



# CARTA COMUNITARIA

Temas de Interés en Medicina de la Comunidad

La **CARTA COMUNITARIA** es un medio de comunicación destinado a fomentar reflexiones de la comunidad académica de la Fundación Universitaria Juan N Corpas. Por ende, se invita a los miembros de dicha comunidad a participar en ella, remitiéndonos artículos que crean merecen ser publicados. Bajo esta premisa, agradecemos la contribución de los doctores Ruth Yamile Gómez, Diana Marcela Rivera, María Ana González, María Lucía Iregui y Jaime Ronderos.

Se han incluido hipervínculos en los títulos para navegar a través de los diferentes temas de la Carta Comunitaria, esperando de esa manera hacer más fácil su ubicación.

*Todos los artículos son responsabilidad de los autores y no implican el pensamiento de la FUJNC. Aquellos que no estén firmados, son y han sido, autoría del Director. Cualquier observación o sugerencia se puede enviar a:*  
**juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co o medicina-comunitaria@juanncorpas.edu.co**

ISSN 0123-1588

Director: JUAN CARLOS GONZÁLEZ Q.

## EN ESTE NÚMERO. . .

- 1. Editorial:** Por la reacreditación de la facultad de Medicina.
- 2. Investigación:** Estudio microbiológico del reúso y esterilización de limas endodónticas como práctica segura.
- 3. Atención Primaria en Salud:** Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de Atención Primaria en Colombia. Resumen.
- 4. Seguridad social:** Proceso de acción de tutela.
- 5. Salud Pública:** Salud pública mundial.
- 6. Caso clínico:** Brote psicótico inducido por marihuana.
- 7. Revisión de artículo:** "Bienestar, felicidad y políticas públicas".
- 8. La lección de Medicina:** Diez respuestas puntuales sobre neumonía adquirida en la comunidad en adultos.
- 9. De la academia a la comunidad:** Efecto multiplicador de la academia orientada a capacitar y apoyar médicos generalistas como abordaje integral de la diabetes en nuestras comunidades.
- 10. Sobre medicamentos:** Breves comentarios que nos alertan sobre el uso de algunos medicamentos.
- 11. El peregrino que toca:** Ecce Homo.
- 12. NotiComunitaria.**



EDITORIAL

POR LA REACREDITACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA

JC González Q. ‡

La FUJNC fue acreditada en el 2013 por tener un enfoque distinto al de las demás facultades en torno a su filosofía y a la forma de enseñar la Medicina. Los evaluadores encontraron como evidencia de lo anterior tres desarrollos contundentes:

Esencia...

Medicina Comunitaria



Medicina Alternativa

Medicina Familiar

1. Un desarrollo académico muy fuerte en torno a la Medicina enseñada en la comunidad. De hecho, cerca del 40 % del currículo se hace bajo la responsabilidad del departamento correspondiente.
2. El posicionamiento que se le ha dado a la Medicina Familiar al interior de la facultad, donde la especialidad ocupa un lugar principal, pero además en los cargos de la facultad se pone en evidencia el posicionamiento del enfoque integral que conlleva la especialidad.
3. El desarrollo investigativo de la farmacología vegetal, que sin duda hace que se asuma una posición de desarrollo sostenible (y disminuye la visión dominante de la industria farmacéutica) y pone alternativas naturales al servicio de la salud de los colombianos.

En el 2017 seremos visitados nuevamente y deberemos mostrar desarrollo en estas y en más áreas. Creo que debemos empezar a trabajar en tal sentido, pues encuentro que el momento que está viviendo Colombia hace que una facultad como la nuestra (de proyección social) sea necesaria (somos diferentes) para marcar pautas y abrir caminos y la reacreditación es una buena estrategia para hacernos visibles. En consonancia con ello planteo las siguientes políticas de desarrollo en estos dos años:

‡ MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co.





1. Nuestra facultad debe propender a mantener una sólida cultura hacia la autoevaluación. El hecho de promover una formación diferente, hace necesario que nos midamos de forma constante, pues de seguro deberemos estar presentando nuestros logros.
2. Si los docentes son claves, asimismo lo es una cultura de autoevaluación, tanto por parte de ellos como de los estudiantes, ante el proceso de aprendizaje, para mantener la calidad de la docencia. Docentes motivados, producen estudiantes motivados, que aprenden más.
3. La FUJNC sostiene unos principios de integralidad; es deber de la entidad medir permanentemente el cumplimiento de tal enfoque integral, pues ello nos permitirá ver si somos coincidentes entre lo que decimos y lo que hacemos.



4. Medir el ejercicio de nuestros egresados se hace necesario para verificar si lo que enseñamos tiene el impacto que esperamos en su ejercicio profesional. Ello mostraría la pertinencia de la forma como les trasferimos el conocimiento.
5. El proceso de acreditación evalúa el modelo de gobierno institucional. Ello es clave para el cumplimiento de las funciones educativas de la entidad, donde el uso adecuado de los recursos a través del desarrollo institucional, es fundamental.



### ¿Qué deberán ver los evaluadores en el nuevo proceso de acreditación?

Propongo que cuando vengán observen:

#### Nuestro anhelo...



1. El desarrollo de un programa de Medicina Comunitaria donde se muestre el impacto social a través de la atención integral, la unión con otros sectores y la participación activa de la comunidad. Además, un reconocimiento de la calidad de los programas a través de los estudiantes. La transformación de los escenarios de práctica comunitarios tanto para el pregrado como para el posgrado.



2. La transformación de la Clínica Juan N Corpas como un escenario acreditado para la docencia, donde los pacientes reciban una atención basada en los principios y valores de la Medicina Familiar, trabajando de forma integrada con los centros periféricos. Allí estudiantes y docentes conocen a sus pacientes de forma completa y el grado de satisfacción por la calidad de la atención es inmenso. Estar hospitalizado allí es realmente una experiencia memorable.



3. El incremento y la productividad de los grupos de investigación, refleja una poderosa orientación de la producción hacia la humanización de los servicios de salud, hacia la Atención Primaria en Salud, hacia la pedagogía (mejorar la forma de enseñar), hacia la mejor atención de las enfermedades prevalentes y hacia la búsqueda de medicamentos naturales al alcance de la población.



<http://www.monografias.com/trabajos01/1/1/pip-co-1/monografias.com-cliente/imagenes032.png>



<http://comoprevenirdiabetes.net/wp-content/uploads/2013/06/Plantas-Medicinales-Para-Curar-La-Diabetes.jpg>

4. Surgimiento de propuestas para el uso de plantas medicinales, que contribuyan como responsables o coadyuvantes a promover la salud de la población y acompañar a los enfermos cuando sea necesario.



5. El surgimiento en el cuerpo docente con una nueva forma de concebir la docencia corporativa integral, donde cada docente muestra un compromiso hacia la forma como enseña (evalúa su pedagogía), pero además sostiene una actitud de inquietudes en su quehacer (investiga) y trasfiere su conocimiento a la comunidad (proyección social).



**Biopsicosocial**



<http://21marcimianmodokaps.files.wordpress.com/2010/10/professional-harware.jpg>

6. Un fortalecimiento de los aspectos psicosociales en el desarrollo de la educación, la atención y la proyección social, buscando acercarnos más a la integralidad.

7. Una retroalimentación constante de los egresados, a través de la cual fortalecemos nuestros programas e incorporamos nuevos aspectos según la necesidad del ejercicio y promoviendo en ellos la vinculación de modelos organizativos que dignifiquen su ejercicio.



[http://www.campusvirtualesp.org/sites/default/files/slider-img/educ\\_aps\\_0.jpg](http://www.campusvirtualesp.org/sites/default/files/slider-img/educ_aps_0.jpg)

- 8. Una vinculación de nuestra facultad con universidades de pensamientos similares en Latinoamérica y el mundo, buscando construir redes internaciones que apoyen la preparación social de la Medicina y demás áreas de la salud, las que promuevan la salud como un derecho para toda la población.
- 9. Un posicionamiento nacional de la Medicina y Salud Familiar al interior de nuestra facultad, donde se vea a través de propuestas dirigidas por ellos, una forma distinta de enseñar y ejercer, pero que además tengan la capacidad de proyectarse en los programas de pre y posgrado del país.
- 10. Promoción de una cultura hacia la participación donde se vincule y haga participativa a la comunidad académica de los planes de desarrollo, y se les haga saber que ellos son los directos implicados, así como una cultura de las directivas hacia la rendición cuentas hacia la comunidad académica.

No dudo de la calidad de la facultad de Música ni de los programas de posgrados clínicos, que deben entrar en sintonía con los requisitos de la acreditación, para alcanzar tal distinción a nivel institucional que nos pondrá en consonancia con ese reconocimiento que creemos merecernos.

Desde Medicina Comunitaria, nuestro compromiso está bien presente.





## ESTUDIO MICROBIOLÓGICO DEL REÚSO Y ESTERILIZACIÓN DE LIMAS ENDODÓNTICAS COMO PRÁCTICA SEGURA

Ruth Yamile Gómez, Diana Marcela Rivera<sup>§</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar si las limas de endodoncia sometidas al proceso de reúso y esterilización, son un factor de riesgo en la atención de pacientes por la presencia de microorganismos patógenos.

**Tipo de investigación:** Estudio observacional descriptivo, de corte transversal, realizado en la ciudad de Bogotá.

**Población objeto y metodología:** Limas de endodoncia reusadas y esterilizadas en tratamientos de conductos hasta tres veces, números 25, 30 y 35. Se conformaron cuatro grupos de estudio sometidos al proceso de esterilización en autoclave. Para el análisis de crecimiento microbiológico, las limas estériles se cultivaron en *Thioglicolato TSP* por siete días, incubación a una temperatura de 35 +/- 1°C, revisión a las 24 y 48 horas. Se analizó la presencia o no del crecimiento de colonias de microorganismos en el medio, indicado por la turbidez en el medio.

**Resultados:** En cuanto al número de usos de las limas de endodoncia versus el crecimiento bacteriano, las limas sin usar y esterilizadas presentaron una prevalencia del 100 % en ausencia de crecimiento bacteriano. Las limas de primer uso, prevalencia de crecimiento bacteriano 83 %; limas de segundo uso 92 % y limas de tercer uso el 100 %. El reúso de limas sometidas al proceso de lavado y desinfección manual, más esterilización a vapor, no es un método recomendable pues no garantiza la esterilidad total. Este estudio demostró presencia de crecimiento bacteriano en todos los reusos.

**Palabra claves:** Reúso, endodoncia, esterilización, riesgo.

### ABSTRACT

**Objective:** To assess if endodontic files subjected to the reuse and sterilization process are a risk factor in the patients care because of the presence of pathogenic microorganisms.

**Type of study:** A cross-sectional observational and descriptive study held in Bogotá.

**Population and methodology:** Endodontic files reused in endodontic root canals, sterilized up to three times, model numbers 25, 30 and 35. Four study groups were formed and subjected to sterilization in autoclave. For analyzing microbiological growth, files sterile were cultured in *thioglycollate TSP* for seven days, incubation at 35 +/- 1 °C, check at 24 and 48 hours. The presence or absence of microorganism's colonies growing in the medium was analyzed, indicated by the turbidity in the environment.

**Results:** The analysis of the number of endodontic files uses versus the bacterial growth shows the endodontic files unused and sterilized had a prevalence of 100 % of the absence of bacterial growth. The prevalence of bacterial growth was 83 % in endodontic files at first use. This prevalence was 92 % in the second reuse and 100 % at third reuse. The reuse of endodontic files sent to the process of manual ware washing and a steam sterilization, is not a recommended method, because it doesn't guarantee the sterility. This study demonstrated the presence of bacterial growth in all reuses.

**Key words:** Equipment reuse, endodontics, sterilization, risk.

<sup>§</sup> Estudiantes Especialización en Sistemas de Garantía de Calidad y Auditoría de Servicios de Salud - FUJNC.  
ryamile\_gomez@hotmail.com, riverdiana@hotmail.com



## INTRODUCCIÓN

### La observación

En odontología se tiene la preocupación constante por el reúso y esterilización de insumos odontológicos, como las limas endodónticas, debido a que su morfología contribuye a la retención de depósitos en su parte activa, que pueden albergar microorganismos que comprometen la limpieza eficaz, el éxito de los tratamientos y su esterilización.

