más serios efectos adversos atribuibles a los opioides, requiere anticipación y máximo nivel de alerta cuando se administran. La identificación de la depresión respiratoria deberá apoyarse en varios indicadores (evaluación conjunta-combinada), ente ellos, la frecuencia respiratoria, la sedación, el estado de conciencia, la PCO2, saturación de oxígeno, etc.

El efecto de los opioides sobre las funciones cognitivas ha sido ampliamente estudiado y se describe que no existe diferencia clínicamente significativa en las tasas de confusión mental al comparar morfina y fentanil (32).

→ Anticonvulsivantes



<https://goo.gl/FHbebm>
<https://goo.gl/wFesvV>

Efectividad

Aún no se puede atribuir un mecanismo claramente identificado para el efecto analgésico de los medicamentos anticonvulsivantes. Se han postulado, entre otras, teorías relacionadas con prolongación de la inhibición del ácido gammaaminobutírico y efecto estabilizador sobre la membrana celular de las células nerviosas (33).



Gabapentinoides (Gabapentina/pregabalina)

<https://goo.gl/4B55Mn>

La revisión sistemática para evaluar la efectividad de gabapentina de Wiffen, McQuay y Edwards, ha permitido calcular un número necesario de pacientes a tratar de 4,3 (IC95 % 3,4-5,7) para el alivio del dolor neuropático. El número necesario de pacientes a tratar para **neuropatía diabética** identificado es de 2,9 (IC95 % 2,2-4,3) y, para **neuralgia post-herpética**, el número necesario de pacientes a tratar de 3,9 (IC95 % 3,0-5,7) (34).

La pregabalina es efectiva en el tratamiento de dolor en neuropatía diabética con un número necesario de pacientes a tratar de 3,4.

Igualmente se ha identificado su efecto benéfico para aliviar dolor secundario a lesiones espinales (35).

Administración de medicamentos analgésicos

La elección del analgésico, la vía de administración, las dosis y frecuencia están determinadas por un conjunto de factores (el paciente y sus preferencias, su condición clínica de base, el tipo de dolor, la intensidad, localización, duración, grado

de limitación funcional, etc.), de tal manera que, para lograr efectividad de una u otra medida, o del conjunto de varias de ellas, se precisa de la **individualización terapéutica**.

La ausencia de individualización terapéutica y de flexibilidad en la prescripción conlleva a intervenciones fallidas, se aumentan los desenlaces no deseados y se incrementan los costos.

Vía oral



<http://cirutips.com/wp-content/uploads/2014/12/aspirinacontracancer.jpg>

Hechas las consideraciones relativas a las variaciones en la biodisponibilidad, influidas por las formas farmacéuticas (tabletas, cápsulas, suspensiones, presentaciones de liberación lenta, etc.) y la farmacodinamia, **la vía oral es más natural, expedita, no invasiva y preferida** por la mayor parte de las personas; además, es efectiva. A menos de que exista contraindicación, es la vía de elección.

Una excepción son los pacientes con cólico renal por litiasis, donde la vía parenteral pareciese ser mejor (36).

Por otra parte, la vía parenteral resulta, en la mayoría de las circunstancias e instituciones, más costosa que la vía oral. Sin desconocer que el efecto, para la mayoría de los analgésicos, se logra más rápido por vía parenteral que por otras vías.

Vía no oral

La vía subcutánea, venosa e intramuscular es comúnmente utilizada para suministrar analgésicos en dolor agudo moderado a severo. Esta recomendación no aplica para los casos en los cuales la intensidad de dolor sea inferior a 4 y la limitación funcional sea mínima.

B. Intervención psicológica

Las intervenciones psicológicas en el tratamiento del dolor pueden agruparse en cuatro tipos:



<https://goo.gl/VesEvn>

- Provisión de información (procedimental y/o sensorial).
- Reducción del estrés/ansiedad/tensión.
- Estrategias de distracción-atención.
- Intervenciones cognitivas-comportamentales.

→ **Provisión de información**

Comunicar una síntesis del procedimiento (panorama previsto). Mediante información preparatoria dada al paciente y a su familia se han identificado mejores resultados en procedimientos quirúrgicos con mayor control de dolor, menor requerimiento de analgesia farmacológica en el postoperatorio, alivio más prolongado e, incluso, tiempos de estancia hospitalaria más cortos (37, 38).

Hablar con el paciente: ¡clave!



http://img.lagaceta.com.ar/fotos/notas/2012/03/25/482836_20120325093902.jpg

Por otra parte, hay trabajos de buena calidad que han demostrado que, gracias a una apropiada descripción de la posible sensación que se espera experimente un paciente, se reduce la intensidad del dolor reportado en comparación con aquellos en quienes no se les ha informado nada (39).

Reducción del estrés/ansiedad/tensión

La evidencia disponible no es de la calidad deseada para recomendar de manera sistemática diferentes técnicas que persiguen relajación y reducción de ansiedad. No obstante, hay trabajos en los que se identifica el beneficio en grupos específicos de pacientes con dolor agudo o agudización del mismo por un cáncer subyacente (40).

Estrategias de atención (distractoras)

Una amplia variedad de técnicas ha sido evaluada en búsqueda de un efecto benéfico para el control y alivio del dolor. Desde la meditación, visualización de imágenes (fotos, videos, palabras, símbolos, etc.), pasando por la música hasta la idealización de escenarios y exposición a olores. Estos estudios

reportan variable magnitud de efecto, no consistente cuando las técnicas se aplican de manera independiente, pero revelando mayor impacto al combinarlas (42, 42, 43).

Intervenciones cognitivas-comportamentales

En síntesis, estas técnicas buscan reforzar pensamientos y comportamientos con potencial benéfico sobre ideas o actitudes que pueden generar impacto negativo o disminuir las respuestas de alivio (ideas anticipatorias y/o magnificadoras de dolor). En estas técnicas el modelo mental del paciente juega un papel primordial, pero también cuenta el comportamiento e influencia de la familia y del equipo de salud (44, 45).

La escala FAS

En la valoración del nivel de dolor y de la efectividad de las intervenciones terapéuticas servirá la escala de actividad funcional (FAS -Functional Activit Scale Score-) (46), la cual permite correlación con la intensidad de dolor.

LIMITACIÓN FUNCIONAL	INTENSIDAD DEL DOLOR
Ninguna	0-3
Moderada	4-6
Significativa	7-10

Escala de actividad funcional (FAS)

Entonces ante un paciente con dolor... ¿qué hacer?



<http://www.ehospital.com/documenta/imagenes/102964/Analgesia-principio-acto-medico-2-GR.jpg>

Lo primero, y más importante, es asistirlo... Acudir al lecho y que él perciba que estamos atentos a su sufrimiento. A ese acompañamiento inmediato debe sumársele primeramente la valoración de las constantes vitales, con el ABC (vía aérea permeable, respiración, circulación).

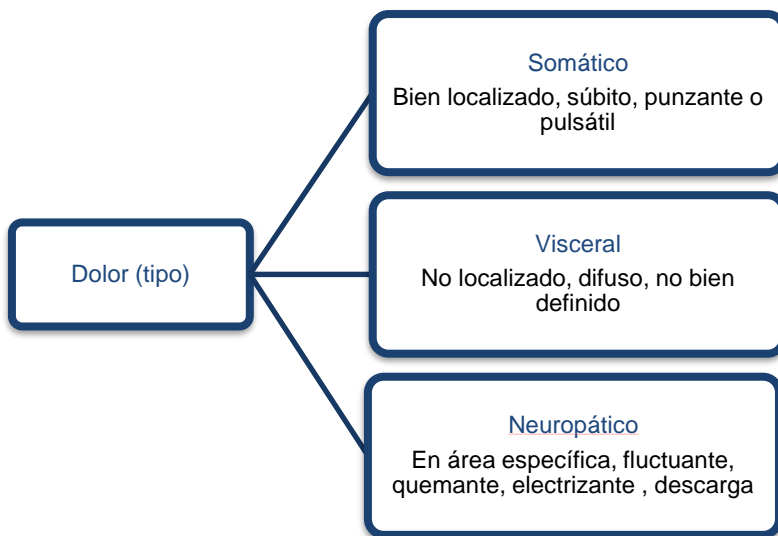


<https://goo.gl/ZzeqNo>

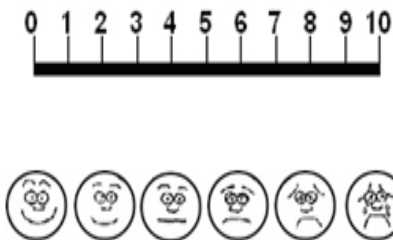
Revisar la historia

Resulta clave poder caracterizar el dolor ya que es determinante para las decisiones terapéuticas derivadas. Entonces:

Por sus características



Intensidad



Muy útil es el uso de una escala visual análoga.



Indagar por...

Presentación: pregunte por las características del dolor, cómo duele y en dónde duele. El objetivo es lograr discriminar si se trata de un dolor somático, visceral o neuropático.

Intensidad: siempre determine la intensidad del dolor (utilice alguna escala). En este paso no se quede únicamente con la cualificación o cuantificación que el paciente pueda referir. Inicie inmediatamente el alivio... confirmando su firme y piadosa compañía para aliviar el dolor.

Evolución: identifique si desde el inicio del dolor hay cambios en la localización, extensión, irradiación o hay otros síntomas asociados.

Desempeño⁺⁺⁺⁺: determine en qué grado o medida el dolor afecta el desempeño cognitivo, emocional y físico.

Alivio o aumento del dolor: identifique factores de alivio o exacerbación del dolor. No omita preguntar por medidas o medicamentos que el paciente utiliza usualmente para aliviar un dolor.

Diagnóstico: no inicie un plan terapéutico hasta asegurar que identificó con máxima claridad las características.

No olvidar que...

Los familiares sufren casi igual que los pacientes, por ende, la presencia del médico resulta clave para decirles a los familiares que estamos atentos y vamos ayudar al doliente. No se limite a dejar con la enfermera una orden de analgesia... ¡Vaya y acompañe a su paciente! Él y la familia se lo agradecerán.

El examen físico

La expresión del paciente con dolor resulta clave para poder identificar posturas defensivas o ansiedad, situaciones que, con la presencia del médico, se alivian al menos en algún grado.

Enfoque terapéutico

Existen dos enfoques que se deben combinar, el farmacológico y el psicológico.

⊗ El farmacológico:

- Acetaminofén.
- Antiinflamatorios no esteroideos.
- Inhibidores de ciclo-oxigenasa 2.
- Opioides.
- Anticonvulsivantes

⊗ El psicológico:

- Provisión de información (procedimental y/o sensorial).
- Reducción del estrés/ansiedad/tensión.
- Estrategias de distracción-atención.
- Intervenciones cognitivas-comportamentales.

Por supuesto que...

Este grupo de posibilidades farmacológicas no deberá limitar al clínico para proponer a sus pacientes otras opciones y herramientas de comprobada eficacia (técnicas de analgesia regional, analgesia controlada por el paciente, entre otras) para el alivio del dolor agudo siempre que dichas opciones procedan bajo estándares de seguridad, efectividad y racionalidad técnico-científica.

Lo que se espera al usar un analgésico

1. Disminuir la intensidad.
2. Permitir que lleve nuevamente su vida lo más cercano a su cotidianidad.
3. Estar pendiente de los potenciales efectos adversos.
4. Identificar barreras que impidan alcanzar el alivio.

⁺⁺⁺⁺ Recuerde que el dolor no es solamente una sensación física. Causa temor, angustia, limita la autonomía, afecta la razón y esto se hace extensivo a la familia. **(No olvide a la familia le duele muchísimo el dolor de su ser querido. Algunas veces duele tanto que nos pone agresivos... o, evasivos).**



Tabla de medicamentos con su número necesario de pacientes a tratar (NNT)

MEDICAMENTO	DOSIS	Número necesario de pacientes a tratar	INTERVALO DE CONFIANZA IC 95%
ACETAMINOFÉN	500 miligramos	3.5	2.3 – 13.3
	1000 miligramos	3.8	3.3 – 4.4
ACETAMINOFÉN + DEXTROPROXIFENO	500 miligramos + 65 miligramos	4.4	3.5 – 5.6
ACETAMINOFÉN + TRAMADOL	500 miligramos + 100 miligramos	2.8	2.1 – 4.4
CELECOXIB	200 miligramos	3.5	2.9 – 4.4
	400 miligramos	2.1	1.8 – 2.5
DICLOFENACO	25 miligramos	2.6	2.2 – 3.3
	50 miligramos	2.7	2.4 – 3.1
	100 miligramos	1.8	1.6 – 2.1
DIPIRONA	1000 miligramos	1.6	1.3 – 2.2
IBUPROFEN	200 miligramos	2.7	2.5 – 2.9
	400 miligramos	2.5	2.4 – 2.7
	600 / 800 miligramos	1.7	1.4 – 2.3
MORFINA	10 miligramos	2.9	2.6 – 3.6
NAPROXENO	500 / 550	2.7	2.3 – 3.3
PIROXICAM	40 miligramos	1.9	1.2 – 4.3
TRAMADOL	50	8.3	6.0 – 13.0
	100	4.8	3.8 – 6.1
	150	2.9	2.4 – 3.6

Los eventos adversos

	ACETAMINOFÉN	ASPIRINA	ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS	COX -2 SELECTIVOS	OPIOIDE
DOLOR ABDOMEN		X	X	X	X
SANGRADO		X	X		
CONSTIPACIÓN			X		X
MAREO					X
BOCA SECA					X
EDEMA		X	X	X	
DOLOR DE CABEZA			X	X	X
CAMBIO ESTADO MENTAL					X
NAUSEA /VÓMITO		X	X	X	X
PRURITO		X	X	X	X
RETENCIÓN URINARIA					X



Niveles de evidencia

Niveles de evidencia (National Health and Medical Research Council (NHMRC), Australia.)	
I	Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados
II	Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados
III-1	Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos (cuasiexperimentales)
III-2	Estudios comparativos con controles concurrentes (cohortes sin asignación aleatoria), o estudios de casos y controles
III-3	Estudios comparativos con controles históricos, estudios de 2 o más brazos independientes.
IV	Estudios de series de casos.

Los niveles de evidencia utilizados para las recomendaciones están en concordancia con lo definido por Nacional Health and Medical Research Council (NHMRC), Australia (47).

Lo que debemos recordar sobre el acetaminofén, los antiinflamatorios no esteroideos y los inhibidores cox 2 selectivos

Acetaminofén

- ✓ El acetaminofén es analgésico efectivo para dolor agudo y sus efectos secundarios son comparables a los producidos por placebo (nivel de evidencia I).
- ✓ El acetaminofén **asociado** a antiinflamatorios no esteroideos incrementa el efecto analgésico comparado con su administración en forma aislada en dosis altas (nivel de evidencia I).

Dipirona (48, 49)

- ✓ Hay dos claras indicaciones de dipirona como analgésico en dolor agudo: migraña y cólico renal (Nivel de evidencia I).
- ✓ La efectividad de los antiinflamatorios no esteroideos para el dolor por cólico renal es semejante a la de la dipirona (nivel de evidencia I).
- ✓ Los antiinflamatorios no esteroideos son efectivos en tratamiento de dolor agudo postoperatorio, dolor lumbar, cólico renal, dismenorrea primaria (nivel de evidencia I).
- ✓ Inhibidores cox 2 selectivos son efectivos en dolor posoperatorio agudo (nivel de evidencia I).
- ✓ Inhibidores cox 2 selectivos pueden ofrecerse a pacientes con enfermedad respiratoria bronco-obstructiva inducida por aspirina (nivel de evidencia I).
- ✓ La efectividad de los antiinflamatorios no esteroideos es similar a la de los inhibidores cox 2 selectivos en el alivio del dolor agudo, sin superioridad de efectos secundarios entre los dos grupos (nivel de evidencia I).
- ✓ Los inhibidores cox 2 selectivos administrados en el preoperatorio reducen las necesidades de opioides para el control de dolor agudo (nivel de evidencia I).

Acerca de los opioides

- ✓ Dextropropoxifeno tiene eficacia analgésica baja (nivel de evidencia I).
- ✓ Tramadol es efectivo en el tratamiento del dolor neuropático (nivel de evidencia I).
- ✓ Gabapentina, antiinflamatorios no esteroideos y ketamina, permiten reducir dosis de opioides disminuyendo además sus efectos secundarios (nivel de evidencia I).
- ✓ Droperidol, dexametasona y ondansetron son igualmente efectivos en prevención de náusea y vómito posoperatorio (nivel de evidencia I).
- ✓ Opioides en dosis elevadas pueden inducir hiperalgesia (nivel de evidencia I).
- ✓ Tramadol tiene menor riesgo de depresión respiratoria y compromete en menor grado la función gastrointestinal comparado con otros opioides a dosis equivalentes (nivel de evidencia I).
- ✓ Evaluar el grado de sedación es más confiable que la disminución de la frecuencia respiratoria para la detección de depresión respiratoria atribuible a opioides (nivel de evidencia III-3).
- ✓ En adultos, la edad más que el peso corporal, es mejor predictor de los requerimientos de opioides (nivel de evidencia IV).

Anticonvulsivantes (50, 51, 52)

- ✓ Gabapentin es efectivo en el tratamiento del dolor neuropático agudo y crónico (nivel de evidencia II).
 - ✓ Gabapentin reduce el dolor agudo y los requerimientos de opioides en pacientes con quemaduras (nivel de evidencia III-3).
 - ✓ Gabapentin es efectivo en el tratamiento de neuralgia causada por lesión quirúrgica (nivel de evidencia II).
- ✓ Pregabalina es efectivo para el tratamiento del dolor neuropático crónico asociado a diabetes (nivel de evidencia I).
 - ✓ Lamotrigina no ha mostrado claramente su efectividad en dolor neuropático (nivel de evidencia I).

NOTA: Las recomendaciones consignadas en esta Guía de Práctica Clínica fueron acordadas en consenso no formal, análisis y discusión entre los diferentes profesionales y especialistas involucrados.

Como ve, mucho se puede hacer, pero, lo primero, siempre será acudir y acompañar al paciente.

REFERENCIAS

- (1) Merskey H. Pain Terms: A List with Definitions and Notes on Usage. Recommended by the Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1979; 6: 249-52.
- (2) Merskey H. Logic, Truth and Language in Concepts of Pain. *Qual Life Res.* 1994; (Suppl 1): S 69-76.
- (3) Fields HL, Basbaum AI. Central Nervous System Mechanisms of Pain Modulation. In: Wall PD, Melzack R, eds. *Textbook of Pain*. London: Churchill; 2000:309-330.
- (4) Raj PP. Pain Mechanisms. In: Raj PP, ed. *Pain Medicine: A Comprehensive Review*. 1st ed. Missouri: Mosby-Year Book; 1996:12-23.
- (5) Mannion RJ, Woolf CJ. Pain Mechanisms and Management: A Central Perspective. *Clin J Pain.* 2000; 16(Suppl 3): S144-S156.
- (6) Woolf C, Max M Mechanism-based Pain Diagnosis: Issues for Analgesic Drug Development. *Anesthesiology.* 2001; 95: 241-49.
- (7) Turk DC. Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain. In: Gatchel RJ & Turk DC (Eds) *Psychological Approaches to Pain Management* 1995.
- (8) Engel CL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedical Science. *Science* 1997; 129-36.
- (9) Banos JE, Bosch F, Canellas M et al. The Acceptability of Visual Analogue Scales in the Clinical Setting: A Comparison with Verbal Rating Scales in Postoperative Pain. *Methods Find Exp. Clin Pharmacol* 1989; 11: 123-27.
- (10) Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of Visual Analog Scale Ratings and Change Scores: A Reanalysis of Two Clinical Trials of Postoperative Pain. *J Pain.* 2003; 4: 407-14.
- (11) Hartrick CT, Kovan JP, Shapiro S. The Numeric Rating Scale for Clinical Pain Measurement: A Ratio Measure? *Pain Practice.* 2003; 3(4): 310-16.
- (12) Barden J, Edwards J, Moore A Et al. Single Dose Oral Paracetamol (Acetaminophen) for Postoperative Pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* (2004) Issue 1.
- (13) Moore A, Collins S, Carroll D, McQuay H, Edwards J. Dosis únicas de paracetamol (acetaminofén), con y sin codeína, para el dolor postquirúrgico. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2.
- (14) Hyllested M, Jones S, Pedersen JL. Comparative Effect of Paracetamol, NSAIDs or their Combination in Postoperative Pain Management: A Qualitative review. *Br J Anaesth.* 2002; 88(2): 199-214.
- (15) Romsing J, Moiniche S, Dahl JB. Rectal and Parenteral Paracetamol, and Paracetamol in Combination with NSAIDs, for Postoperative Analgesia. *Br J Anaesth.* 2002; 88(2): 215-26.
- (16) Derry C, Derry S, Moore RA et al (2009a). Single Dose Oral Ibuprofen for Acute Postoperative Pain in Adults. *Cochrane Database Syst Rev.* (3): CD001548.
- (17) Derry C, Derry S, Moore RA et al (2009b). Single Dose Oral Naproxen and Naproxen Sodium for Acute Postoperative Pain in Adults. *Cochrane Database Syst Rev.* (1) CD004234.
- (18) Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW et al (2008). Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs for Low Back Pain. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD000396.
- (19) Holdgate A, Pollock T. Systematic Review of the Relative Efficacy of Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs and Opioids in the Treatment of Acute Renal Colic. *BMJ* 2004; 328(7453): 1401.
- (20) Bainbridge D, Cheng DC, Martin JE et al. NSAID-Analgesia, Pain Control and Morbidity in Cardiothoracic Surgery. *Can J Anaesth.* 2006; 53(1): 46-59.
- (21) Juhlin T, Bjorkman S, Hoglund P. Cyclooxygenase Inhibition Causes Marked Impairment of Renal Function in Elderly Subjects Treated with Diuretics and ACE-Inhibitors. *Eur J Heart Fail.* 2005; 7(6): 1049-56.
- (22) Romsing J, Moiniche S. A Systematic Seview of COX-2 Inhibitors Compared with Traditional NSAIDs, or Different COX-2 Inhibitors for Post-Operative Pain. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2004; 48(5): 525-46.
- (23) Lee LH, Irwin MG, Yao TJ et al. Timing of intraoperative Parecoxib Analgesia in Colorectal Surgery. *Acute Pain.* 2008; 10(3-4): 123-30.