Los profesionales de endodoncia han participado en la búsqueda constante de los mejores resultados en la terapia endodóntica; no obstante, el mayor fracaso se produce en la región apical (zona considerada como crítica), sin detenerse a analizar si tal vez dichos fracasos surgieron por la falta de una limpieza adecuada de las limas de endodoncia (20).

### El problema

La esterilización de los instrumentos es un proceso intensivo que requiere cuidado y atención al detalle. El reúso de las limas podría ser una medida rentable en la práctica endodóntica, pero ¿constituirán un factor de riesgo para la atención de los pacientes dichas limas sometidas al proceso de reúso para tratamientos de conductos?

La evidencia científica respecto a la reutilización de limas de endodoncia como una práctica segura es deficiente; aunque este proceso se realiza frecuentemente, no se tiene claro hasta dónde esta práctica no genera riesgo para el paciente.

Estudios de análisis de limpieza y desinfección (cepillado, detergente enzimático, ultrasonido y el uso conjunto de estas) han demostrado que ninguna de las técnicas probadas fue capaz de desinfectar completamente las limas de endodoncia. A la vista de estos resultados, se observa la importancia de cambio en el paradigma de la desinfección de las limas. Aunque ciertos dispositivos como el ultrasonido + detergente enzimático ayudan en el proceso de limpieza, se requiere prestar atención especial al proceso de uso de las limas, antes, durante y después de los procedimientos que se realicen (19).

### Lo que se quiso hacer

Esta investigación se centró en evaluar si las limas de endodoncia utilizadas para tratamientos de conductos y sometidas al proceso de reúso y esterilización, son un factor de riesgo en la atención de los pacientes que dentro de su enfermedad oral requieren restablecer su salud con tratamiento de endodoncia por diagnóstico de patologías pulpaes.

## METODOLOGÍA

**Tipo de estudio:** Estudio experimental.

**El objeto del estudio:** corresponde a limas de endodoncia de primera serie sin usar, reusadas y esterilizadas en la institución hasta tres veces, marca Maillefer k-file. Se seleccionaron tres diámetros distintos 25, 30 y 35 mm por ser las más usadas durante la preparación endodóntica y por ser aquellas que no se consideran desechables después de su uso.

**Intervención:** En total 36 limas sometidas al proceso de reúso y seis sin uso. Dentro de las variables de las limas se encuentran: **La dimensión de la lima**, se refiere al ensanchamiento requerido para trabajo del conducto radicular número 25, 30 y 35. **El reúso de la lima**, cantidad de veces que se usa y esteriliza, para cuya identificación se utilizaron topes de caucho de diferente color, para las limas de primer uso tope de color amarillo; para las limas de segundo uso, tope de color verde y para las



limas de tercer uso, tope de color rojo o negro. Se conformaron cuatro grupos de estudio según el uso, todas sometidas al proceso de lavado mecánico y esterilización a vapor denominadas:

- Grupo uno (sin usar): seis limas.
- Grupo dos (limas de primer uso): cuatro paquetes, cada uno con tres limas, para un total de 12 limas.
- Grupo tres (limas de segundo uso): cuatro paquetes con tres limas para un total de 12 limas.
- Grupo cuatro (limas de tercer uso): cuatro paquetes con tres limas, para un total de 12 limas.

**Proceso de esterilización:** en las limas se refiere a la destrucción total e irreversible de cualquier forma de vida microbiana realizado en todas las limas. Como forma de medición se utilizó el criterio de esterilizadas y no esterilizadas.

**Crecimiento microbiológico:** definido como ausencia o presencia de crecimiento.

Después de cada uso, todas las limas fueron sometidas al proceso de reúso y esterilización, empacadas en bolsas de polipropileno, sometidas al proceso de esterilización en autoclave a vapor *Tuttnauer* a 134 °C, en un ciclo de siete minutos y 30 minutos de secado.

**Medida:** Los paquetes estériles de limas fueron recolectados en un recipiente plástico con tapa que permitió el cierre hermético y el almacenamiento de estos hasta completar la muestra para luego ser transportado al laboratorio clínico. Para el análisis de crecimiento microbiológico de las limas estériles, estas se cultivaron en Tioglicolato TSP por siete días, con una incubación a una temperatura de 35 +/- 1 °C, con revisión a las 24 y 48 horas.

**Clasificación de los microorganismos:** corresponde a la clasificación de microorganismos analizados en el medio de cultivo aerobios, anaerobios y microaerófilos.

**Riesgo en la atención:** para esta investigación se identificará como riesgo en la atención a todas aquellas limas que presenten colonización.

## RESULTADOS

**Tabla 1.** Número de limas reutilizadas en proceso de endodoncia en una IPS en el 2014

CONDICIÓN	Nº	%
Sin usar	6	14,3
Un solo uso	12	28,6
Dos usos	12	28,6
Tres usos	12	28,6

En total se estudiaron 42 limas.



**Tabla 2.** Porcentaje de presencia bacteriana en las limas de endodoncia de acuerdo al número de reúso en una IPS en el 2014

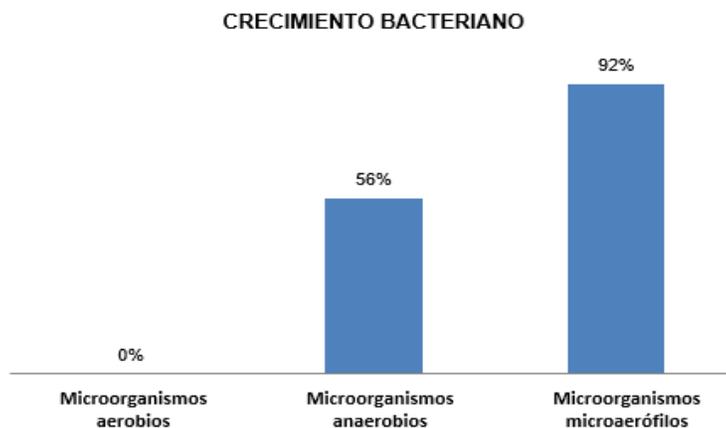
CONDICIÓN	Crecimiento Bacteriano	%
Sin usar	0	0
Un solo uso	10	83
Dos usos	11	92
Tres usos	12	100

En los resultados obtenidos en la tabla 2, el número de usos de las limas de endodoncia versus el crecimiento bacteriano, las limas sin usar y esterilizadas presentaron una prevalencia del 100 % en ausencia de crecimiento bacteriano y se evidencia un crecimiento bacteriano en la medida que se reutilizan más.

Con relación a la medición del riesgo para los pacientes, de las 36 limas reusadas y sometidas al proceso de esterilización, al ser analizadas se evidencia la presencia de crecimiento bacteriano en 33 limas, como se observa en la tabla 2.

El estudio confirma la colonización bacteriana de microorganismos anaerobios y microaerófilos en las limas de endodoncia reutilizadas en un 92 %, aun después de ser sometidos a procesos de desinfección mecánica y esterilización a vapor, proceso convencional usado en la práctica diaria.

**Gráfico 1.** Colonización bacteriana en las limas de endodoncia de acuerdo al número de reúso en una IPS en el 2014



## DISCUSIÓN

Estudios anteriores que evaluaron procedimientos de limpieza y desinfección actuales para limas de endodoncia, muestran que son técnicas inapropiadas para el control de infecciones (12, 18).



En el estudio de Morrison se evidencia que el proceso de esterilización es efectivo para el grupo de limas no usadas (13); igualmente en el presente estudio los resultados muestran la ausencia de crecimiento microbiano de todo tipo en limas que no habían sido usadas, pero sí esterilizadas.

El riesgo de transmisión de enfermedades en odontología, como Creutzfeldt-Jakob, es actualmente desconocido; sin embargo, los estudios en animales han demostrado que estos priones pueden ser transmitidos a través de la vía oral (13). El presente estudio mostró que de las 36 limas analizadas reusadas y sometidas al proceso de esterilización, 33 presentaron crecimiento bacteriano, es decir, un 92 %. La alta frecuencia de tratamiento de conductos con el reuso de limas podría aumentar la posibilidad de un evento adverso.

Estudios realizados (15, 16) establecen que el proceso de esterilización en autoclave, con parámetros de temperatura, tiempo y presión similares a los aplicados en el presente estudio, garantiza esterilidad total. Sin embargo, ambos estudios utilizaron técnica in vitro, precontaminando las limas únicamente con *Bacillus stearothermophilus* (bacterias gram positivas, termófilas, aerobias y heterótrofas).

Comparativamente estos resultados, y los obtenidos en el presente estudio, no muestran diferencia si se analiza únicamente presencia de bacterias aerobias (*Bacillus stearothermophilus*). En el análisis microbiológico realizado a las limas del presente estudio, el resultado obtenido es ausencia de crecimiento para microorganismos aerobios; sin embargo, hay presencia de crecimiento de bacterias anaerobias en un 55 % y microaerófilos en 91 %, que van aumentando de acuerdo al reuso de la lima.

Otros estudios que combinaron técnicas de desinfección y esterilización poco utilizadas en nuestro medio, plasma de oxígeno (2) (ultrasonido y desinfección térmica), más esterilización a vapor (14), para el análisis microbiológico, no detectaron bacterias en las limas sometidas a este proceso.

Aun así, parece creciente la evidencia de que el proceso de esterilización convencional usado en la clínica no es totalmente eficaz en el proceso de reuso de limas endodónticas, si bien pueden existir nuevos métodos, se debe analizar la factibilidad de traerlos a la rutina diaria, sus costos e implementación. De esta manera se debe considerar la necesidad de que las limas de endodoncia sean dispositivos para un solo uso, evitando eventos adversos y proporcionando prácticas seguras a los pacientes.

Teniendo en cuenta la bibliografía revisada, dos estudios con técnicas distintas demostraron la esterilidad total de las limas (el plasma de oxígeno y el proceso de lavado con ultrasonido, más desinfección térmica y esterilización a vapor), se sugiere nuevos estudios aplicando estas técnicas poco convencionales en nuestro medio, sin olvidar el análisis de costo-beneficio.

Para el presente estudio se presentaron como limitantes el bajo número de endodoncias realizadas en la institución durante el período evaluado y los altos costos del análisis microbiológico de las limas, lo que conlleva a un tamaño de muestra no muy amplio que podría incidir en el resultado.

En conclusión, todas las limas nuevas deben ser sometidas al proceso de esterilización antes de usarse. El reuso de limas de endodoncia sometidas al proceso de lavado y desinfección manual, más esterilización a vapor, **no es un método recomendable** al no garantizar la esterilidad total. Este estudio demostró presencia de crecimiento bacteriano en todos los reusos, lo que genera un factor de riesgo para los pacientes. Por lo anterior, las limas de endodoncia deben ser consideradas como un dispositivo odontológico para un solo uso.