- (24) Martínez V, Belbachir A, Jaber A. The Influence of Timing of Administration on the Analgesic Efficacy of Parecoxib in Orthopedic Surgery. *Anesth Analg* 2007; 104(6): 1521-7.
- (25) Hegi TR, Bombeli T, Seifert B. Effect of Rofecoxib on Platelet Aggregation and Blood Loss in Gynaecological and Breast Surgery Compared with Diclofenac. *Br J Anaesth.* 2005; 92(4): 523-31.
- (26) Hernández S, Varas C, García Rodríguez LA. Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs and the Risk of Acute Myocardial Infarction. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2006; 98(3): 266-74.
- (27) McGettigan P, Henry D. Cardiovascular Risk and Inhibition of Cyclooxygenase: A Systematic Review of the Observational Studies of Selective and Nonselective Inhibitors of Cyclooxygenase 2. *JAMA.* 2006; 296(13):1633-44.
- (28) Romsing J, Moiniche S, Dahl JB. Rectal and Parenteral Paracetamol, and Paracetamol in Combination with NSAIDs, for Postoperative Analgesia. *Br J Anaesth.* 2002; 88(2): 215-26.
- (29) Upton RN, Semple TJ, Macintyre PE. Population Pharmacokinetic Modelling of Subcutaneous Morphine in the Elderly. *Acute Pain.* 2006; 8: 109-16.
- (30) Marret E, Kurdi O, Zufferey P. Effects of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs on Patient-controlled Analgesia Morphine Side Effects: Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Anesthesiology.* 2005; 102(6): 1249-60.
- (31) Zhao SZ, Chung F, Hanna DB. Dose-Response Relationship Between Opioid Use and Adverse Effects after Ambulatory Surgery. *J Pain Symptom Manage.* 2004; 28(1): 35-46.
- (32) Herrick IA, Ganapathy S, Komar W. Postoperative Cognitive Impairment in the Elderly. Choice of patient-Controlled Analgesia Opioid. *Anaesthesia.* 1996; 51(4): 356-60.
- (33) Bennett M, Simpson K. Gabapentin in the Treatment of Neuropathic Pain. *Palliative Medicine* 2004; 18:5-11.
- (34) Wiffen PJ, McQuay HJ, Edwards JE. Gabapentin for Acute and Chronic Pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD005452.
- (35) Hurley RW, Lesley MR, Adams MC. Pregabalin as a Treatment for Painful Diabetic Peripheral Neuropathy: A Meta-Analysis. *Reg Anesth Pain Med.* 2008; 33(5): 389-94.
- (36) Tramèr MR, Williams JE, Carroll D. Comparing Analgesic Efficacy of Non-Steroidal Anti-inflammatory drugs given by different routes in acute and chronic pain: a qualitative systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1998; 42(1): 71-9.
- (37) Johnston M, Vogeles C. Benefits of Psychological Preparation for Surgery: A Meta-Analysis. *Annals of Behavioral Medicine.* 1993; 15: 245-56.
- (38) Macintyre PE, Schug SA. *Acute Pain Management: A Practical Guide.* London, Elsevier. 2007.
- (39) Suls J, Wan. Effects of Sensory and Procedural Information on Coping with Stressful Medical Procedures and Pain: A Meta-Analysis. *J Consult Clin Psychol.* 1989; 57(3): 372-9.
- (40) Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M. The Effectiveness of Relaxation Training in Reducing Treatment-Related Symptoms and Improving Emotional Adjustment in Acute Non-Surgical Cancer Treatment: A Meta-Analytical Review. *Psychooncology.* 2001; 10(6): 490-502.
- (41) Kingston J, Chadwick P, Meron D. A Pilot Randomized Control Trial Investigating the Effect of Mindfulness Practice on Pain Tolerance, Psychological Well-being, and Physiological Activity. *J Psychosom Res.* 2007; 62(3): 297-300.
- (42) Cepeda MS, Carr DB, Lau J, et al. Music for Pain Relief. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (2): CD004843.
- (43) Nilsson U. The Anxiety- and Pain-Reducing Effects of Music Interventions: A Systematic Review. *AORN-* 2008; J 87(4): 780-807.
- (44) Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA. Theoretical Perspectives on the Relation Between Catastrophizing and Pain. *Clin J Pain.* 2001; 17(1): 52-64.
- (45) Redd WH, Montgomery GH, DuHamel KN. Behavioral Intervention for Cancer Treatment Side Effects. *J Natl Cancer Inst.* 2001; 93(11): 810-23.
- (46) Scott DA, McDonald WM (2008). Assessment, Measurement and History. In: *Textbook of Clinical Pain Management 2E* edn.
- (47) Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM. APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anesthetists and Faculty of Pain Medicine. (2010); *Acute Pain Management: Scientific Evidence (3rd edition)*, ANZCA & FPM, Melbourne.
- (48) Edwards JE, Meseguer F, Faura C et al (2002). Single Dose Dipyrone for Acute Renal Colic Pain. *Cochrane Database Syst Rev* (4): CD003867.
- (49) Ramacciotti AS, Soares BG, Atallah AN (2007). Dipyrone for Acute Primary Headaches. *Cochrane Database Syst Rev* (2): CD004842.
- (50) Cuignet O, Pirson J, Soudon O et al (2007). Effects of Gabapentin on Morphine Consumption and Pain in Severely Burned Patients. *Burns* 33(1): 81-6.
- (51) Gordh TE, Stubhaug A, Jensen TS et al (2008). Gabapentin in Traumatic Nerve Injury Pain: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Cross-Over, Multi-Center Study. *Pain* 138(2): 255-66.
- (52) Wiffen P, Collins S, McQuay H et al (2005). Anticonvulsant Drugs for Acute and Chronic Pain. *Cochrane Database Syst Rev* (3): CD001133.





Revisión de artículo

TWEETS GEOETIQUETADOS COMO PREDICTORES DE RESULTADOS EN SALUD

Traducción adaptada del artículo "Geotagged US Tweets as Predictors of County-Level Health Outcomes", 2015–2016, publicado en *American Journal of Public Health* (Am J Public Health. 2017; 107:1776–1782. doi:10.2105/AJPH.2017.303993).

Jenny A. Pinzón****

Hemos realizado este resumen por considerar interesante el uso que se está dando en investigación a la información disponible en las redes sociales, particularmente en el campo de la Salud Pública.

El objetivo del estudio

Crear indicadores de modelos sociales de percepciones y comportamientos en torno a la salud usando datos obtenidos de Twitter y buscar asociaciones con las estadísticas disponibles de los condados contiguos de Estados Unidos.

La ubicación geográfica como determinante de la salud



http://enfermeriasalud.weebly.com/uploads/2/0/3/6/20368469/9677806_orig.jpg

El lugar donde vivimos, incluyendo los aspectos sociales, políticos, económicos y el entorno construido (el estatus socioeconómico, las políticas de salud pública y el acceso al cuidado de la salud), tienen gran impacto en la salud, generando, incluso, inequidades en la población. Este hecho

lo mencionan los autores del artículo refiriéndose a estudios que relacionan la calidad de vida con la enfermedad coronaria y la obesidad, citando como ejemplo la asociación entre el incremento de peso en los individuos y la densidad de restaurantes de comida rápida en la zona donde viven.

**** Coeditora Carta Comunitaria, jenny-pinzon@juanncorpas.edu.co.



Las redes sociales y la salud



http://adobe.com.mx/wp-content/uploads/2017/03/Untitled-design-4_opt.png

Además, afirman que los procesos sociales que se gestan en las redes sociales pueden influir en la salud dado que estas pueden impulsar en los usuarios nuevos intereses y hábitos de vida que varían según la ubicación de las personas; de ahí que el hacer uso de los datos públicos de dichas redes puede ayudar a entender las diferencias que se presentan y, de esa forma, realizar actividades de vigilancia en Salud Pública.

Estos procesos se facilitan por el amplio uso de Internet y las opiniones abiertas que se comparten con registros georreferenciados que permiten a los investigadores acceder a ellas y entender interacciones que, usadas en forma efectiva, pueden ayudar a descubrir patrones y problemas de salud emergentes.

Las redes sociales y las investigaciones en Salud Pública



https://r6-img-fp.akamaized.net/iconos-gratis/gorjeo_318-136405.jpg?size=338&ext=.jpg

Las redes sociales han sido usadas para hacer seguimiento a enfermedades transmitidas por alimentos y para obtener información útil para la detección, seguimiento y predicción de brotes de enfermedades, así como para la localización en tiempo real de desastres y responder ante estos.

El artículo menciona que, a través de Twitter, una de las redes sociales más populares, se han obtenido percepciones sobre temas de salud. Por ejemplo, citan un estudio en el que

analizaron los *tweets* para examinar los sentires relacionados con el hábito de fumar, hallándose más opiniones positivas para el narguile y los cigarrillos electrónicos que para el tabaco tradicional. Asimismo, se ha encontrado que ser seguidor de páginas de redes sociales con *marketing* de alcohol se encuentra asociado a su consumo temprano y mayor entre los jóvenes.

Hipótesis del estudio

La hipótesis que plantean los autores es que las comunidades que son más felices, que promueven más activamente la comida saludable y la actividad física y que exhiben menos comportamientos relacionados con el alcohol en las redes

sociales, tendrán menor mortalidad, menor obesidad y menos problemas relacionados con el uso del alcohol, así como mayores niveles de actividad física.



https://t2.wp.com/t2.esmas.com/opinion/img/2011/redes_sociales_adictos.jpg

Con base en su hipótesis, los autores crearon indicadores de percepción comunitaria y de modelos sociales de dieta, actividad física y consumo de alcohol. Luego probaron esos factores del contexto cultural como predictores de resultados en salud. Aludiendo a la teoría del aprendizaje como un

proceso cognitivo que ocurre en un contexto social, concluyen que los puntos de vista y las actividades descritas en las redes sociales pueden contribuir a dar forma a costumbres, actitudes y creencias y, como consecuencia, al comportamiento de las personas.

Cómo obtuvieron los datos



https://www.rftnmanmead.com/blog/content/images/2016/08/11Oracle_Stream_Analytics-7-e1469218770977.png

Usaron los datos de Twitter para conocer las actitudes, las costumbres y las conductas de la comunidad. Con el objetivo de compartir el análisis de los datos, crearon una aplicación de mapeo interactiva basada en la web mediante el uso de tecnología de código abierto que permite al público la exploración de los datos agregados por condado.

La recolección de los datos se hizo a través de la interfaz de programación de aplicaciones de transmisión de Twitter; de esa forma se obtuvieron, en forma aleatoria, aproximadamente 80 millones de tweets geoetiquetados (datos que contienen coordenadas geográficas habilitadas

por los usuarios permitiendo así ubicar el lugar donde se originan) de 603 363 usuarios en estados contiguos de Estados Unidos (excluyendo a Alaska y a Hawái) en un período de 12 meses (de abril de 2015 a marzo 2016). Estos datos estaban disponibles públicamente.

La identificación única de los tweets permitió sacar los datos duplicados; además, se eliminaron las ofertas de trabajo y las cuentas de publicidad (aproximadamente el 1 % de los tweets). Para consolidar los datos se usó un lenguaje de programación especial.

El análisis de los datos

Cómo analizaron los datos referentes a los sentimientos y las percepciones



Para el análisis de los sentimientos se usó un paquete basado en el lenguaje de programación Java creado para el procesamiento del lenguaje natural. Este paquete convierte el texto en "características" que se pueden analizar mediante la aplicación de complejos algoritmos. De acuerdo a esas características, se logró estimar la probabilidad de que un

tweet expresara sentimientos de felicidad. Para lograr lo anterior, se realizó una prueba piloto donde se evaluó el desempeño del programa comparado con la clasificación manual que un ser humano haría de los *tweets* alcanzando prevalencias similares.

Cómo analizaron los datos referentes a la alimentación y la actividad física



Los investigadores crearon una lista de 1430 alimentos populares para seguir la frecuencia de sus menciones en la red. A cada alimento le asociaron una medida de densidad calórica (calorías por cada 100 gramos de acuerdo a la base de datos del Departamento de Agricultura de EE. UU.). Se etiquetaron las frutas, los vegetales, los frutos secos y las proteínas magras, por ejemplo, el pescado, el pollo y el pavo, como "alimentos sanos", excluyendo los fritos. Las menciones al alcohol se rastrearán usando 66 términos que incluían bebidas alcohólicas populares y tipos de licor (ejemplo, vino, cerveza, etc.).

Para rastrear los *tweets* referidos a actividad física, elaboraron una lista de 376 actividades tomadas de cuestionarios, compendios y programas de entrenamiento populares. Dentro de estas actividades incluyeron ejercicios en el gimnasio y de recreación (como caminatas), y tareas del hogar, excluyendo frases comunes que no están relacionadas con la actividad física, aunque indicaran movimiento (por ejemplo, "marcharse"). Para los deportes en equipo, diferenciaron entre "jugar" y mirar un juego.







Cómo controlaron la exactitud en la interpretación de los tweets







http://images.clipartpanda.com/accuracy-clipart-arrow_target_accuracy_md_wm.jpg

Para controlar la calidad con la que el programa caracterizaba los tweets, etiquetaron manualmente 5000 tweets sobre comida y actividad física, así:

-  Tweets relacionados con alimentos: 2000.
-  Tweets no relacionados con alimentos: 500.
-  Tweets relacionados con actividad física: 2000.
-  Tweets no relacionados con actividad física: 500.

Al compararlos con la categorización que realizó el programa se encontró que:

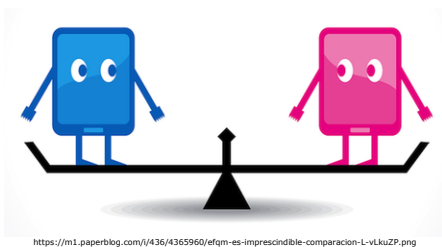
-  83 % de los tweets relacionados con alimentos se etiquetaron con precisión.
-  81 % de los tweets no relacionados con alimentos se etiquetaron con precisión.
-  82 % de los tweets relacionados con actividad física se etiquetaron con precisión.
-  97 % de los tweets no relacionados con actividad física se etiquetaron con precisión.

En general, los errores encontrados se relacionaban con el uso de lenguaje figurado como, por ejemplo, "llegar tarde" ("running late") o, "dulce como la miel" ("sweet as honey") o con referencia a ver un deporte en lugar de practicarlo.

Para evaluar la categorización de los tweets relativos al estado de ánimo, se seleccionaron al azar 500 tweets (50 % etiquetados como felices y 50 % como no felices, de acuerdo






con el algoritmo creado para el programa). Luego, a través de una plataforma de Amazon (*Amazon Mechanical Turk*), se realizaron 20 encuestas, cada una con 25 tweets ordenados en forma aleatoria, para que los participantes los clasificaran, encontrándose, en general, una precisión del 78 % en comparación con la categorización realizada por el programa.

Con qué compararon los resultados





<https://m1.paperblog.com/v/436/4365960/efqm-es-imprescindible-comparacion-l-vi.kuZP.png>


Los datos obtenidos de los tweets se agruparon por condados con el fin de compararlos con las estadísticas disponibles en fuentes externas (tasas ajustadas por edad de la población estándar de EE. UU. en el año 2000). Estas fuentes incluían los siguientes datos:

-  Mortalidad prematura, definida para el estudio como tasas X 100 000 muertes ocurridas antes de los 75 años.
-  Muertes provocadas por conducir bajo la influencia del alcohol ocurridas de 2010 a 2014.
-  Características demográficas: promedio de edad, porcentaje de blancos no hispanos e ingreso medio familiar.
-  Condiciones crónicas y comportamientos en torno a la salud (datos de 2011 a 2014).
-  Obesidad en adultos (población de 20 años en adelante), con un índice de masa corporal de 30 kg/m² o mayor.

Además, se definieron las siguientes variables:

 **Inactividad física:** porcentaje de personas de 20 años en adelante que no informaron realizar actividad física en su tiempo libre en el último mes.

 **Consumo excesivo de alcohol:** porcentaje de adultos que bebieron más de 1 bebida (mujeres) o 2 bebidas (hombres) por día en promedio.

 **Ebriedad:** porcentaje de mujeres que consumieron más de cuatro bebidas alcohólicas en una sola ocasión en los últimos 30 días o, cinco, en el caso de los hombres.

Enfoque del análisis

Los datos obtenidos de Twitter se categorizaron en terciles, correspondientes a los niveles alto, moderado y bajo (categoría de referencia). En los modelos de regresión lineal ajustados, se utilizaron los indicadores de salud derivados de Twitter para predecir los resultados en más de 3135 condados.

Para cada resultado se ejecutó un modelo diferente y el tamaño de la muestra varió debido a la falta de resultados o de variables predictoras. La mediana del número de tweets para las estimaciones por condado fue de 2530.


La significancia estadística se estableció en $p > 0,05$. La información se procesó con el programa *Stata*.


Resultados


TABLE 1—Descriptive Statistics, County Level: Contiguous United States, April 2015–March 2016


County-Level Characteristics	No. of Tweets	No. of Counties	Mean \pm SD
Happiness ^a : % of tweets that are happy	79 848 992	3 135	18.54 \pm 6.29
Food culture			
Calories density of food tweets (cal/100 g)	4 041 521	3 058	238.23 \pm 65.12
% of tweets about food	4 041 521	3 058	3.85 \pm 2.40
% of tweets about healthy foods	4 041 521	2 900	0.78 \pm 0.84
% of tweets about fast food	4 041 521	2 387	0.33 \pm 0.27
Sentiment of food tweets, % happy	4 041 521	3 058	25.03 \pm 12.00
Sentiment of healthy food tweets, % happy	644 489	2 900	24.64 \pm 18.25
Sentiment of fast-food tweets, % happy	373 449	2 387	16.56 \pm 19.09
Physical activity culture			
% of tweets about physical activity	1 473 984	3 055	2.08 \pm 2.09
Sentiment of physical activity tweets, % happy	1 473 976	3 055	25.63 \pm 14.13
Substance use			
% tweets about alcohol	687 496	2 769	0.68 \pm 0.77
% tweets about drugs	687 496	1 779	0.08 \pm 0.10
% tweets about smoking	687 496	998	0.07 \pm 1.06
Sentiment of alcohol tweets, % happy	638 347	2 770	27.65 \pm 21.03
County health outcomes^b			
Premature mortality, ^c per 100 000	...	2 989	8 025.59 \pm 2 409.21
% obesity	...	3 142	30.73 \pm 4.41
% diabetes	...	3 220	9.70 \pm 2.19
% leisure-time physical inactivity	...	3 142	25.58 \pm 4.93
% binge or heavy drinking ^d	...	3 140	16.63 \pm 3.36
% driving deaths with alcohol involvement	...	3 118	31.36 \pm 15.91


La tabla anterior muestra los siguientes resultados en 3135 condados:

 La prevalencia promedio de tweets felices fue de alrededor del 19 % en promedio (de 80 millones de tweets).

 En promedio, el 4 % de los tweets mencionaron los alimentos (de 4 millones de tweets). Entre estos, la densidad calórica promedio de los alimentos mencionados fue de aproximadamente 240 calorías por cada 100 gramos.

 Los tweets sobre alimentos saludables contenían más expresiones de felicidad que los relacionados con la comida rápida (25 % frente a 17 %).

 En promedio, el 2 % de los tweets se referían a la actividad física y menos del 1 % de los tweets mencionaban el consumo de alcohol.

 Los tweets sobre el consumo de alcohol expresaron ligeramente más felicidad que los relacionados con la actividad física o los alimentos saludables.



La tabla también muestra las siguientes estadísticas descriptivas de fuentes externas:

- Tasa de mortalidad prematura promedio: aproximadamente 8000 X 100 000.
- Promedio de obesidad: 31 %.
- Promedio de adultos físicamente inactivos: un poco más del 25 %.

- Consumo excesivo de alcohol: se acercó al 17 %.
- Cerca de un tercio de las muertes estuvieron relacionadas con el alcohol.

En otros análisis, disponibles como suplementos del artículo en línea (<http://www.ajph.org>), se encontró que:

- Las menciones de alimentos saludables fueron más altas en junio, julio, agosto y noviembre, lo que refleja la posible mayor abundancia de frutas y verduras frescas disponibles durante esas épocas del año.
- La densidad calórica de los tweets de alimentos fue más alta en los meses con los principales días festivos nacionales.

- Los gastos calóricos relacionados con los tweets de actividad física fueron más bajos en los meses de primavera y verano.
- La menor prevalencia de tweets felices (15 %) se produjo en abril.
- Asimismo, analizaron las tendencias de las variables por estado.