## Bibliografía

- (1) Hogg N JV, Morrison AD. Reesterilização de instrumentos usados em clínica hospitalar de cirurgia bucomaxilofacial. Jr. Can. Den. Assoc. 2005; 71(3):179-82.
- (2) Ueno M, Irrazabal W, Cardoso A, Otani, Maciel HS. Esterilização de limas endodônticas com de oxigênio. Pesqui Odontol Bras. 2000; 14(3): 205-208.
- (3) Hernández A, Gómez C. Descripción del uso y reúso de dispositivos médicos en instituciones de atención en salud de alto nivel de complejidad en Colombia. Bogotá OPS, marzo de 2004.
- (4) Vítolo F. Reutilización de dispositivos médicos de uso único. Aspectos médicos, regulatorios y legales. Biblioteca Virtual, agosto de 2013.
- (5) Mcpherson Ch. An ethical imperative to use reprocessed medical equipmet. Academic Medicine. Mcpherson Ch. 2010; 85(9): 1397.
- (6) Devices, 1. Single-Use Medical. [Internet]. United States General Accounting Office. [citado 2014 Mar 12]. 22 de March de 2000. Disponible en: [www.gao.gov/new.items/he00123.pdf](http://www.gao.gov/new.items/he00123.pdf).
- (7) FDA. Medical Device User Fee and Modernization. Disponible en: <http://www.fda.gov/>. 26 de October de 2002 [citado 2014 Jun].
- (8) Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 255/94. Reglamentación del Decreto 2505/85. 7 de abril de 1994 [citado 2014 Jun 14].
- (9) Decreto 4725 de 2005. [Internet]. Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano. Bogotá. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=18697>.
- (10) Ministerio de Protección Social. Resolución 486 de 2003. [Internet]. Por el que se modifica el criterio No 4 del estándar de Insumos. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%200486%20DE%202003.pdf>
- (11) Acosta S, De Andrade V. Manual de esterilización para centros de salud de la Organización Panamericana de la Salud. 2008.
- (12) Van DA, Zilm PS, Rogers AH, Marin PD. A SEM Evaluation of Debris Removal From Endodontic Files After Cleaning and Steam Sterilization Procedures. Australian Dental Journal, 2004; 49(3): 128-135.
- (13) Morrison A, Conrod S. Dental Burs and Endodontic Files: Are Routine Sterilization Procedures Effective? JCDA. 2009; 7(1).
- (14) Van DA, Zilm PS, Rogers AH, Marin PD. Microbiological Evaluation of Endodontic Files After Cleaning and Steam Sterilization Procedures. Australian Dental Journal 49:(3), 2004: 122-127.
- (15) Venkatasubramanian R, Jayanthi, Das UM, Bhatnagar S. Comparación de la eficacia de la esterilización de limas de endodoncia por cuatro métodos diferentes: Un in vitro estudio. J Indian Soc Pedod Anterior Dent 28, 2010; 2-5.
- (16) Raju TB, Garapati S, Agrawal R, Reddy S, Razdan A, Kumar SK. Sterilizing Endodontic Files by Four Different Sterilization Methods to Prevent Cross-infection - An In-vitro Study. J Int Oral Health. 2013; 5(6): 108-112.
- (17) Chávez E, Domínguez NM, Acosta S, Jiménez L, De la Cruz R, Grau P, et al. Evaluación de la eficacia de la esterilización del instrumental odontológico en la Clínica de Odontología de Unibe. Rev Nac Odontol. 2013; (17): 35:39.
- (18) Kahan RS. Cleaning endodontic files in a washer disinfecter. British Dental Journal 204. 2008; 562-563.
- (19) Pinto ML, Motcy E, Borin G, Fontoura T. Eficácia de diferentes técnicas na limpeza dos instrumentos endodônticos. Rev Gaúcha Odontol. Porto Alegre. 2010; 58(3): 369-373.
- (20) Araujo S, Albuquerque D, Rios M. Limpeza em limas endodônticas pós-uso e pré-esterilização Cleanliness of endodontic files after use and before sterilization. RGO, Porto Alegre. 2008; 56(1): 17-20.

-----



## Atención Primaria en Salud...

# RESULTADOS, SISTEMATIZACIÓN, ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN COLOMBIA

Resumen efectuado por Juan Carlos González\*\*



Ministerio de la  
Protección Social  
República de Colombia  
Dirección General de Salud Pública



**DOCUMENTO:**

SISTEMATIZACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DESARROLLADAS EN EL PAÍS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD -APS - Y REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD -RISS- EN LOS NIVELES TERRITORIALES

**Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS**

(versión final ajustada)

CONVENIO 485 MPS y OPS/OMS

LINEA DE GESTIÓN INTEGRAL EN SALUD PÚBLICA

Bogotá, enero de 2012

**Roberto Suarez  
Sara Zamora  
Giovanni Conte  
María Fernanda Olarte**

\*\*\* MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – [juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co](mailto:juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co)



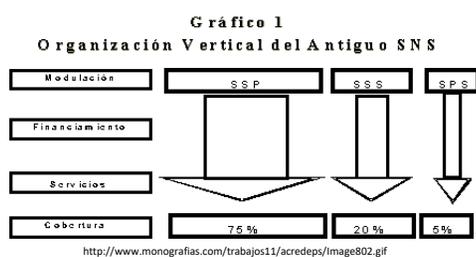
## Un problema

Hacer ver que las condiciones sociales de la persona y la población son tan importantes como las condiciones médicas fue todo un reto en el país. Hacer notar la necesidad de integrar sectores tan aparentemente disímiles como obras públicas (hacer acueductos) a la salud (enfrentaba a la diarrea) no fue tan fácil en la práctica como podría ser en teoría. La revisión deja en claro, a mi juicio, que el médico del momento tenía una visión predominantemente biológica y curativa y escasamente preventiva y, mucho menos, comunitaria.

Aun con lo anterior, el documento da a entender que en muchos municipios del país el proceso de APS empieza a impulsarse.

### Momentos a tener en cuenta en la aplicación de la APS

Los autores conceptúan que existen cuatro claves cronológicas para la implementación de la APS:



1. Ubicarla dentro del sistema de salud previo a la ley 100 de 1993.
2. Pensar en el momento posterior a la implementación de la ley 100.
3. La resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud.
4. La ley 1438 del 2011.

Antes de la ley 100, el avance de la APS está en un proceso de inclusión paulatino dentro del Sistema Nacional de Salud. La llegada de la ley 100 la hace perder y todo el intento de integración se ve transformado en una fragmentación de servicios y atenciones con un impuso notorio a la visión de costos. La aplicación de la Resolución del 2012 del 2000 procuró responder (sin éxito creería yo) a esa fragmentación y surge la *APS Renovada* como una respuesta a la actual crisis del Sistema General de Salud que se plasma en la ley 1438 del 2011.



## Una concepción que se impone

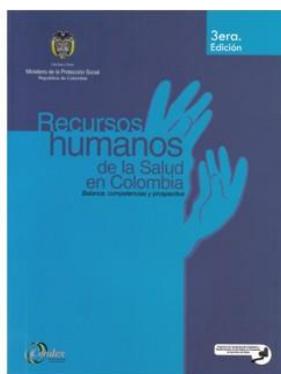


Interpreto (el que escribe este resumen) que la fuerza que se le dio a nivel municipal a la descentralización en salud, hizo que la APS se empezara a concebir más como salud para los más pobres y que se empezara a impulsar con más fuerza la prevención y la promoción de la atención. De hecho, se crean prestadores distintos para una u otra actividad. Se empiezan a formar otros equipos dedicados a impulsar la seguridad social, es decir, se completa un fraccionamiento haciendo retroceder la integración que buscaban Alma Ata y el país de los ochenta.

### Lo cierto (opinión)

A raíz de que el Estado con sus IPS van a quedar a cargo de la población del régimen subsidiado, estas IPS empiezan a ser un "acomodo" de la APS que venía antes de la ley 100 con la Seguridad Social y surge una mezcla "extraña" pero que se aleja de la necesaria integración que implica la APS conceptual y filosóficamente. A raíz de la ley 1438, se retoma, al menos en la teoría, la concepción integral de la APS.

### Los equipos: ¡la clave y el abandono!



[http://libu.s3.amazonaws.com/img/606\\_recursos\\_u\\_puj.jpg](http://libu.s3.amazonaws.com/img/606_recursos_u_puj.jpg)

Formar el recurso humano en APS fue la mayor dificultad. No se crearon programas "oficiales" para tal efecto. La capacitación surgió de las experiencias realizadas y, por ende, restringidas a quienes la



recibían. Ello va a determinar que no se tengan interlocutores y que sea un fenómeno aislado. Además, empezó a verse la dificultad en torno la contratación, con falta de continuidad y una dependencia de los políticos del momento quienes fueron, a raíz de la descentralización, los responsables de tales equipos. Si existieron experiencias exitosas en los ochenta, en particular en lo referido a las personas, la década de los noventa hace que se borren.

### Buscando alternativas en el recurso humano

En distintas partes de Colombia se empieza a promover la constitución de equipos, algunos de ellos denominados de APS. Los secretarios de salud se convierten en los organizadores. Se cuestiona si deben o no participar los médicos, por el riesgo de medicalizar todo el actuar.

### Promoción de personal técnico

Con el fin de sostener contacto con la comunidad se empieza a promover la formación de técnicos con énfasis hacia la comunidad.

### Lo que entró con fuerza

Como parte de la APS, entra la necesidad de caracterizar debidamente la comunidad. Diagnósticos de las familias, diagnósticos epidemiológicos, empiezan a ser usados en los municipios. Con base en ellos se inician los planes de salud los que, por cierto, hacen énfasis en las poblaciones más vulnerables.

### Promotores de Salud

Reconocidos por el común de ser los técnicos que van a las casas, se convierten pronto en los intermediarios de salud entre los servicios y la comunidad. Sin embargo, y a pesar de su importante papel, ocupan la escala más baja del modelo laboral en salud.

### Lo que tienen en común estas experiencias



<http://www.mspbs.gov.py/v3/wp-content/uploads/2015/03/ypacara1.jpg>

1. No cabe duda de que el principal punto en común es formar parte de los municipios y es de carácter oficial.
2. Todas parten de los diagnósticos de las comunidades, usando las visitas casa a casa.
3. Todas están dirigidas a la población subsidiada.



4. Todas tienen unos equipos de recursos humanos en contacto con la comunidad (extramurales).
5. El primer contacto con la persona y su familia se hace a través de visita, donde hacen diagnóstico y canalizan para otros niveles de atención de acuerdo a la priorización que elaboren de la situación encontrada.
6. Todas han usado los equipos de contacto primario para fortalecer el aseguramiento.
7. Todos los modelos tienen equipos de contacto primario (extramurales) e intramurales a donde son remitidos los casos priorizados.
8. Existe interés de todos los equipos en detectar riesgos psicosociales.
9. Estas experiencias muestran continuidad entre los distintos gobiernos que han pasado, casi desde el 2008 hasta el 2011.

### Diferencias

1. La constitución del equipo, en particular el que entra en contacto con la comunidad. Unos usan más profesionales, otros técnicos. Por ejemplo, en Bogotá se forman megaequipos con distintas responsabilidades.
2. Los equipos responden a un modelo y, de acuerdo a ese modelo, se hace la asignación de familias a cargo.
3. Existen modelos donde las visitas son a cargo de personal técnico y otros donde se hacen por profesionales.
4. Existen equipos donde incorpora personal a cargo de Salud Pública encargados de modificar el riesgo sanitario de la vivienda (educación sanitaria), por ejemplo, Boyacá.
5. La presencia del médico no es una constante de los equipos de contacto primario. Menos frecuente es la presencia de psicólogos o trabajadores sociales o nutricionistas. En cambio, la enfermera parece estar en todos los equipos.

### Particularidades



1. **Barranquilla:** Con sus PASO (Puntos de Atención en Salud Oportuno) y CAMINO (Centros de Atención Médica Integral Oportuno).
  - 1.1. Sus caminantes de la salud.



2. **Bogotá:** con su desarrollo estratégico en cuatro aspectos.
  - 2.1. **Gestión del territorio**, que se desarrolla en tres niveles:
    - 2.1.1. La gestión en el propio ámbito.
    - 2.1.2. La gestión en las instituciones.
    - 2.1.3. La gestión con actores locales.

En este contexto, la gestión del territorio consiste en realizar acciones tanto administrativas a nivel de instituciones, como de abogacía civil que permitan la optimización y articulación efectiva de los diferentes actores y sectores relevantes, que garanticen la respuesta integral e integrada a las necesidades detectadas.

- 2.2. **Intervenciones que promuevan la salud.** En este escenario se busca incentivar:
  - 2.2.1. Las actividades de información, educación y sensibilización realizadas por los equipos de Salud Familiar y Comunitaria.
  - 2.2.2. La canalización de programas y servicios.
  - 2.2.3. El fomento y seguimiento a la adherencia a programas de salud.
  - 2.2.4. El fortalecimiento de las acciones individuales de promoción y prevención.
  - 2.2.5. Así mismo, se plantea la intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y del desarrollo humano.
  - 2.2.6. También se propone la estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC), que consta de encuentros de familias en situación de discapacidad para empoderarlas y hacerlas conocedoras de sus derechos.



**SESALUB**  
Secretaría de Salud de Boyacá

<http://www.cribsaludmental.gov.co/images/Logosecreasalud.PNG>

- 2.3. **Boyacá** con el esfuerzo en su modelo en la vinculación de la situación sanitaria de cada vivienda.
- 2.4. El **Valle** que propone integrar al Gobierno como autoridad sanitaria, el territorio donde se debe integrar sectores distintos a la salud y la comunidad, y la comunidad como gestora de la autogestión en salud. El documento deja entrever que el Secretario Departamental es un actor clave.