Los resultados de la regresión lineal ajustada

TABLE 2—Twitter Characteristics as Predictors of Health Outcomes, County Level: Contiguous United States, 2011–2013

County-Level Twitter Predictors ^a	No.	Percentage Obesity, B (95% CI) ^b	Percentage Physical Inactivity, B (95% CI) ^b
Food tweets			
Third tertile (highest)	3057	-2.49 (-3.23, -1.76)	-3.62 (-4.44, -2.80)
Second tertile		-0.61 (-1.07, -0.15)	-1.46 (-2.06, -0.86)
Physical activity tweets			
Third tertile (highest)	3054	-2.40 (-3.33, -1.47)	-2.97 (-3.85, -2.08)
Second tertile		-1.01 (-1.50, -0.52)	-1.39 (-1.85, -0.93)
Happy tweets			
Third tertile (highest)	3117	-2.23 (-3.15, -1.31)	-1.97 (-3.09, -0.86)
Second tertile		-0.79 (-1.31, -0.28)	-0.68 (-1.28, -0.07)

En los análisis de regresión lineal ajustada se examinó la asociación entre las características derivadas de Twitter y las estadísticas disponibles. Los principales resultados mostraron que:

- La edad mediana a nivel de condado se asoció positivamente con una mortalidad prematura más baja; mientras que se asoció negativamente con la mediana de los ingresos de los hogares de blancos no hispanos; solo el ingreso medio de los hogares fue estadísticamente significativo para dicha variable.
- Los condados con más tweets sobre actividad física experimentaron 714 menos muertes prematuras por cada 100 000 habitantes en comparación con aquellos que presentaron menor número de dichos tweets.
- Los condados con los porcentajes más altos de tweets con expresiones sobre felicidad, comida y actividad física

- tuvieron prevalencias de obesidad que fueron menores entre un 2,23 % y un 2,49 %.
- Los condados con mayor número de tweets sobre felicidad, comida y actividad física tuvieron prevalencias más bajas de inactividad física (entre 1,97 % y 3,62 %).
- Mayores porcentajes de tweets sobre alimentos saludables y tweets de alimentos bajos en calorías también se asociaron estadísticamente de forma significativa con mejores resultados de salud.
- La percepción positiva hacia los alimentos saludables y la actividad física se asoció significativamente con una menor obesidad e inactividad física.



Otros resultados

Los condados con el tercil más alto de *tweets* relacionados con el alcohol tuvieron un 3,6 % más de muertes por conducir bajo los efectos del alcohol y un 2,3 % más de consumo excesivo de alcohol en comparación con los condados con menos *tweets* sobre este tema.

DISCUSIÓN



Los tres hallazgos principales en el estudio fueron:

1. El aprendizaje social de las conductas expresadas en Twitter en torno a los alimentos y la actividad física se asoció con una menor mortalidad, obesidad e inactividad física a nivel de condado.
2. La felicidad y un sentimiento positivo en torno a comportamientos saludables están vinculados a mejores resultados de salud.
3. Una mayor promoción a una cultura de consumo de alcohol se relacionó con tasas más altas de abuso de esta sustancia y de mortalidad relacionada con esta conducta.

En conclusión, las características de Twitter fueron predictivas de los resultados de salud (según la composición demográfica y económica estudiada).

Los hallazgos de acuerdo al contexto

En las redes sociales las personas comparten noticias, opiniones e información sobre sus actividades; por ejemplo, lo que están a punto de comer (esto refleja sus elecciones dietarias y si estas están relacionadas con la obesidad y el riesgo de diabetes).

Es interesante que los indicadores de Twitter para felicidad y mejores comportamientos en torno a la salud, mostraron peores patrones para la zona sur, la cual se ve afectada con más pobreza, menos acceso a los recursos, incluida la atención médica y peores resultados en salud.

La influencia de los procesos sociales

Los resultados de este estudio destacan que las costumbres, valores, suposiciones y creencias en torno a la salud se enriquecen en el entorno social y pueden tener un impacto en el desarrollo y mantenimiento de comportamientos. El hallazgo de que las menciones del alcohol en las redes sociales se asocian con comportamientos de consumo y con la mortalidad, está en consonancia con otras investigaciones

sobre la influencia de las redes sociales. En este estudio se encontró que los condados con los *tweets* de alcohol más bajos tuvieron 3,6 % menos muertes relacionadas con el alcohol. En 2014, 9967 personas murieron en accidentes por conducir en estado de embriaguez. Una reducción de 3,6 % menos de muertes relacionadas con el alcohol se traduciría en alrededor de 113 muertes menos.

La felicidad y la mortalidad



El artículo reconoce que la investigación sobre los efectos de la felicidad en la salud es aún incipiente; sin embargo, afirma que existen vínculos entre la felicidad y la mortalidad, con algunos indicios de que tales vínculos pueden estar parcialmente mediados por la influencia de la felicidad en los comportamientos adoptados en torno a la salud. Por ejemplo, menciona las teorías psicosomáticas que postulan que las personas consumen alimentos que consideran reconfortantes para combatir los síntomas de angustia psicológica; también

que se ha encontrado que las emociones negativas están asociadas con la inactividad física, posiblemente por la disminución de la motivación. En el estudio, se encontró que los *tweets* relacionados con felicidad y con actividad física se asociaron con una reducción del 2 % al 3 % de inactividad. Además, señalan los autores, las investigaciones han encontrado que involucrarse incluso en niveles bajos de actividad física en comparación con ser inactivo se relaciona con disminuciones sustanciales (20 %) en la mortalidad.

Las limitaciones y las fortalezas del estudio

Sin duda, como lo indican los autores, los métodos innovadores utilizados en este estudio ofrecen a los investigadores una forma de medir el "pulso" de una comunidad mediante el análisis de las expresiones y opiniones compartidas en línea gracias al intercambio de información que se da en las redes sociales. Además, los datos geotiquetados facilitan examinar asociaciones según la ubicación de la fuente de los datos. Aun así, mencionaron estas limitaciones:

- La falta de datos estadísticos disponibles de áreas pequeñas para su correspondiente análisis.
- La construcción de indicadores por área se restringió a la recolección de información de *tweets* geotiquetados (usuarios que habilitaron la ubicación en sus teléfonos móviles). De acuerdo con algunos estudios, solo del 1 % al 2 % de *tweets* contienen información de ubicación GPS.
- Los usuarios que habilitan el geotiquetado de sus *tweets* difieren demográficamente de los que no lo hacen; por ejemplo, son un poco mayores y es más probable que sean hombres, aunque estas diferencias son pequeñas.
- La falta de representación de los usuarios de Twitter en este estudio, ya que solo el 23 % de todos los usuarios de Internet y el 20 % de la población adulta de EE. UU. usan Twitter. Además, esta red social es más popular entre las personas que viven en áreas urbanas que en las rurales (el 30 % frente al 15 %) y, entre los adultos menores de 50 años frente a los mayores de 50 años (el 30 % frente al 11 %).
- Respecto al análisis de las percepciones, el modelo solo pudo procesar *tweets* en inglés, limitando, posiblemente, las conclusiones a los hablantes de este idioma.
- La diferencia de culturas hace difícil evaluar la percepción de la felicidad ya que, mientras en algunas de ellas se fomenta la expresión abierta de sus emociones, otras que enfatizan el individualismo manifiestan de forma diferente sus emociones.
- El análisis de sentimientos en el estudio se enfocó en la clasificación de sentimientos como "feliz" frente a "no feliz" (que abarca emociones tanto neutrales como tristes), así que no se evaluó la prevalencia de los *tweets* que expresaron tristeza.

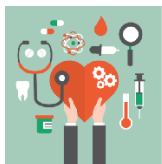
Lo que implica para la salud pública



<http://blogs.sld.cu/patricia/files/2017/03/MEDICORRSS.jpg>

A pesar de la falta de representatividad y las demás limitaciones descritas en el estudio, los autores afirman que los datos obtenidos de las redes sociales ofrecen nuevas oportunidades en la investigación por su potencial para evaluar las necesidades en salud de diferentes comunidades. Lo anterior se demuestra por las asociaciones encontradas entre los *tweets* e importantes indicadores de salud, como la mortalidad prematura, la obesidad y los comportamientos relacionados con la salud.

Concluyen entonces que estas nuevas fuentes de datos, obtenidos en tiempo real, permiten a los funcionarios de salud pública examinar las tendencias de las costumbres, las percepciones y los comportamientos que pueden augurar problemas de salud o brotes emergentes de enfermedades, proporcionándoles así una forma de intervenir para prevenir eventos adversos de salud y también para medir el impacto de las intervenciones en salud.



Bioética y Ecología



“UN CAMINO SIN MÁS MUERTOS”

Juan Carlos González^{§§§§§}



http://www.revistaarcadia.com/periodismo-cultural/---revista-arcadia/articulo/gonzalo-sanchez-centro-nacional-memoria-historica-conflicto-armado-america-lat/49998

ARCADIA

LIBROS CINE MÚSICA ARTE TELEVISIÓN

TENDENCIAS > Fitb Cine Los Libros De Bogotá Cine

INICIO / PERIODISMO CULTURAL - REVISTA ARCADIA / UN CAMINO SIN MAS M

La Escuela Municipal de Juradó en el Chocó y numerosas viviendas fueron destruidas en la torrencial inundación de diciembre de 1999. En el ataque murieron 26 militares, un policía y el carpintero del pueblo. Barrio 2002. Jesús Abad.

REFLEXIÓN SOBRE EL CONFLICTO Y SU RESOLUCIÓN EN COLOMBIA.

Un camino sin más muertos

¡Qué didáctico y emotivo mensaje es el del director del Centro Nacional de Memoria Histórica, profesor Gonzalo Sánchez, sobre la anhelada paz de Colombia, escrito en junio de 2016! Invitándolos a leerlo completo en la revista Arcadia (<http://www.revistaarcadia.com/periodismo-cultural/---revista-arcadia/articulo/gonzalo-sanchez-centro-nacional-memoria-historica-conflicto-armado-america-lat/49998>), a continuación, se hará un breve resumen buscando tan solo divulgarlo por su claridad argumentativa.

§§§§§ MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co





Origen de esta violencia

Probablemente tres grandes causas:



1. El conflicto agrario de los años 30.
2. La liquidación del movimiento popular Gaitanista.
3. El Frente Nacional, que no dejó alternativas políticas diferentes.

¿Por qué tan largo?

Propone el profesor Sánchez que las elites no creyeron que esos movimientos insurgentes se organizaran y, por ende, que fueran a durar. Así que no sintieron la necesidad de

pensar en reformas, siendo de esa manera, subvalorado el conflicto.



Pero, además, ambas partes creyeron que podrían triunfar militarmente, optando siempre por el enfrentamiento. Hoy,

incluso, un sector de la población cree que esta es la mejor forma.

La gasolina que lo ha perpetuado



Ha sido el narcotráfico lo que, de una u otra forma, ha permitido la financiación de la guerrilla y de la contrainsurgencia apoyada, a veces, por fuerzas del Estado.

El resultado de este perverso apoyo es el degrado a la insurgencia y la corrupción del Estado.