- 2.5. **Cundinamarca** hace énfasis en campañas tipo brigadas de salud (Patrullas de Salud Pública).
- 2.6. **Manizales** enfatiza más la atención a través de sus equipos (no hace tanto énfasis en el proceso de participación) y pareciese su énfasis en la búsqueda de una atención integral, no mencionándose la intersectorialidad y la participación.
- 2.7. En **Santander**, (como en Bogotá) se hace notoria una continuidad en la búsqueda de la APS por parte de la Gobernación desde el 2004: "Santander en Serio", "Santander Incluyente", 2008 y, "Santander Sano", 2011. Resulta evidente ese esfuerzo por armonizar el aseguramiento, la prestación de servicios, con la Salud Pública, y atención de desastres.
- 2.8. En **La Dorada** existe una continuidad desde 2010. Visitan casa por casa, hacen el diagnóstico, identifican el riesgo e implementan actividades, no solo de salud siguiendo lineamiento de la Resolución 412 (ejemplo AIEPI), sino que abordan la Salud Pública.



<http://versalles-valle.gov.co/apc-aa-files/39663333396334656164326562353431/imagen-pdm-50-.jpg>

- 2.9. **Versalles**, donde su fuerza está en la participación comunitaria. Desde la influencia del desarrollo del Instituto Campesino de Buga y Radio Sutatenza y la ANUC (Asociación Nacional de Unión Campesina), se promovió muy fuerte el liderazgo comunitario. Desde 1989, y partiendo de la Iglesia y la Alcaldía, se impulsan los CPC (Comités de Participación Comunitarios). Allí parten del papel de la comunidad en la solución de sus problemas. En 1998 y con una sólida organización comunitaria se lanzan a la APS, integrando a partir de este aspecto los demás relacionados con esta estrategia.

### Lo positivo de las experiencias

En común:

- El reconocimiento de las necesidades comunitarias a partir de diagnósticos bien elaborados (casa por casa).
- La promoción del acceso a los servicios.
- El usar el contacto casa por casa para incrementar el aseguramiento.
- El compromiso político que le ha dado continuidad a los procesos.



- El haber llegado a sitios más distantes.
- El papel del promotor comunitario.
- Promoción de formación de recurso humano.
- Intento de integrar la prestación con la salud pública.
- Impulso a la prevención.
- Intentos de trabajo intersectorial.
- La inclusión de la academia (Universidad de Antioquia).
- Acceso de los más pobres a los servicios de salud.

Mención especial al caso de Versalles, donde todo el desarrollo lo han logrado a partir de la participación comunitaria, incluso siendo un ejemplo de voluntariado comunitario.

## LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA



[http://www.fastonline.org/CD3WD\\_40/HLTHES/APS/APS205/GIF/P03B.GIF](http://www.fastonline.org/CD3WD_40/HLTHES/APS/APS205/GIF/P03B.GIF)

Está representada por la imagen del **promotor de salud** quien se encarga de ser el puente entre la comunidad y las organizaciones de salud. Su actuar está basado en:

- Identificar las condiciones en que viven las familias.
- Los procesos educativos a su cargo, procesos destinados a enfrentar problemas particulares de la salud y crear una apropiación de la comunidad en torno a su salud.

### Pero...

Si bien existe tal papel del promotor, su importancia se pierde en la comunidad ante la falta de respuesta del mismo a los problemas de la prestación. Es como si fracasara acá su papel de mediador.

Plantean en este trabajo que la participación comunitaria aún no es real. Salvo excepciones como la de Versalles, las opiniones de la comunidad no se promueven (no tienen impacto político) pues aún no se responde a las mismas. Es como si se dijera "¿Qué valor tiene hacer una recomendación de

cómo mejorar si el sistema no la va tener en cuenta?”. El ejemplo mayor es que la comunidad no participa en la construcción del modelo; a esta se le invita a participar de uno ya dispuesto.

### Primer contacto

Todas las experiencias coinciden en la búsqueda al interior de la comunidad a través de las visitas de los promotores de salud (o de los equipos configurados) lo que establece el primer contacto. De allí se remite a los miembros de la familia para la atención de lo que necesiten.

### El enfoque diferencial

A través de las visitas domiciliarias resulta evidente que se puede identificar poblaciones con situaciones especiales, lo que ha permitido hacerles planes particulares. Sin embargo, se reconoce una dificultad de los equipos para abordar poblaciones en situaciones especiales (por ejemplo, desplazados), pues resulta claro que las necesidades y los procesos para incluirlos son muy diferentes.

## INTERSECTORIALIDAD

Describen los autores de la evaluación que para las Entidades Promotoras de Salud (EPS), la APS es promoción y prevención. Resaltan que las autoridades municipales son las “más” avanzadas en torno a la concepción y aplicación de la APS y son las Empresas Sociales del Estado (ESE) las encargadas de aplicarlas. En tal sentido, ponen de manifiesto la dificultad de trabajar en red entre las distintas entidades en los casos de remisión.

### Unión con otros sectores



Expresan que realmente es muy limitada. Existen experiencias puntuales pero escasas. Algunas universidades públicas, o el SENA han capacitado personal. Expresa el documento que este aspecto está claramente retrasado en la evaluación de las experiencias.



### Sistemas de información

Dada la inmensa cantidad de información que se recoge de las visitas, por ejemplo, los sistemas de información resultan claves al momento de hacer planes. Se puede observar desarrollo en ello, sin embargo, el lograr que dichos sistemas sean funcionales para la toma de decisiones ha sido muy complicado y aún estamos atrasados en esto.

### Rectoría

Si bien la ley 1438 establece que la directriz de la APS ha de estar cargo del Ministerio, resulta evidente que aún no se ha podido crear un modelo funcional al respecto. Estas experiencias muestran un papel más importante a partir de las regiones, con la gobernación y los municipios (entes territoriales). Sin embargo, se pone de manifiesto que también existen muchos vacíos en torno a estas relaciones, dejando casi a los municipios con la dirección y ejecución de la APS.

### Resultados

Aquí encontramos otra debilidad. No existe forma aún de medir claramente los resultados. No ha sido fácil identificar qué es lo que impacta las acciones de APS desarrolladas. Tal vez las acciones educativas de algunos de los programas sí han mostrado resultados medibles e impactantes.

### Experiencias sobresalientes

El criterio de selección ha sido la permanencia a lo largo del tiempo y la identidad social alcanzada.

### Versalles



<http://www.elpais.com.co/elpais/sites/default/files/2012/01/medico675.jpg>

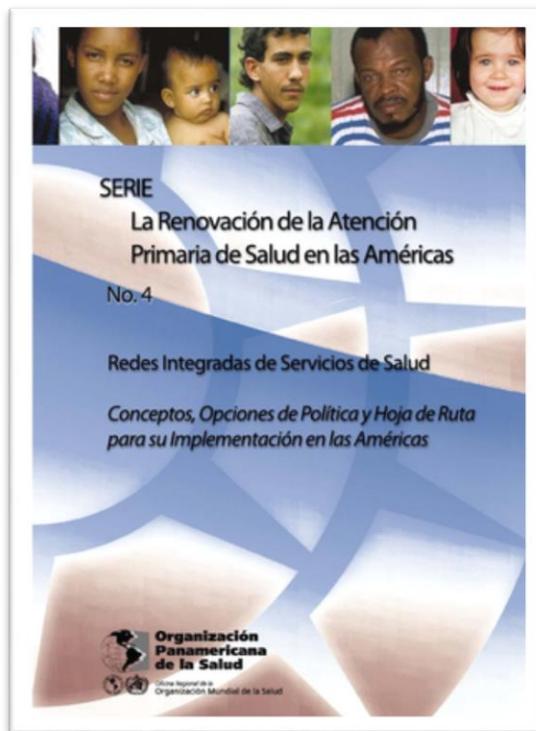
*Doctor Henry Valencia, uno de los impulsores de la salud y la comunidad en Versalles*

Dentro de las experiencias, este municipio ha alcanzado a lo largo del tiempo un desarrollo sostenido en sus procesos comunitarios. La clave ha sido una posición filosófica donde dicen que la solución de los problemas de la comunidad está en manos de la comunidad. Un aspecto operativo clave es que buena parte de su trabajo comunitario se basa en el voluntariado, permitiéndoles mantener desarrollos a pesar de los escasos recursos. Además, la integración de los servicios y de recursos en torno al



objetivo donde, por ejemplo, si salud necesita un psicólogo y educación lo tiene, lo aporta para ese proyecto. Ello ha llevado a que el liderazgo comunitario tenga mucha visión y permanezca hacia el futuro. Además, tienen una fuerza política con la comunidad que hace que las autoridades escogidas, sostengan los programas.

### Barranquilla



El programa representado con las siglas PASO y CAMINO se ha convertido en un proyecto de gestión representativa y actividades importantes en la ciudad. Existen más de 300 caminantes (promotores comunitarios) y visitan 450 familias al mes. El éxito ha sido la coordinación entre PASO y CAMINO y, la dificultad, el sostenimiento de los equipos por aspectos salariales (paga baja lo que da pobre continuidad). No han podido medir el grado de resolutivez lo que hace difícil conocer el impacto. La intersectorialidad es pobre.

### La Dorada

Bajo el nombre de *Atención Primaria Social* se ha logrado una continuidad desde 2005 a raíz de que el actual alcalde (2011) fue el Secretario de Salud de aquel entonces y construyó las bases del programa que hoy funciona. Han utilizado formas de clasificación interesantes encaminando su máximo esfuerzo a los barrios más deprimidos económicamente. Las Células de Acción Solidaria (CAS -por cada 500 casas una célula-) son los núcleos hacia donde se dirige la acción, los que presentan sus problemáticas y, con base en ello, se hacen las intervenciones. Estos CAS han de articularse con la ESE en torno a la prestación. Su logro más interesante ha sido el trabajo intersectorial, pues han vinculado a las ESE, la Iglesia, las comisarías de familia, el SENA y la educación. La participación es aún pobre, siendo los técnicos los que toman las decisiones.



## CONCLUSIONES: PARA MEJORAR

### De conocimientos

#### Confusiones acerca de la APS



1. No hay claridad conceptual sobre qué es APS.
2. Debido a la multiplicidad de entendimientos de la APS, su traducción a planes y a un sistema de información, no hay una estandarización de la información en el plano nacional.

#### Del modelo actual

1. La fragmentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es una limitante importante para la eficacia de la APS.
2. La lógica de la APS entra en contradicción con el modelo económico que rige el SGSSS.
3. Existe un problema de recurso humano debido a la alta rotación del personal y a las precarias condiciones laborales en el plano salarial y las tareas asignadas.
4. Falta de personal calificado en APS.
5. La conformación de los equipos básicos de APS está sujeta a las necesidades locales y a las posibilidades presupuestales.
6. En la mayoría de los casos no se evidencia la práctica efectiva de las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS).
7. El acercamiento entre salud pública y aseguradoras es reducido y fragmentado.
8. La sostenibilidad debido a la infraestructura, planes y recursos no está asegurada.



### De la rectoría



## Rectoría



<http://image.slidesharecdn.com/sistemasdesaludcursoapsrissd-salgado-110830102231-pphapp01/95/sistemas-de-salud-curso-aps-riss-dr-salgado-28-728.jpg?cb=1314700440>

1. Se evidencia un vacío institucional por parte del Ministerio de Salud.
2. Se percibe la necesidad de una mayor rectoría del Ministerio para hacer efectiva la APS.
3. A pesar de los esfuerzos de comunicación y sistemas de información, la toma de decisiones no está apoyada por unos procesos rigurosos de análisis.
4. En varias experiencias se solicitó la unificación de instrumentos de diagnóstico y de contar con un sistema de información nacional.

### De la implementación



[http://www.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/images/renovacion\\_aps\\_ecu\\_0.png](http://www.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/images/renovacion_aps_ecu_0.png)

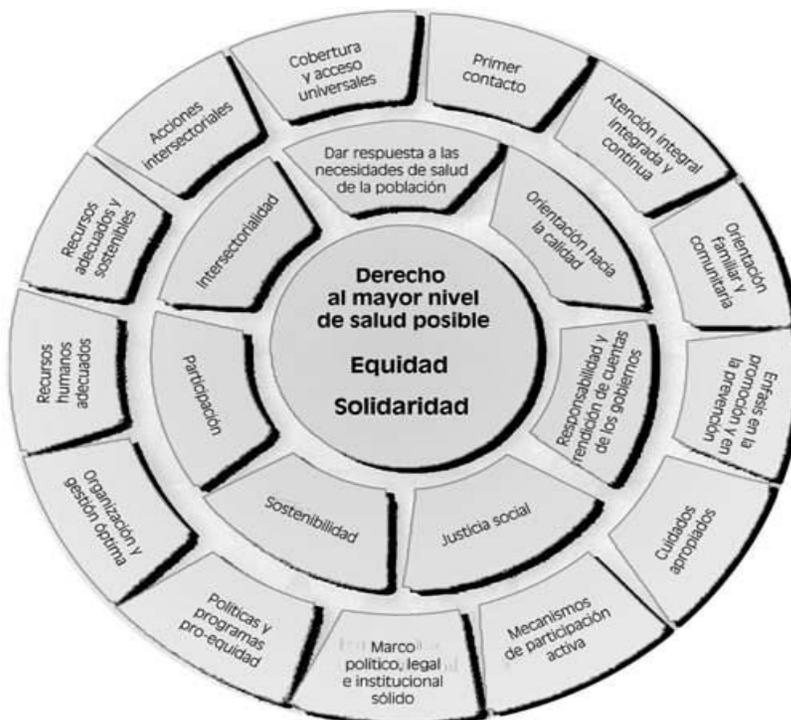
1. Algunas experiencias evidencian que la implementación de la APS es incipiente y que, por lo tanto, no trasciende los planes del Gobierno.
2. Falta de flexibilidad en la manera de hacer cultural y socialmente pertinente la APS en los diferentes lugares.
3. El definir el trabajo de la APS por metas lo hace insuficiente ya que no se mide la calidad.
4. En algunas experiencias asimilan la participación social con la salud comunitaria conduciendo así a políticas asistencialistas.
5. La APS es siempre selectiva dejando de lado poblaciones vulnerables.
6. Las experiencias se centran en un concepto de salud familiar que no necesariamente corresponde a lo que es salud familiar en realidad.
7. En las experiencias falta integrar al régimen contributivo para buscar la universalidad.



### De los municipios

1. La APS tiene una difícil proyección debido a su codependencia con los planes de gobierno departamental, municipal o distrital.
2. La voluntad política es un determinante importante para la implementación de la estrategia.

### Lo cierto es que...



[http://www.aps.cisas.org.ni/sites/aps.cisas.org.ni/files/images/valores\\_principios.jpg](http://www.aps.cisas.org.ni/sites/aps.cisas.org.ni/files/images/valores_principios.jpg)

1. Existen experiencias positivas en APS en el país que evidencian la viabilidad de la APS.
2. Las experiencias son importantes, pero están sin comunicar y analizar.
3. En la mayoría de los casos existe un capital humano formado en las anteriores experiencias de APS que está comprometido y que cree en la importancia de la APS.
4. Se pudo detectar la existencia de una vanguardia de ideólogos en APS que se han encargado de difundir el modelo y sensibilizar a los actores implicados en la implementación de la estrategia.
5. La existencia de la normativa vigente (ley 1438) es una plataforma importante de sostenibilidad de la estrategia.
6. La existencia de múltiples plataformas de información evidencia el creciente interés por tener datos confiables y producir indicadores que puedan servir de insumos para planeación estratégica.



## Recomendaciones



<http://www.periodicoelpulso.com.co/images/ju05/debate/grafico.jpg>

### 1. En torno a la concepción de la APS:

- 1.1. Lograr claridad conceptual sobre lo que es APS, es importante la formación continuada del personal que trabaja directa o indirectamente en APS.
- 1.2. Lograr contratar el recurso pertinente y capacitado dentro de un régimen laboral estable con cargas laborales que hagan viable la APS.
- 1.3. Fortalecer la veeduría en la contratación del recurso humano para los equipos de APS.
- 1.4. Sustentar la toma de decisiones a partir del análisis situacional de cada caso por parte del equipo de APS.
- 1.5. Comunicar y aprovechar las experiencias positivas en APS por medio de una mesa de trabajo nacional.
- 1.6. Flexibilizar la APS para que sea cultural y socialmente pertinente en los contextos locales.
- 1.7. Replantear y lograr claridad sobre qué es la participación social en APS para establecer criterios similares en todo el país.
- 1.8. Replantear y lograr claridad sobre qué es la salud familiar en APS para establecer criterios similares en todo el país.

### 2. En torno al SGSSS:

- 2.1. Superar la fragmentación del SGSSS.
- 2.2. Integrar efectivamente las RISS.
- 2.3. Desarrollar mecanismos de inclusión para cobijar poblaciones del régimen contributivo.
- 2.4. Fortalecer la APS en el área rural.

### 3. En torno a rectoría y a la dirección:

- 3.1. Mayor rectoría y acompañamiento técnico por parte del Ministerio de Salud. Esto exige un proceso de flexibilización de la APS, pero en donde se acompañen los procesos de manera adaptada y socialmente sensible.
- 3.2. Promover la relación entre el sector público en salud con la investigación, la formación y la aplicación en instituciones de educación superior.



- 3.3. Lograr desvincular la APS de los planes de gobierno territoriales y que se convierta en política pública del sector salud.
- 3.4. Desarrollar un seguimiento a las metas a cumplir que esté acompañado de un monitoreo de la calidad del proceso tanto para los entes territoriales como para las EPS.
- 3.5. Fortalecer la relación entre municipio y gobernación.
- 3.6. Fortalecer las mesas de trabajo intersectoriales.
- 3.7. Articular los sectores de salud pública y aseguradoras.
- 3.8. Asegurar la sostenibilidad por medio del fortalecimiento de la infraestructura y por la asignación presupuestal de los recursos públicos y privados.
- 3.9. Unificar el sistema de recolección y procesamiento de datos en un sistema de información nacional que pueda ser utilizado en tiempo real.

**Comentario del editor:**

El presente trabajo nos pone a pensar en torno a qué buscaríamos si fuésemos a visitar programas de APS. Al respecto, este cuadro sería la propuesta que hoy puedo hacer:

CRITERIOS	ÁREAS	LO QUE SE VERÍA
<b>INTEGRALIDAD EN LA ATENCIÓN</b>	Del equipo (continuidad)	Un mismo equipo atiende a los pacientes cuando se enferman y cuando están sanos.
	Continuidad con la familia	Un mismo equipo atiende a la persona y a su familia
	Con la salud pública	El mismo equipo asume la atención (anterior) y la ejecución de las acciones de salud pública.
	De las redes integradas	El equipo está "integrado" con hospitales de segundo y tercer nivel y remite allí y recibe la contrarremisión de allí.
<b>PARTICIPACIÓN COMUNITARIA</b>	Organización comunitaria	Organización de las familias como <i>Alianza de Usuarios</i> .
		Organización de adultos mayores.
		Organizaciones juveniles.
	Organización en torno a la salud	Formación de cuidadores de salud. Organización de grupos terapéuticos.
<b>TRABAJO INTERSECTORIAL</b>	Con colegios	Construcción de programas compartidos entre la IPS de los colegios de la zona.
	Comité intersectorial	Participación de la Alianza de Usuarios y de la dirección de la IPS en el comité intersectorial de la zona.
	Comité de equidad social	Participación de la Alianza de Usuarios y de la dirección de la IPS en el comité intersectorial para la equidad de la zona.
	Saneamiento ambiental	Responsabilidad de la IPS en el saneamiento ambiental donde están ubicadas las familias.

**NOTA:** Reiteramos la invitación a que los que quieran lean el documento original:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistematizaci%C3%B3n%20experiencias%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20Salud.pdf>

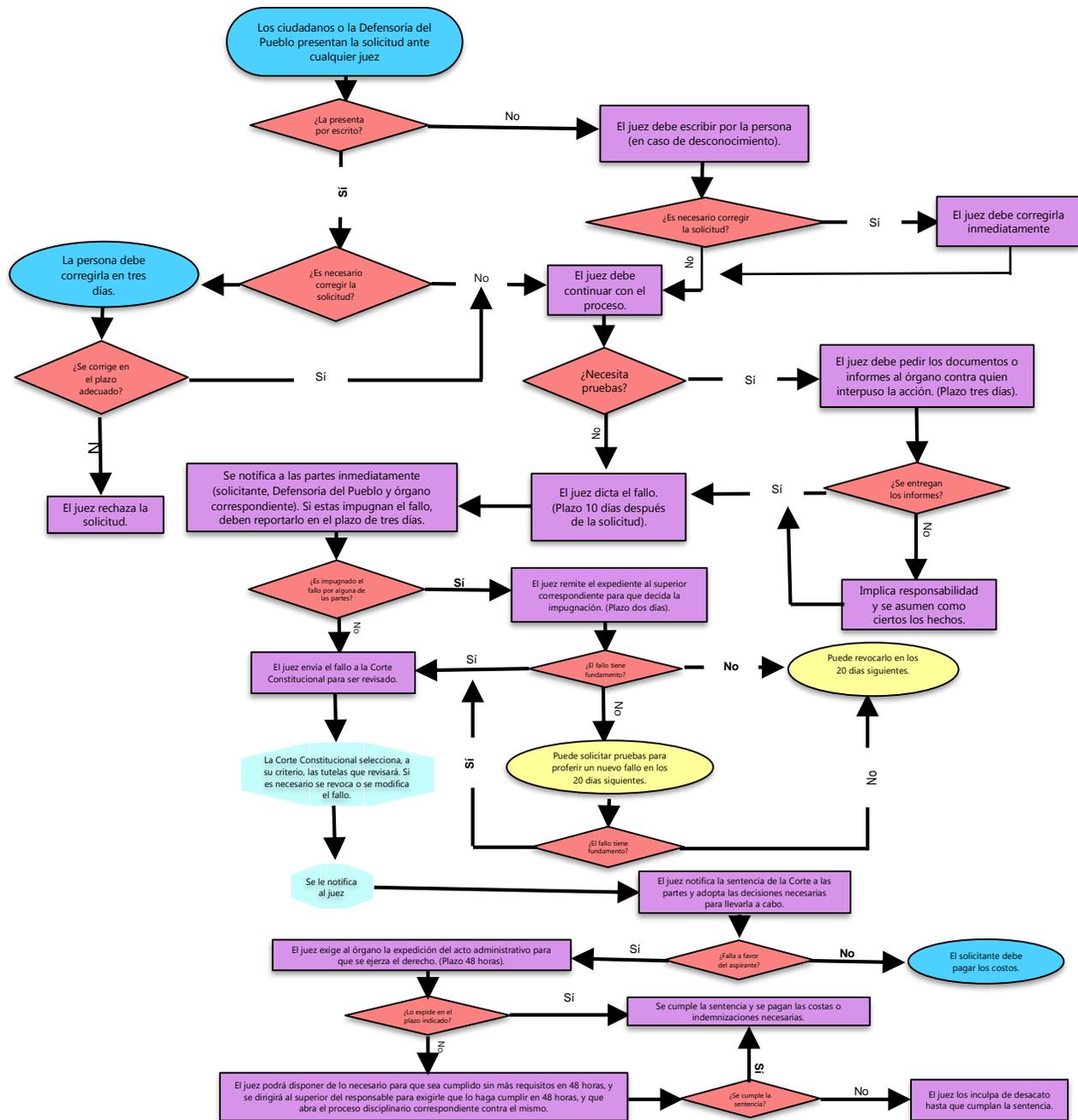




# Seguridad Social...

## PROCESO DE ACCIÓN DE TUTELA

Por considerar el siguiente flujograma muy explicativo, exponemos esta imagen tomada de: <http://es.slideshare.net/maibeth90/proceso-accion-de-tutela-8251877>





## SALUD PÚBLICA MUNDIAL

Juan Carlos González<sup>††</sup>



Por considerar clave el que tengamos referentes acerca del estado de la salud en el mundo, publicamos esta nota acerca del informe de la OMS sobre la salud mundial en 2013 que puede encontrar en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82062/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_13.1\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82062/1/WHO_HIS_HSI_13.1_spa.pdf?ua=1). Con el fin de poner referentes hemos intentado, con algo de ingenuidad, poner algunos referentes nacionales en contrastación. Esperamos así volver más agradable su interpretación.