Consecuencias

Se diluyó la frontera entre la lucha armada de insurgencia y la criminalidad. Llevó a la guerrilla a prácticas más criminales que subversivas (cambio importante de percepción en la población) y justificó, en ciertos sectores, que el Estado se apoyara en criminales (narcotraficantes), dando como

resultado una guerra degradada y prolongada (fuente de financiación inagotable). El conflicto por esta financiación (le dio autonomía) perdió la oportunidad de ser revisado ante los sucesos mundiales (caída del muro de Berlín, por ejemplo), creando las condiciones para un círculo de perpetuación.

La negociación

Se da en un momento mundial difícil, cuando la tolerancia de la sociedad mundial hacia la violencia está sometida a severos cuestionamientos. Las FARC difícilmente encuentran

hoy interlocutores válidos y las demandas en las que basó su incursión, parecen no estar alineadas con el momento mundial.

Una guerra que *no* afecta al centro y *sí* a la periferia



Y acá esta una de las principales tragedias. La guerra no la percibe la mayoría urbana de la población, salvo como la presentan los medios de comunicación, pero sin alterar su comodidad, sin generar el miedo. Las víctimas son solo

campesinos distantes quienes la sufren en todo su rigor, lo que deja insensible a esa población urbana y de mayorías. Solo cuando la guerrilla presiona a las élites y amenaza lo urbano, esta guerra empieza a ser reconocida.

Desafío para la paz



<https://i.ytimg.com/vi/qtEOIbp57-E/maxresdefault.jpg>

Probablemente sea la participación política de la insurgencia que deja las armas. La clase política actual deberá transformarse para permitir tal participación y, de seguro, hacerlo será muy difícil. ¿Por qué? Porque hacerlo implica

reconocer la degradación en que ha caído nuestro ejercicio democrático y proponer cambios que pueden hacer perder parte del poder político a quienes hoy lo ostentan.

Pero...



<http://lasillavacia.com/sites/default/files/quienesquien/gonzalosanchez.jpg>

Reconociendo lo difícil de la búsqueda del camino para lograr la convivencia, esta se vislumbra más claramente cuando dicho camino no está lleno de muertos. Ese el mensaje central de este artículo del profesor Gonzalo Sánchez.



Sobre Medicamentos

“LA INICIATIVA DE LA DESPRESCRIPCIÓN”

Juan Carlos González*****

Esta sección está dedicada a reforzar el mensaje de cuidado que el médico ha de tener con la prescripción de medicamentos. Todos los archivos originales pueden encontrarse con la dirección electrónica anexa a cada uno.

(The Deprescribing Initiative)

Tomado de: http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/nov201701/05_iniciativa/

José G. León-Burgos

Pharmacy Practice News, 11 de agosto de 2017

<http://www.pharmacypracticenews.com/Clinical/Article/08-17/The-Deprescribing-Initiative/42284/ses=ogst?enl=true>
Traducido por Salud y Fármacos



<https://www.medicinapersonalizadagenomica.com/wp-content/uploads/2017/09/desprescripc%C3%B3n-600x315.png>

El caso

“BL es un paciente que se queja de sentirse cansado todo el tiempo. También le preocupan los resultados de una reciente prueba de absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) que mostró osteopenia moderada.

Es un hombre de 62 años que tiene antecedentes de hipertensión, reflujo gastrointestinal (ERGE), hipotiroidismo, diabetes e hiperlipidemia.

Tiene una presión arterial de 132/75 mm Hg.

Resultados de laboratorio:

Hormona estimulante de la tiroides, 1.270 mUI / L;
hemoglobina glicosilada A1c, 6,3 %; vitamina B12, 120 pmol/L. Prueba: DXA T-score -2.3.

Medicamentos: omeprazol 20 mg al día, metformina 1000 mg dos veces al día, levotiroxina 50 mcg al día, losartán 100 mg al día, hidroclorotiazida 25 mg al día y atorvastatina 40 mg al día.

¿Cree usted que el sentir del paciente tiene relación con la medicación?

¿Cree usted que necesita todos esos medicamentos?

¿Cree usted que retirar los medicamentos que no le sean útiles puede beneficiar al paciente?

¿Se propondría a hacerlo?

***** MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co





El problema

La polifarmacia se ha convertido casi que en una pauta del ejercicio actual. 1 de cada 3 norteamericanos recibe más de 5 medicamentos. ¿Por qué? Esa tendencia a asistir a varios especialistas, sumado a la falta de un médico que conozca integralmente al paciente, así como la errada convicción en las facultades de Medicina de que solo prescribiendo podemos ayudar a los pacientes, pueden ser las responsables.

Lo cierto es que ello suma muchísimo a la posibilidad de que surjan eventos adversos y, aún más, cuando se hace a pacientes de mayor edad (esa es la población diana de la polifarmacia).

La postura

Canadá está promoviendo la desprescripción como un proceso de revisión destinado a empezar a disminuir el uso de medicamentos y, para eso, comprometerse con el paciente (conocerlo a profundidad, como siempre ha debido

ser) resulta clave. El lema es "más es menos". Están seguros de que, al desprescribir, disminuyen los eventos adversos, mejoran el estado de salud y, además, como ganancia secundaria, disminuyen los costos del sistema.

La forma de hacerlo

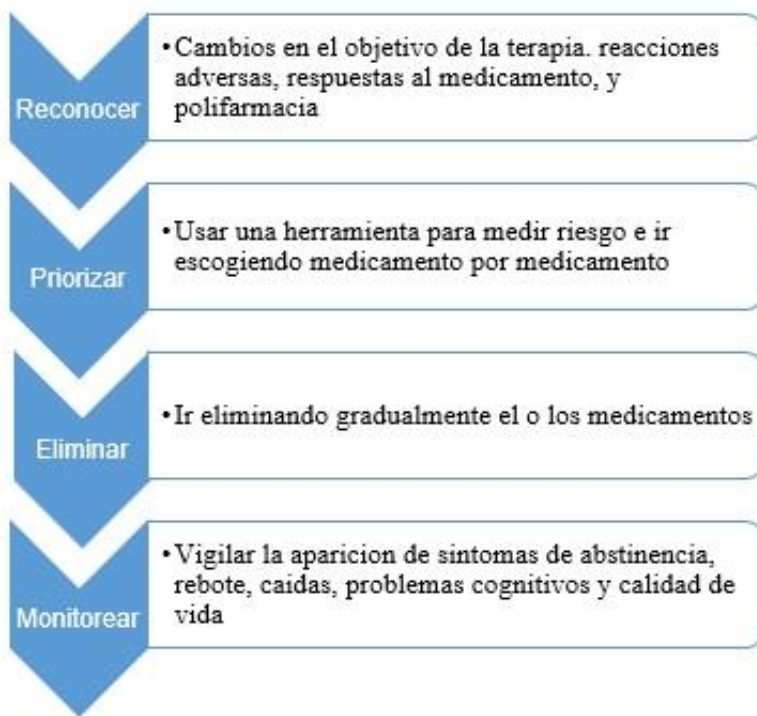


Figura 1. Acercamiento sistemático a la de prescripción

Nota: Adaptado de Simmons B. Deprescribing. Presentado en: Alberta College of Family Physicians; 26 de diciembre de 2015

Hacerlo, implica compartir con el paciente tal decisión y tener la posibilidad de comunicarse.

Las guías

Cada algoritmo va acompañado de un folleto informativo de desprescripción para los proveedores de atención médica que contiene más información sobre la clase de medicamentos y

las razones por las que es importante evaluar la necesidad de continuar con dicha terapia.

Para obtener más información, visite www.deprescribing.org.

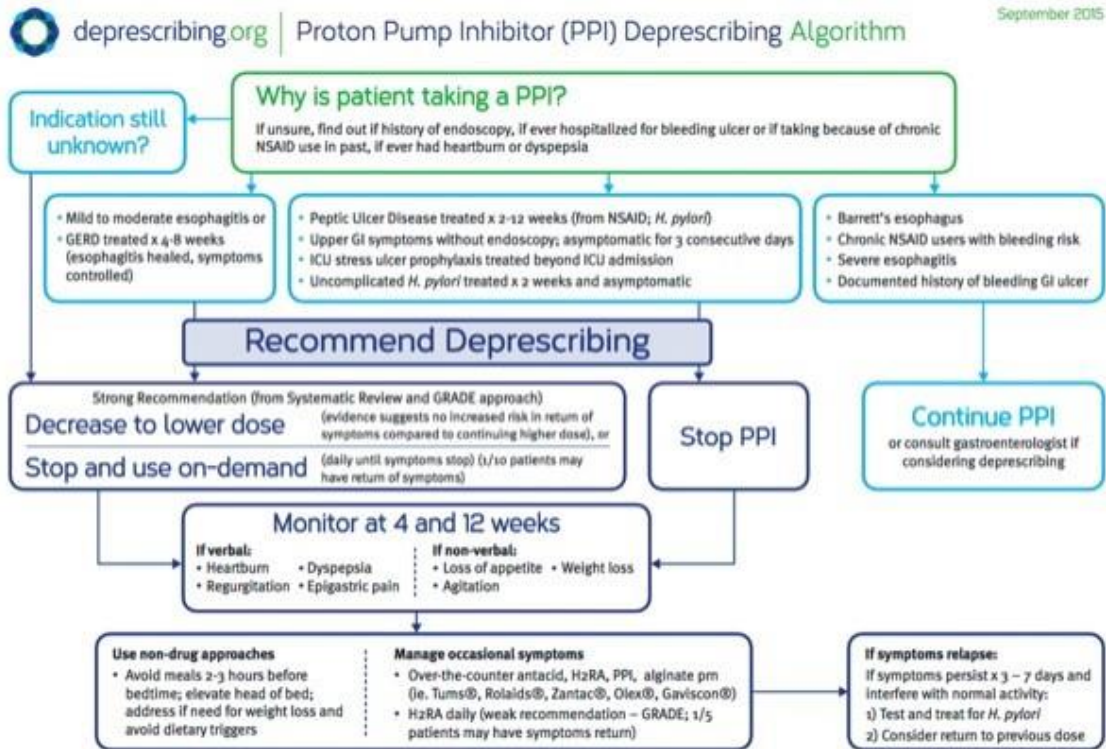


Figura 2. Algoritmo de desprescripción de IBP

Fuente: Farrell B, Pottie K, Thompson W, et al. Evidence-based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Proton Pump Inhibitors (2015, unpublished research).

Farmacéutas y geriatras están convencidos de que, al desprescribir, mejoran la salud de sus pacientes. Por eso están diseñando algoritmos que explican cómo hacerlo. Para obtener más información, visite www.deprescribing.org.

¡Ojo!, en Canadá la entrega de medicamentos se hace a través de un profesional farmacéuta que tiene la capacidad de entender la posibilidad de que se produzcan eventos adversos al usar combinaciones de medicamentos. Nosotros,

de seguro, en este momento, solo lo podríamos hacer con médicos que asuman ese manejo integral de su paciente (y, a la larga, así debería ser siempre; es la idea de la APS).