### ¿SABÍA USTED QUE...?

- Cada día, alrededor de 800 mujeres mueren debido a complicaciones del embarazo y el parto.
- En algunos países, menos del 10 % de las mujeres que quieren evitar quedarse embarazadas tienen acceso a algún método anticonceptivo.
- El Gobierno de Luxemburgo gasta más dinero en salud, por persona, que cualquier otro país del mundo.
- El 80 % de las muertes por malaria se concentran en apenas 14 países.
- Los niños de los países de ingresos bajos tienen 16 veces más probabilidades de morir antes de cumplir cinco años que los de los países de ingresos altos.
- En China, la esperanza de vida al nacer es ahora más alta que en siete de los 10 países de Europa oriental.
- Casi la mitad de los países encuestados tienen acceso a menos de la mitad de los medicamentos esenciales que necesitan para dispensar atención sanitaria básica en el sector público.

Según el Análisis de Situación en Salud (ASIS) Colombia 2013 (1), la tasa de mortalidad materna está en 68 por 100.000 y con tendencia a seguir disminuyendo.

<sup>††</sup> MD MPS. Director Departamento de Medicina Comunitaria. FUJNC – [juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co](mailto:juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co).



<http://www.elpais.com.co/elpais/sites/default/files/2014/09/embarazada.jpg>

En Colombia, según lo publicado en “El país” (2), el acceso a métodos de planificación por parte de la mujer está alrededor de un 50 %. Pro familia en su estudio de 2010, afirma que el 61 % de las mujeres entre 15 y 47 años accedieron métodos de planificación (3).

El gasto en salud de Colombia en 2012 fue de 6,8 % del PIB (4). Según el protocolo de Vigilancia de la Malaria del Instituto Nacional de salud (INS) (5) el último reporte de mortalidad por malaria en Colombia ha sido de menos de 25 casos anuales en los últimos cinco años.

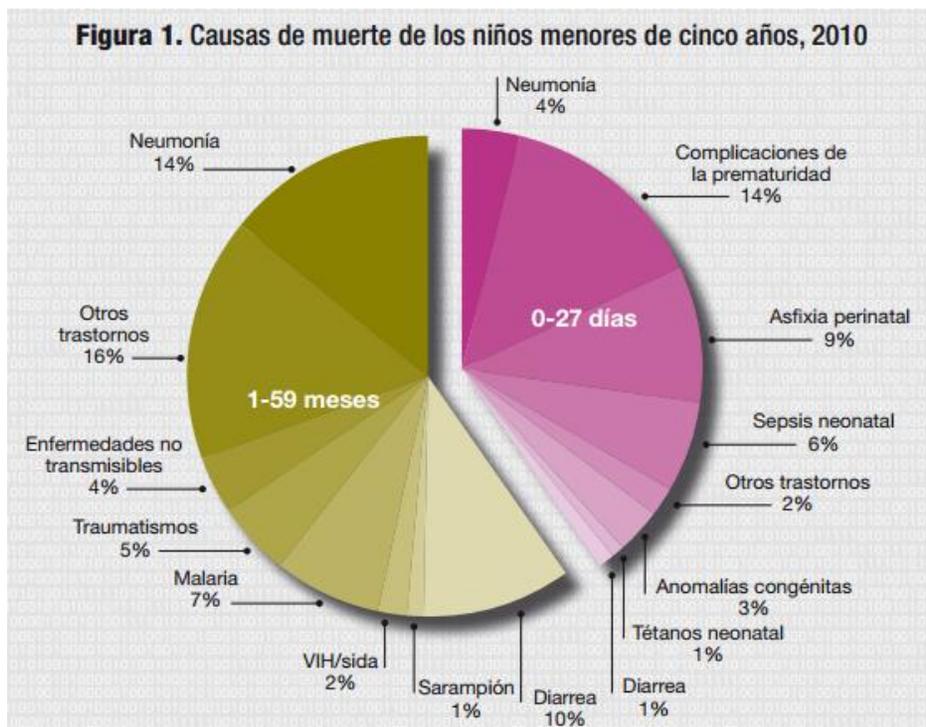
### Salvar la vida de los niños

El mundo ha progresado significativamente en la reducción de la mortalidad infantil, que ha descendido un 40%, desde casi 12 millones de fallecimientos en 1990 a menos de 7 millones en 2011.

Las tasas de supervivencia infantil han mejorado en todas las regiones del mundo durante la última década. El número de países en los que al menos 1 de cada 10 niños muere antes de cumplir cinco años ha descendido a menos de la mitad, de 53 países en 1990 a 24 en 2011.

Las tasas de mortalidad mundiales de niños menores de 5 años han ido disminuyendo a un ritmo promedio del 2,5% anual en las dos últimas décadas; por desgracia, ese ritmo no bastará para alcanzar la meta mundial de reducir en dos terceras partes las cifras de mortalidad de 1990 para el año 2015.

Casi el 75% de las defunciones en la niñez se deben a apenas seis problemas de salud: causas neonatales (nacimiento prematuro, asfixia perinatal e infecciones), neumonía, diarrea, malaria, VIH/sida y sarampión (figura 1).



Colombia muestra un muy importante avance en los últimos 10 años en torno a la mortalidad infantil. De 19 por 1000 en 1999 hemos descendido a 10 por 1000 en 2104 (6).

### Nacidos antes de tiempo

El nacimiento prematuro es la principal causa de muerte de recién nacidos en el mundo, y cada año se cobra un millón de vidas. Es la segunda causa de muerte (después de la neumonía) de menores de cinco años.

Cada año nacen 15 millones de bebés prematuros (nacidos vivos antes de las 37 semanas de embarazo), es decir, uno de cada diez bebés. En algunos países de ingresos bajos, casi uno de cada cinco bebés nace prematuramente. En más de las tres cuartas partes de los casos se puede salvar la vida de estos niños aplicando medidas asistenciales sencillas y eficaces en relación con el coste.

En Colombia, cifras no oficiales (7) sitúan a un 12 % de los partos como prematuros (por debajo de la semana 37) y de estos cerca de la mitad pueden hacer complicaciones respiratorias. Es importante reconocer que cada vez el país en sus centros de atención perinatal está mejor preparado.



## La doble carga de la malnutrición

La malnutrición somete al mundo a una doble carga de desnutrición y sobrepeso que dificulta la supervivencia y causa graves problemas de salud. Los indicadores de una nutrición deficiente son el bajo peso al nacer, la emaciación, el retraso del crecimiento y la insuficiencia ponderal. Junto con la lactancia materna inadecuada y las carencias de vitamina A y zinc, contribuyen a más de una tercera parte de las defunciones en la niñez. Al mismo tiempo, cada vez preocupa más que, debido al sobrepeso en la niñez, en el futuro aumenten las enfermedades crónicas tales como cánceres, afecciones cardiovasculares y diabetes.

El crecimiento deficiente (retraso del crecimiento) es la manifestación más común de la desnutrición. Entre 1990 y 2011, la proporción de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento se redujo del 59% al 38% en los países de ingresos bajos; sin embargo, sigue habiendo países con cifras del 50%.

En el mismo periodo, la proporción de niños con sobrepeso se duplicó en la Región de África (que también tiene el mayor porcentaje de niños con retraso del crecimiento) y en la Región de Europa, que tiene la mayor proporción (12,5%) de niños con sobrepeso (figura 2).

Si bien el porcentaje en Colombia está cerca del 13 % (8), en la región amazónica y en particular con comunidad indígena casi uno de tres niños presenta desnutrición.

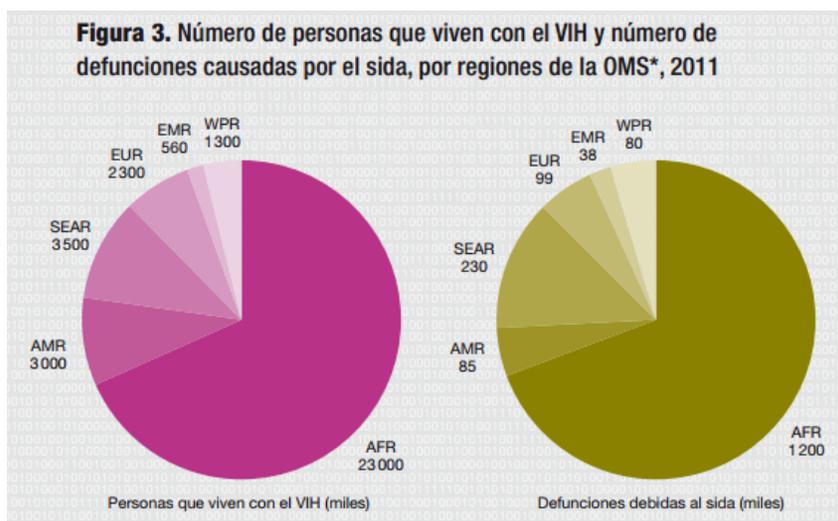
## Casi una de cada diez personas es diabética

Casi el 10% de la población mundial adulta padece diabetes, determinada por una alta concentración de glucosa en sangre en ayunas ( $\geq 126$  mg/dl).

La diabetes aumenta el riesgo de padecer cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, y multiplica por 10 las probabilidades de que haya que amputar una extremidad inferior. Es una de las principales causas de insuficiencia renal, deficiencia visual y ceguera.

La mayor prevalencia de diabetes se da en la Región del Mediterráneo Oriental y la Región de las Américas (el 11% en ambos sexos), y la menor, en la Región del Pacífico Occidental y la Región de Europa (el 9% en ambos sexos).

La prevalencia de diabetes en Colombia viene en aumento. Para el año 2012 se calculaba que era de 7,4 % en los hombres y de 8,7 % en las mujeres (9).



Según el boletín epidemiológico (10) desde 1985 hasta 2012 se ha informado de 95.187 casos de infección de VIH. El crecimiento año tras año ha sido continuo y el 98 % de los casos ocurre por transmisión sexual.

### Aumenta el número de personas que viven con el VIH

Ha descendido el número de personas que mueren debido a la infección por el VIH. Se calcula que, en 2011, 1,7 millones de personas fallecieron por causas relacionadas con el sida en todo el mundo, un 24% menos que en 2005 (figura 3).

Con la mejora del acceso a antirretrovíricos en los países de ingresos bajos y medianos (en los cuales recibieron tratamiento 8 millones de personas en 2011) se producirán menos defunciones por causas relacionadas con el sida, por lo que se prevé que la población que vive con el VIH siga aumentando.

También las nuevas infecciones han disminuido, pero no lo suficiente. Se calcula que, en 2011, hubo en el mundo 2,5 millones de nuevas infecciones por el VIH. Alrededor de 34 millones de personas viven con el VIH en el mundo, de las cuales 23 millones (70%) se concentran en el África subsahariana.

La tasa de mortalidad por SIDA en Colombia estaba calculada en 4,53 por 100.000 (11).



## Miles de millones de personas carecen de agua salubre y aseos

Se ha alcanzado la meta mundial relativa al agua potable, ya que, desde el año 1990, ha descendido a la mitad el número de personas en el mundo que carecen de acceso a fuentes mejoradas de agua potable (figura 4).

Sin embargo, a algunas regiones y numerosos países todavía les queda mucho hasta alcanzar esta meta y existen abruptas diferencias dentro de comunidades y de grupos de países. En las zonas rurales de algunos países del África subsahariana, solo una tercera parte de los hogares más pobres tiene acceso a fuentes mejoradas de agua potable.

Aunque desde 1990 casi 1900 millones de personas han logrado acceder a servicios de saneamiento mejorados, se calcula que, hoy por hoy, la cobertura mundial apenas llega al 64%, lo que significa que una tercera parte de la población mundial (2500 millones de personas) no tiene acceso a dichos servicios. Al ritmo actual de progreso, el mundo no alcanzará la meta mundial de reducir a la mitad el número de personas sin acceso a servicios básicos de saneamiento para el año 2015.

En 2012, y según el Ministerio (12), cerca del 60 % de los colombianos tuvieron acceso a agua de muy buena calidad. Cerca de tres millones de colombianos (13) que habitan áreas rurales aún no tienen un buen acueducto y, por ende, a agua potable.

## Medicamentos inasequibles

Muchos países de ingresos bajos y medianos se enfrentan a una escasez de medicamentos en el sector público que obliga a las personas a acudir al sector privado, donde los precios pueden ser hasta 16 veces más altos. En esos países, en promedio, solo el 57% de una selección de medicamentos genéricos está disponible en el sector público (puede llegar a apenas un 3%).

Incluso el coste de los medicamentos genéricos de menor precio puede hacer que tratamientos comunes queden fuera del alcance de las familias de ingresos bajos. Los pacientes aquejados de enfermedades crónicas son quienes pagan el precio más elevado. Aunque existen tratamientos efectivos para la mayor parte de las afecciones, sigue sin lograrse el acceso universal.

Un estudio elaborado por Ifarma (14) indica que un 12 % de la población NO tiene acceso a los medicamentos en Colombia a través del SGSSS. Trabas de distintas modalidades dejan sin la medicación a ese importante porcentaje de población.



## Principales inequidades

Las estadísticas mundiales sobre salud suelen limitarse a promedios nacionales. Sin embargo, en muchos países, dichos promedios pueden ocultar grandes inequidades dentro de la población en el acceso a servicios de salud, debido a factores como el nivel de instrucción o de ingresos, la situación geográfica, el origen étnico o el sexo.

En algunos países, las mujeres de los hogares pertenecientes al 20% más rico tienen 10 veces más probabilidades de recibir atención de una partera calificada durante el parto que las de los hogares del 20% más pobre.

Los datos presentados por grupos sociales, demográficos, económicos o geográficos pueden ayudar a identificar a las poblaciones vulnerables y a orientar las intervenciones de salud. Son fundamentales para asistir a los países en su avance hacia la cobertura universal de la atención de salud.

El sistema de vigilancia de la equidad sanitaria (Health Equity Monitor) de la OMS muestra las inequidades existentes en los países según los indicadores de la salud reproductiva, materna e infantil, entre ellos, el uso de anticonceptivos, el acceso a la atención durante el embarazo y el parto, y la supervivencia en la niñez.

[http://www.who.int/entity/gho/health\\_equity/en/index.html](http://www.who.int/entity/gho/health_equity/en/index.html)

Colombia registró un abordaje de la inequidad en salud a través de los ASIS del 2007, donde le dedicó un tomo completo (15).

De estas sencillas comparaciones se desprende que el país está mejorando en salud, al menos en torno lo mencionado en el boletín.

### Referencias

- (1) <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf>
- (2) <http://www.elpais.com.co/elpais/colombia/noticias/20-colombianas-entre-20-y-24-anos-dieron-luz-antes-18-anos>
- (3) <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-6.pdf>
- (4) <http://www.who.int/countries/col/es/>
- (5) <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Malaria.pdf>
- (6) <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/7>
- (7) <http://www.elpais.com.co/elpais/colombia/noticias/colombia-partos-prematuros-representan-12-nacimientos>
- (8) <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/desnutricon-infantil-en-colombia/14272676>
- (9) [http://www.asodiabetes.org/noticias\\_detalle.php?Id\\_Noticia=179](http://www.asodiabetes.org/noticias_detalle.php?Id_Noticia=179)
- (10) <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%201983-2012.pdf>
- (11) [http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio\\_vih/documentos/monitoreo\\_evaluacion/1\\_vigilancia\\_salud\\_publica/a\\_situacion\\_epidimiologica/RESUMEN%20EPIDEMIA%20VIH%20FINAL%2021%20mayo\\_2012.pdf](http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidimiologica/RESUMEN%20EPIDEMIA%20VIH%20FINAL%2021%20mayo_2012.pdf)
- (12) <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-trabaja-para-mejorar-acceso-a-agua-potable-y-saneamiento-b%3%A1sico-en-zonas-rurales.aspx>
- (13) <http://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/agua-potable-en-colombia-/15445939>
- (14) <http://www.periodicoelpulso.com.co/html/0902feb/observa/monitoreo.htm>
- (15) <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20VI--An%3%A1lisis%20de%20desigualdades%20e%20inequidades.pdf>

-----



## Caso clínico...

# BROTE PSICÓTICO INDUCIDO POR MARIHUANA

María Ana González A.\*\*

Paciente masculino, de 19 años que trabaja como entrenador de fútbol, estudiante de Técnico Agropecuario, afiliado a la Seguridad Social y que vive en hogar nuclear, es llevado al servicio de urgencias por el padre y la madre.

**Motivo de consulta:** "Está como loco".

**Enfermedad actual:** Paciente con antecedente de consumo crónico de marihuana que presenta cuadro clínico de seis días de evolución consistente en insomnio de conciliación, hiporexia, polidipsia, agitación psicomotora, logorrea, soliloquios, risas inmotivadas, afecto ambivalente y labilidad emocional. Adicionalmente presenta ideas delirantes místico religiosas y megalomaníacas: "Dios me habla a través de la luz", "Dios me mandó porque yo soy el bien y el mal, el equilibrio", alucinaciones visuales elaboradas, "veo demonios", alucinaciones auditivas complejas y eco del pensamiento, "oía la voz de Dios que era mi propia voz". Conjuntamente presentó comportamientos desorganizados y se tornó agitado sin estar en ningún momento violento. La familia lo maneja en casa hasta que, dos días después, deciden llevarlo a una iglesia donde el cuadro se exagera y el paciente se agita, le grita a todo el mundo que son demonios, que son pecadores y que están malditos; finalmente se escapa y va a parar a un bosque por las cercanías de donde habita. Luego de una búsqueda exhaustiva se encuentra al paciente un día después con ropa ajena, con persistencia del cuadro anteriormente descrito y es llevado al servicio de urgencias por la policía municipal. Familiar refiere que es el primer episodio de estas características y que no hubo sintomatología particular previa al cuadro. Actualmente el paciente persiste sintomático, pero con disminución de la agitación motora.

**Antecedentes personales:** No tiene antecedentes de importancia, salvo una adenoidectomía a los 14 años una luxación de rodilla izquierda. Abuelos fallecidos, de cáncer gástrico el abuelo y la abuela de cáncer pulmonar. Refiere familiar que consume marihuana desde el colegio.

### Revisión por sistemas:

Piel y faneras: Placas eritematosas mal definidas en muslos.

Digestivo: Hábito intestinal: una vez al día.

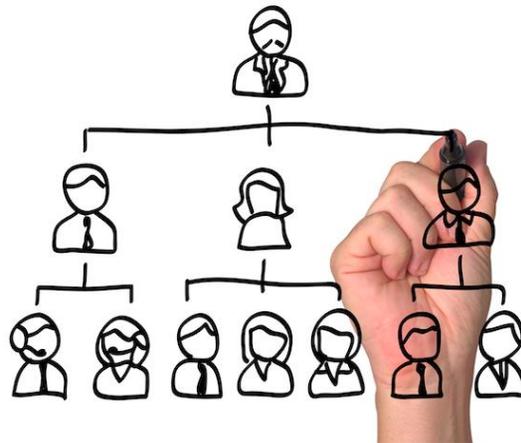
Hábito urinario: cuatro veces al día.

---

\*\* Estudiante de Medicina.



## Historia familiar:



<http://www.eaeprogramas.es/empresa-familiar/wp-content/uploads/2014/06/Captura-de-pantalla-2014-06-13-08.46.34.png>

El paciente vive con su madre que es ama de casa, con su padre que trabaja en la planta de gas y con su único hermano que tiene 23 años, estudió Logística en el Sena, pero actualmente no trabaja. Siempre ha tenido una buena relación con todos los miembros de su familia, siente apoyo por parte de ellos y confianza. Refiere que desde hace un tiempo se ha alejado de su hermano mayor, "por mis amistades", hecho que lo entristece mucho. Su hermano mayor es el miembro del núcleo familiar del cual el paciente más habla, refiere que "él no fuma, pero me acompaña". En conclusión, tanto el paciente como la informante refieren que la relación familiar es armoniosa.

## Historia personal

El paciente nació en Ibagué por parto vaginal a término y sin complicaciones. Desde siempre fue un buen estudiante, "siempre ocupé los primeros puestos", y muy sociable "toda la vida ha sido muy coqueto" refiere la madre. En el colegio tuvo muchos amigos, le gustaba mucho jugar fútbol y siempre ha sido lector, "todo, todo me gusta: Homero, Robert Fisher, Shakespeare". Luego de graduarse del colegio ingresó al Sena y refiere que "los profesores no me querían porque les daba rabia que yo fuera indisciplinado, pero el mejor de la clase". Nunca ha sido especialmente religioso ni ha tenido interés particular en temas esotéricos: "antes yo era punkero, yo era agnóstico en el colegio". En su pubertad probó la marihuana y refiere que se siente más tranquilo cuando fuma. Desde ese entonces consume todos los días hasta el punto en que su madre le encontraba "las bolsitas" en la maleta. Tanto su madre como su padre lo enfrentaron y dialogaron con él por ese motivo, nunca utilizando la violencia física. Él prometió no volver a fumar, pero no cumplió, hecho por el cual la madre se alejó de él los meses previos a la hospitalización. Actualmente tiene una novia con quien lleva una relación de dos años.

**Experiencias emocionalmente perturbadoras:** No refiere.

**Personalidad:** El paciente se describe a sí mismo como "excelente estudiante, el mejor" hecho que la madre corrobora. También dice ser "deportista, futbolero", "me encanta sentirme libre". Refiere que quiere seguir estudiando y que le gustaría llegar un día a ser profesional. Al cuestionarlo por la imagen que tienen los otros de él dice: "me dicen a veces que soy un marihuanero y eso no me gusta. No me conocen". La madre refiere que "siempre ha sido muy buen estudiante pero muy hiperactivo".



## Examen físico

**Objetivo:** Se examina el paciente acompañado por su madre en el servicio de urgencias; de contextura atlética, de talla coherente con el peso y con la edad. Porte adecuado, buena presentación y apropiada higiene personal. Actitud colaboradora y ocasionalmente seductora, entabla conversación y hace contacto visual con el entrevistador. No se muestra irritable ni suspicaz durante la entrevista.

**Signos vitales:** Presión arterial: 110/60. Frecuencia cardíaca: 84 por minuto. Frecuencia respiratoria: 18 por minuto. Temperatura: 36,2 °C.

**Cara y cuello:** Conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas. Mucosa oral húmeda. No hay evidencia de ingurgitación yugular ni se palpan adenomegalias cervicales.

**Tórax:** Simétrico, con expansibilidad adecuada. No hay dolor a la palpación osteocondral. Ruidos cardíacos rítmicos y sin soplos. Murmullo vesicular conservado y sin sobre agregados.

**Abdomen:** No se observa distendido, ruidos peristálticos presentes. No se palpan masas superficiales ni profundas. No hay dolor a la palpación profunda ni superficial.

**Miembros:** Eutróficos. No hay evidencia de acrocianosis, adecuada perfusión distal. No hay edemas. Movimientos articulares conservados. Múltiples tatuajes artificiales. Se evidencian placas planas eritemato violáceas en muslo izquierdo, patrón coliforme, con descamación superficial.

**Neurológico:** No hay signos de focalización, no hay compromiso motor ni sensitivo. No hay evidencia de signos meníngeos.

**Examen mental:** Paciente consciente, alerta, orientado en persona y lugar, desorientado en tiempo. Hiperproséxico. Presenta amnesia lacunar de la noche que se perdió, resto de memoria no comprometida. Logorréico, ocasionalmente ecolálico. Presenta hipermimia. Taquipsiquia, pensamiento ilógico, disgregado y de contenido con ideas místico religiosas y megalomaniacas: "Dios me escogió para pedir perdón por los pecados de la humanidad", "Dios dijo que no puedo estar hospitalizado más de siete días porque el séptimo día es de descanso". No refiere alucinaciones visuales, pero sí auditivas complejas y de características sinestésicas: "oí la voz de Dios en la luz". Presenta también alucinaciones táctiles cinestésicas: "siento que se me mueven los brazos y se me hunden". Afecto expansivo, presenta labilidad emocional e incontinencia afectiva; llora durante la entrevista luego de reír efusivamente. Juicio y raciocinio desviados. Introspección y prospección inciertas. Conducta motora voluntaria aumentada sin evidencia de agitación.

## Diagnóstico: DSM-IV



EJE I (Síndromes Mentales): Primer episodio psicótico agudo - Trastorno mental y del comportamiento secundario al uso de sustancias psicoactivas.