¡Carambas!, acá en Colombia hemos de empezar ya a hacer proyectos similares y, sin duda, comenzar con los pacientes que tienen el mayor riesgo de los eventos adversos por la polifarmacia, nuestros adultos mayores.

Respecto a las preguntas planteadas al inicio de este resumen:

Tengo fuertes sospechas de que la polifarmacia que recibe el paciente BL tiene que ver con ese cansancio, estoy casi seguro que ya no requiere el omeprazole y sospecho que la atorvastatina puede tener algo que ver con ese cansancio... ¡Debo revisar esta prescripción!

Referencias

(1) Qato DM, Wilder J, Schumm LP et al. Changes in Prescription and Over-the-Counter Medication and Dietary Supplement Use Among Older Adults in the United States, 2005 vs 2011. *JAMA*. 2016;176(4):473-482.

(2) Barrett K, Eleanor L, Alexander GC. How Polypharmacy Has Become a Medical Burden Worldwide. *Clin Pharm*. 2016;8(6). doi: 10.1211/CP.2016.20201251

(3) Frank C. Deprescribing: a new word to guide medication review. *CMAJ*. 2014;186(6):407-408.

(4) Farrell B, Pottie K, Rojas CH, et al. Methodology for Developing Deprescribing Guidelines: Using Evidence and GRADE to Guide Recommendations for Deprescribing. *PLoS One*. 2016; 11(8):e0161248. doi: 10.1371/journal.pone.0161248





“MORIR POR UN MEDICAMENTO QUE NO ES NECESARIO ES UN ESCÁNDALO”

http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/nov201701/07_berna/

Blanca Blay

El Diario de la Sanitat, 24 de junio de 2017

http://www.eldiario.es/catalunya/sanitat/Morir-medicamento-necesario-escandalo_0_656885332.html

Juan Carlos González⁺⁺⁺⁺⁺

¡Qué interesante es escuchar (o leer) a los que saben! Es el caso del profesor Bégaud. De esta excelente entrevista, permítame resaltarle los aspectos, a mi juicio, más sobresalientes.



<http://www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/images/BBégaud.jpg>

Más atentos a lo que más se usa

Hace un llamado a estar pendiente de los efectos adversos o indeseables de aquellos medicamentos que usa mucha población. Como ejemplo, si el uso de ciertos contraceptivos está relacionado con el cáncer de mama, al ser usados por muchísimas mujeres, pues aumentará el número de casos. Si es así, ¿por qué usarlos?

¿Medicamentos no necesarios?

Alerta sobre algo imperdonable, la muerte de personas por usar medicamentos que no necesitaban. Afirma que usar un medicamento necesario, pero que conlleva riesgos, es un desafío; pero morir por uno que no se necesita es un escándalo.

Un cuidado especial

Alerta entonces sobre los usos masivos de ciertos medicamentos, pues los efectos indeseables se verán. Por ejemplo, y llamo la atención a los medicamentos contra el colesterol (estatinas), haciendo ver los sesgos que existen en torno a los estudios que los recomendaron, pero alertando sobre los potenciales efectos deletéreos. (https://www.youtube.com/watch?v=bCR0rDk_BIE).



Arte tv - Colesterol: la gran mentira? - VOF Subtitulos en español

Sobrevalorados

Llama la atención sobre el abuso de benzodiazepinas, por ejemplo, para dormir. Pone de manifiesto como una persona mayor de 75 años ya no duerme lo mismo (fisiológicamente) y, por ende, pretender que le pueden ser útiles, es un error. En cambio, la posibilidad de los efectos adversos (caídas) o de potencializar el trastorno cognitivo se vuelve más probable.

El problema

Afirma que el principal problema es que los médicos creemos que es necesario prescribir medicamentos ante cada atención. Eso conlleva al mal uso. Una propuesta para combatir esto es aquella en la que nos piden a los médicos que hagamos las prescripciones a mano para que tomemos conciencia de todo lo que formulamos.

⁺⁺⁺⁺⁺ MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS



“¿LA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN MEJORA LA SALUD?”

Does Medication Review Improve Health?
http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/nov201701/01_revision/
Therapeutics Letter, 2017 (Enero – Febrero); 104
<http://www.ti.ubc.ca/2017/05/10/104-medication-review-improve-health/>

Juan Carlos González*****



<https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQ2YayCkhu6AJJr68A5M4gJAcVb0eHw-vh0s2wIDb5y2ZLfo>

La propuesta es que, aparte de la consulta, se revisen los medicamentos que reciben los pacientes (y se pueda verificar que se hace).

¿Sirve?

Así es, y existe evidencia de que se disminuyen los problemas relacionados con la medicación. Aún no se ha visto que tenga implicaciones sobre mortalidad u hospitalización.

¿Dónde se ha aplicado?

En Canadá, a través de los farmacéuticos comunitarios, quienes explicaron a los pacientes la forma de tomarlo y lo que se esperaba de cada medicamento; pero, además, descubrieron medicaciones que se antagonizaban.

Lo más sorprendente es haber descubierto que existen médicos prescriptores que no informaron debidamente a los pacientes.

Recomendaciones prácticas para mejorar la calidad de la prescripción de la medicación

¡Qué interesante! y textualmente “que los prescriptores escriban la indicación o el objetivo terapéutico para cada prescripción (ej. telmisartán 80 mg una vez al día para reducir la hipertensión arterial)”. En Canadá están promocionando una plataforma en donde el paciente pueda ver las interacciones, efectos indeseables, etc., de los medicamentos prescritos.

Conclusiones

Textualmente:

La revisión de la medicación es una intervención no evaluada que tiene el potencial de mejorar los resultados en salud y, por tanto, necesita ser estudiada en ensayos clínicos aleatorizados.

Los médicos prescriptores necesitan tiempo, herramientas y formación para realizar revisiones de la medicación de calidad.

***** MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC-
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



La revisión de la medicación en British Columbia podría mejorarse si los médicos utilizaran en mayor medida PharmaNet (la plataforma que se ha dispuesto para ello), se

generalizase la prescripción basada en la indicación y se hiciera más uso de los códigos de facturación para la revisión de la medicación.

Referencias

- (1) Europe PC. (n.d.). Pharmaceutical Care Network Europe.pcne.org/news/35/medication-review-definition-approved (retrieved March 14, 2017).
- (2) ISMP Canada Medication Reconciliation Project. (n.d.). ismp-canada.org/medrec/(retrieved March 14, 2017).
- (3) Huiskies VJB, Burger DM, van den Ende CHM, et al. Effectiveness of Medication Review: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. BMC Family Practice 2017; 18:5. DOI: 10.1186/s12875-016-0577-x
- (4) Jokanovic N, Tan EC, Sudhakaran S, et al. Pharmacist-led Medication Review in Community Settings: An Overview of Systematic Reviews. Research in Social and Administrative Pharmacy 2016; DOI: 10.1016/j.sapharm.2016.08.005
- (5) Messerli M. The impact of Medication Reviews by Community Pharmacists. Journal of the American Pharmacists Association 2016; 56(16):145. DOI: 10.1186/s12913-016-1384-8
- (6) Schiff GD, Seoane E, Wright A. Incorporating Indications into Medication Ordering - Time to Enter the Age of Reason. New Engl J Med 2016; 375(4):306-9. DOI: 10.1056/NEJMp1603964
- (7) Therapeutics Initiative. Reducing polypharmacy: A Logical Approach. Therapeutics Letter 2016 (Jun-Jul); 90:1-2. <http://ti.ubc.ca/letter90>
- (8) Lemay G, Dalziel B. Better Prescribing in the Elderly. CGS Journal of CME 2012; 2(3):20-6.

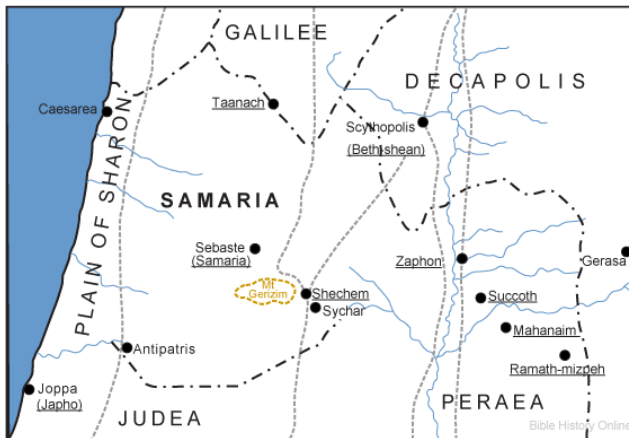




El peregrino que toca

EL BUEN SAMARITANO

Gabriel Sáenz⁵⁵⁵⁵⁵⁵

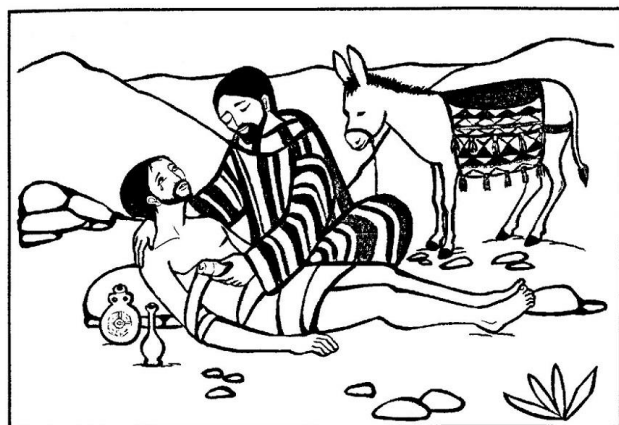


<http://catholic-resources.org/Maps/BH-Samaria-Central-Palestine.gif>

Querido lector, en esta ocasión nuestro peregrino se convierte en un samaritano de la ciudad y región montañosa de Samaria en Palestina, fundada en 870 a. C. En ese tiempo, por razones políticas, los samaritanos y judíos se convirtieron en enemigos mortales. Para nuestro propósito, vale la pena tener en cuenta que Jerusalén, se encuentra a 750 m sobre el nivel del mar y Jericó, 400 m más abajo; así que, para ir de una ciudad a otra, se deben recorrer unos 30 km y hacer un descenso de 1200 m. Hoy en día, recorrer ese camino a pie es muy peligroso y muchos turistas son atacados brutalmente. La situación de enemistad entre samaritanos y judíos, y las condiciones geográficas de peligro para ir de

Jerusalén a Jericó, dio pie a Jesús para narrar la famosa parábola del "Buen Samaritano", a propósito de la pregunta que le hace un jurista sobre "quién es mi prójimo". Dicha parábola hoy es considerada como una joya de la literatura universal y dice así:

"Un hombre bajaba de Jerusalén a Jericó. Tropezó con unos asaltantes que los desnudaron, lo hirieron y se fueron dejándolo medio muerto. Coincidió que bajaba por aquel camino un sacerdote y, al verlo, pasó de largo. Lo mismo un levita, llegó al lugar, lo vio y pasó de largo".



"Un samaritano, que iba de camino, llegó a donde estaba, lo vio y se compadeció. Le echó aceite y vino en las heridas y se las vendó. Después, montándolo en su cabalgadura, lo condujo a una posada y lo cuidó. Al día siguiente sacó dos denarios, se los dio al dueño de la posada, y le encargó: 'Cuida de él, y lo que gastes de más, te lo pagaré a la vuelta'.

¿Quién de los tres te parece que se portó como prójimo del que cayó en manos de los asaltantes?

[El jurista] contestó: 'El que lo trató con misericordia'.

Y Jesús le dijo: 'Ve y haz tú lo mismo'".
(Lc. 10: 29-37).

555555 Capellán CJNC. Consejero Pastoral FUJNC- gabriel.saenz@juanncorpas.edu.co



Lo que se ve, a primera vista en el relato, es que el samaritano se percata de la tragedia que vive aquel hombre que fue atracado y dejado medio muerto y ofrece inmediatamente su asistencia. En el relato no se tienen en cuenta las causas del asalto, simplemente descubre la necesidad ajena y se presta a ofrecer ayuda. Al final, el

samaritano cuidó a su **paciente** judío que no era de su familia, ni de su país, ni de sus amistades, ni de su religión, ni de su partido político; era un ser humano que necesitaba ayuda. Además, la parábola no nos cuenta quién es el herido, solo que es uno de nosotros, un hermano nuestro.



<http://forosdelavirgen.org/wp-content/uploads/2013/12/Misericordia-de-Dios.jpg>

El principal propósito del relato es hacernos tomar conciencia de lo que realmente es la misericordia. Es la oportunidad para pensar que la misericordia, ante el sufrimiento ajeno, es la única reacción verdaderamente humana ante el sufrimiento de otro ser humano, que, una vez interiorizada, se convierte

en principio de actuación y de ayuda solidaria para quien sufre. Misericordia no es mirar con lástima sino una actitud radical de amor que ha de inspirar la actuación del ser humano ante el sufrimiento del otro.

**EXCUSAS
PARA NO
COMPROMETERSE**

https://i.ytimg.com/vi/eDL-tQ_a--w/maxresdefault.jpg

También es el momento de darnos cuenta de que muchas veces actuamos de una manera contraria a la del mensaje de la parábola; es decir, el atender con prontitud el llamado de alguien cuando nos necesita. Damos **rodeos** como el levita y el sacerdote del mensaje evangélico, pasamos de largo y nos disculpamos ante el sufrimiento humano.

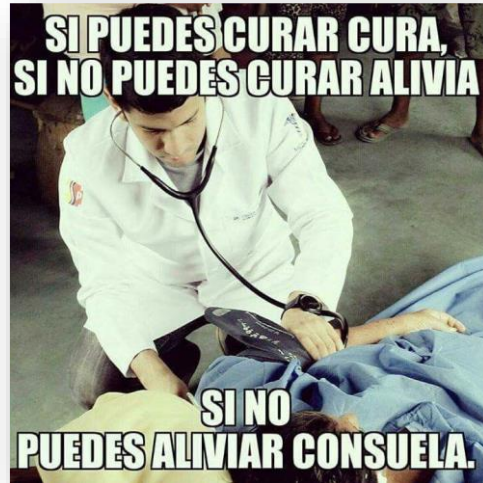
Dar un rodeo es deshumanizar el amor. Cuántos rodeos damos para evitar a quienes nos resultan molestos o

incómodos. Cómo apresuramos el paso para no dejarnos alcanzar por quienes nos agobian con sus problemas, penas o sinsabores. Vivimos en actitud de guardia permanente ante quien puede amenazar nuestra felicidad o comodidad y, cuando no encontramos otra manera mejor de justificar nuestra huida ante personas que nos necesitan, siempre podemos recurrir al hecho de que estamos muy ocupados.

En esta parábola Jesús nos invita a pasar de la hostilidad a la hospitalidad, nos propone que debemos crear en nuestra vida un espacio más amplio para quien nos necesita, no podemos escondernos en nuestras ocupaciones. Todos los seres humanos somos seres frágiles que nos necesitamos unos a otros. Así podremos, según Jesús:

“Heredar la vida eterna”.

Con respecto a la pregunta que hace el jurista sobre quién es su prójimo, como queriendo justificar a quién debe amar y a quién no, Jesús le responde con el relato de la parábola. Sin embargo, sería mejor preguntarse ¿de quién soy yo prójimo? Es decir, ¿quién me necesita? Como médicos o enfermeros no nos está permitido pasar de largo con indiferencia, sino que debemos pasar frente al que sufre y “montarlo en nuestra cabalgadura”, es decir, en nuestro corazón. Pararse frente al paciente que sufre, no por curiosidad, sino para hacernos disponibles y, preguntarle, “¿Qué quieres que haga hoy por ti?”.



El buen samaritano es todo médico o enfermero sensible al sufrimiento humano, sin importar su raza, su cultura, su religión o si se es amigo de quien está sufriendo. No podemos quedarnos solo en la compasión o lástima, sino darle el tiempo y la ayuda que necesita porque a la hora de la verdad dar es fácil (una limosna), pero, darse es más difícil.

Debemos “desacomodarnos” para atender a quien nos necesita.

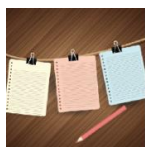
Tú, médico, enfermero o estudiante, ayuda a tu paciente a vendar esas heridas del alma, a eliminar esas tristezas del corazón. En el relato parabólico después de que el jurista reconoce que su prójimo fue quien tuvo misericordia, se nos emplaza: **“¡Ve y haz tú lo mismo!”.**

El poeta Ricardo Nieto, en una estrofa de su poesía *Parábola del buen samaritano*, escribe:

*“Pero después pasó un samaritano.
Alzó al enfermo entre sus brazos,
luego curó sus llagas y le dijo:
Hermano, yo no conozco tu nombre, ni tu rito,
mas ven conmigo, reclina tu cabeza
sobre mi hombro, e irás donde yo habito
a curarte tu mal y tu tristeza” *****.*

+++++

***** Salesman E. “33 parábolas del evangelio”. Ed. Centro Don Bosco. Colombia 1997, p.64 apostolado bíblico católico.



NotiComunitaria



MIMOS QUE ABRAZAN

Beselink Quesada N..++++++

El Consejo Red del Buen Trato Suba 2017 celebró la "Semana del buen trato" del 19 al 25 de noviembre de 2017 y el Departamento de Medicina Comunitaria de la FUJNC con sus estudiantes de noveno semestre de la facultad de Medicina se integró a esta celebración con la actividad de "**Mimos que abrazan**" en el Jardín Social Piedra Verde CAFAM.



Se repartieron más de trescientos abrazos y sonrisas y se compartió con padres familia, niños, niñas, docentes y directivos de esta institución.



++++++ MD. Docente Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC - beselink.quesada@juanncorpas.edu.co



¡Corpas con la comunidad!

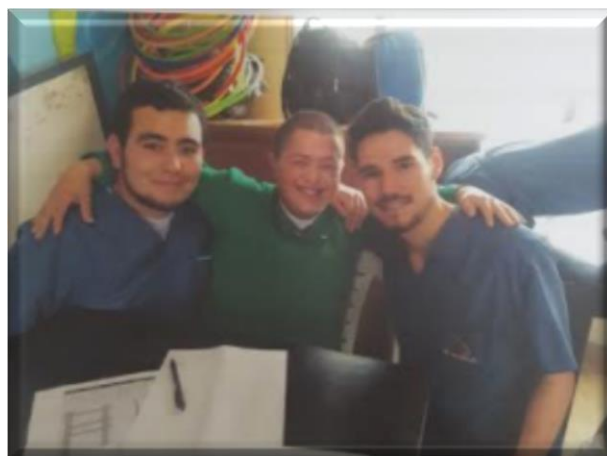
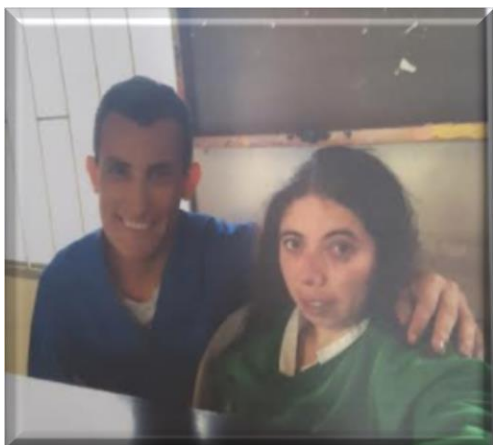


FUNDACIÓN ESPERANZA DE VIVIR

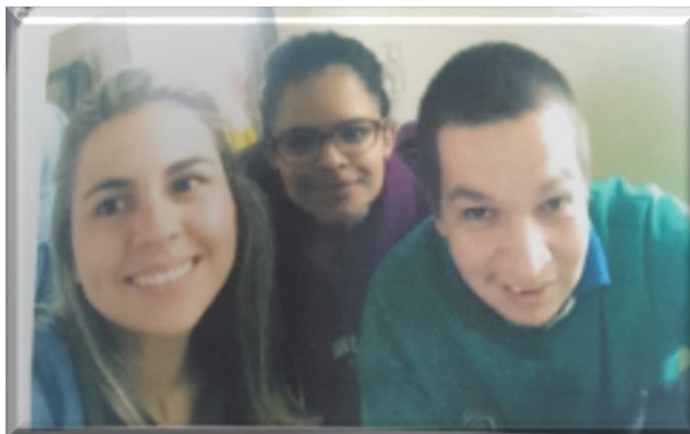
Astrid Hernández R.*****

La Fundación Esperanza de Vivir está organizada por madres con niños con alteraciones cognitivas que se dedican a cuidarlos de manera mancomunada. Nosotros hemos mantenido con ellos una relación de más de 25 años.

Estos son nuestros estudiantes de sexto semestre, durante una práctica del programa de Salud Familiar (2017-II). Ellos asistieron a la Fundación Esperanza de Vivir y realizaron valoración biopsicosocial, aplicaron herramientas de salud familiar y realizaron un plan de intervención a estos "niños" que cursan con síndrome de Down, retardo mental y autismo.



Al final tanto los niños como nuestros estudiantes compartieron sus experiencias y se enriquecieron mutuamente.



A nuestros estudiantes, gracias por su dedicación, amor y compromiso con nuestra población.

iCorpas comprometida con la comunidad!



***** MD. Docente Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC - astrid.hernandez@juanncorpas.edu.co





Carta Comunitaria

ISSN 0123-1588

Departamento de Medicina Comunitaria
Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Dirección: Juan Carlos González Q.

Coeditores:

Jenny Pinzón R.

William Buitrago

Colaboradores:

Luisa Noguera

María Lucía Iregui P.

Gonzalo Bernal F.

Gabriel Sáenz

Guillermo Restrepo Ch.

Mario Villegas N.

José Gabriel Bustillo P.

Carlo Rizzi

Juan Carlos Velásquez

Jaime Ronderos O.

Docentes Medicina Comunitaria