EJE II (Personalidad): Sin diagnóstico.



EJE III (Síndromes clínicos): Posible Tiña corporis en muslo izquierdo.  
EJE IV (Situaciones psicosociales): Red de apoyo presente.  
EJE V (Funcionalismo): GAF: 30/100.

### Análisis



<https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSeYpY4pabHHCUm9Lc5gGy68l3gB2F9Y5pVMJcbmCwC8wMAUe>

Paciente adulto joven consumidor de marihuana que presenta primer episodio psicótico agudo de características maniformes, de inicio súbito y sin evidencia objetiva de pródomos. Semiológicamente sugiere un cuadro típico de "Bouffée", donde se evidencia una idea delirante y una participación afectiva significativa.

Luego de un manejo inicial del paciente agudo, el punto principal en el cual se debe centrar el análisis es en el curso y pronóstico de este episodio. Si bien es arriesgado dar un juicio temprano de la evolución hacia otras patologías, es necesario considerar las características premórbidas del paciente para prever su futuro desenlace. El paciente no presenta herencia familiar (que se conozca) de enfermedad mental, no exhibe rasgos de personalidad esquizoide ni esquizotípico; se evidencia una red de apoyo importante sin estresores ambientales previos aparentes, pero tiene como antecedente el consumo crónico de marihuana, lo cual torna borroso el diagnóstico. Dada la "riqueza" del delirio, el inicio brusco y las características previas anteriormente nombradas, se puede llegar a sugerir que presenta factores de buen pronóstico y dada la sintomatología afectiva tan importante en este paciente se puede incluso sugerir que, si este episodio llega a repetirse, se estaría tratando de una "evolución en eclipse" muy seguramente de un trastorno crónico del afecto.

### Comentario del editor

La presente historia clínica es un excelente ejemplo de cómo una buena recolección de información permite acercarnos a conocer "integralmente" a los pacientes y con base en ello aproximarnos al diagnóstico. Así como se hace en salud mental, lo deberíamos hacer en toda atención a cualquier paciente.

Luego de siete días el joven fue dado de alta con un pensamiento ordenado y con los diagnósticos planteados desde su ingreso.

Felicitemos a la estudiante que nos envió el caso por la historia clínica efectuada.

+++++



## Revisión de artículo...

# “BIENESTAR, FELICIDAD Y POLÍTICAS PÚBLICAS”

Traducción por Jenny A. Pinzón<sup>SS</sup>

Background paper (draft) for the International Expert Working Group on Well-being and Happiness within the Prime Minister of Buthan’s Commission for a New Development Paradigm Sabina Alkire, enero 2013



Este es un documento preliminar realizado por el International Expert Working Group on a New Development Paradigm (IEWG). Analiza los “nueve dominios” del índice de Felicidad Nacional Bruta de Bután<sup>\*\*\*</sup>, y muestra cómo pueden aplicarse en un contexto internacional, donde las teorías y puntos de vista sobre el progreso y el bienestar humano son muy diversos. Además, presenta algunas políticas costo-efectivas, fundamentadas en estos nueve dominios, cuya implementación distingue entre el paradigma actual de desarrollo y la auténtica felicidad y bienestar.

*“El antiguo modelo es inservible. Necesitamos crear uno nuevo... tenemos que unirnos alrededor de una visión compartida sobre el futuro -una visión para un desarrollo humano-justo, un planeta saludable y un dinamismo económico perdurable.”*

*Bank Ki-moon, Secretario General de las Naciones Unidas*

*“Nuestra visión de la nación solo puede ser cumplida si el alcance de nuestros sueños y aspiraciones armoniza con nuestro compromiso real para apoyar a nuestros futuros ciudadanos.”*

*Su Majestad Jigme Khesar Namgyel Wangchuck, quinto rey de Bután*

La tecnología y el intercambio económico moderno han hecho que hoy, como nunca, hayan aumentado el progreso y la riqueza de la humanidad. Aun así, hoy vemos cómo el sistema económico continúa siendo inadecuado para pobres y ricos por igual; para los primeros porque muchas veces son olvidados y para la clase media y la rica, por la inestabilidad y la impredecibilidad del sistema y, para todos, por el consecuente arruinamiento del planeta. Paralelamente, en el mundo se están emprendiendo

<sup>SS</sup> Ing. Coord. Centro Tecnologías de la Educación. FUJNC, jenny-pinzon@juanncorpas.edu.co.

<sup>\*\*\*</sup> Para conocer cómo surgió el indicador GNH puede ver el video publicado en:

[http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/transcoded/c/c4/What\\_is\\_Gross\\_National\\_Happiness.ogv/What\\_is\\_Gross\\_National\\_Happiness.ogv.480p.webm](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/transcoded/c/c4/What_is_Gross_National_Happiness.ogv/What_is_Gross_National_Happiness.ogv.480p.webm). En español: [http://es.wikipedia.org/wiki/Felicidad\\_nacional\\_bruta](http://es.wikipedia.org/wiki/Felicidad_nacional_bruta)



iniciativas para aprender a ser más compasivos, productivos y felices. Ciudadanos, gerentes, académicos, artistas, líderes espirituales y empresas como Google y sus afines, entre otros, están promoviendo el bienestar humano desde sus diferentes perspectivas al fomentar un desarrollo sostenible, movimientos sociales, la reducción de la pobreza, etc.

### **Cómo se aborda el tema**

Lo interesante de este documento es que resalta aquellas políticas radicales que pretenden distinguir el bienestar y la felicidad del paradigma actual sobre el desarrollo social y sostenible, para lo cual inicialmente y basado en las experiencias del Reino de Bután, así como en fuentes literarias, delinea la concepción de bienestar, éxito y felicidad para todos (objetivo del nuevo paradigma de desarrollo) como un concepto multidimensional que debe ser tan específico para enmarcar un nuevo paradigma e incentivar la acción colectiva y tan amplio que permita abarcar diversas perspectivas. Además, plantea que, aunque ya se está considerando incluir ciertos aspectos de este nuevo paradigma en las políticas de bienestar, aún se pasa por alto otras políticas que son costo-efectivas, a partir de las cuales plantea posibilidades concretas y factibles necesarias para reorientar las organizaciones. También llama la atención a cambios comportamentales necesarios para asegurar el nuevo paradigma sobre el bienestar y una esperanza realista para el futuro.

### **Un proyecto realista**

Explican los autores que su propuesta parte de reconocer la naturaleza humana con todas sus debilidades, fortalezas, diversidad e intereses distintos. Esto marca la diferencia entre un proyecto utópico, que asume un escenario perfecto. El éxito se define entonces como un sistema económico que maximiza la capacidad de ser y hacer de cada persona, lo que ella valora y por qué lo valora, lo cual puede incluir aspectos materiales, sociales, comunitarios, del medio ambiente, culturales, espirituales y las actividades políticas, así como el tiempo para la reflexión y el descanso.

### **El índice de Felicidad Nacional Bruta**



<https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANU9GzK2u5DqPz7m1z7N085v7T2Gp-488033w07Q81sv1>

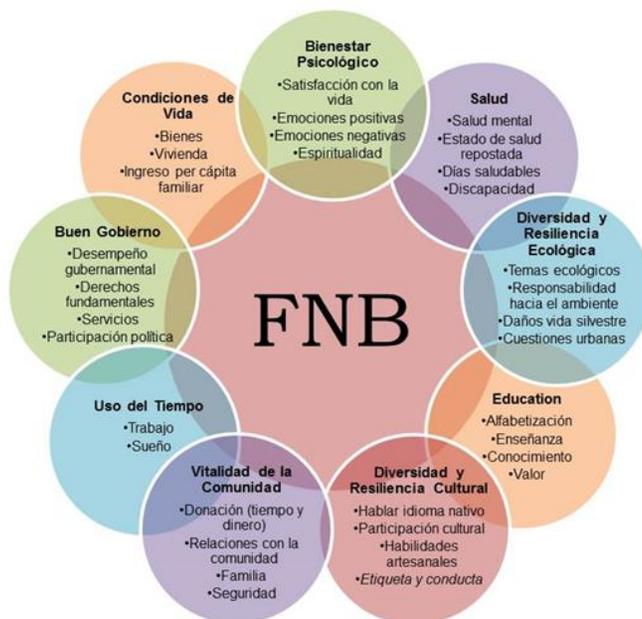
Las ideas aquí propuestas se basan en el objetivo de Bután de optimizar el índice de Felicidad Nacional Bruta (FNB), el cual se considera que mide la calidad de un país de una forma más holística que el Producto Interno Bruto (PIB), pues sostiene que el desarrollo benéfico para la sociedad humana tiene lugar cuando se producen lado a lado el desarrollo material y espiritual de manera que se complementen y se refuercen el uno al otro. En otras palabras, el desarrollo material debe ser complementado con el desarrollo cultural, las relaciones, la espiritualidad, el bienestar psicológico y la armonía con el medio ambiente. En Bután, al igual que en las demás naciones, no todas las personas son felices y enfrentan los mismos desafíos propios de esta era tecnológica repleta de entretenimiento





donde el rápido crecimiento de la corrupción industrial drena los recursos. Aun así, el objetivo de Bután de incrementar el FNB es tanto resolutivo como autocrítico y de una forma consciente da forma a programas y políticas (como lo demuestra la definición que dan del éxito y el mismo indicador FNB). Al mismo tiempo que experimenta un fuerte crecimiento económico, Bután, con toda su sabiduría y flaquezas, está en camino de alcanzar las metas del milenio mientras trata de proteger atentamente el medioambiente y los aspectos sociales.

*La felicidad y el bienestar tienen múltiples dominios*



<http://iberoamericasocial.com/wp-content/uploads/2014/03/Sin-t%C3%ADtulo.png>

Desde la perspectiva butanés, la felicidad y el bienestar de todo ser viviente es un concepto multidimensional que incluye los dominios económico, social, político y espiritual, que fomenta la solidaridad hacia otros, así como para uno mismo. La necesidad de legisladores que tengan en cuenta el bienestar humano tiene precedentes en muchas culturas, filosofías y políticas. Por su parte, las aproximaciones filosóficas hacia lo que es la felicidad y el bienestar han estado divididas entre quienes definen la felicidad en términos de una sola dimensión (por ejemplo, las que se enfocan solo en tener una vida satisfactoria o en el estado de ánimo o en sentimientos positivos) y quienes la abordan de forma multidimensional, afirmando que la felicidad incluye el bienestar psicológico, ampliamente definido para incluir el dominio de la satisfacción, las emociones positivas y negativas y la espiritualidad, entre otros. De acuerdo con este último enfoque, este reporte enumera y analiza los siguientes dominios relacionados con la felicidad y el bienestar:

1. Educación.
2. Vitalidad de la comunidad.
3. Buen gobierno.
4. Diversidad y resiliencia cultural.
5. Salud.
6. Nivel de vida.



7. Diversidad y resiliencia ecológica.
8. Uso del tiempo.
9. Bienestar psicológico.

La idea es que estos dominios se mantengan en equilibrio e integren políticas para apoyar a la persona en forma holística y que sean flexibles y multidimensionales.

### Definir la felicidad no es sencillo



<https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQs13T4UPIWO9FAVU7-Gkbp3TzV9HppSAsguEgeu9B8luQYuWqM>

En este reporte la felicidad o el bienestar se refieren a un objetivo "multidominio". El bienestar muchas veces es abordado como un aspecto multidimensional que incluye elementos subjetivos y objetivos, aunque las definiciones pueden variar. Por otra parte, el uso de la palabra "felicidad" puede confundir y hasta asombrar. Se podría limitar la felicidad a un dominio y utilizar un término diferente para los logros conjuntos en la vida humana, tal vez un término como bienestar o prosperidad. Aun así, se observa que la mayoría de las sociedades más felices, de acuerdo a las medidas subjetivas actuales para el bienestar, son aquellas que más profundamente están afectando el ecosistema (de acuerdo al ranking tomado de Helliwell and Wang 2012). Así que podemos preguntarnos si esto es realmente felicidad o si un solo dominio es una guía incompleta aún para la felicidad misma. La siguiente consideración lleva a concluir al respecto...

### Qué es un dominio (dimensión)

Para definir qué es un dominio o dimensión del bienestar, se deben tomar en consideración los siguientes aspectos:



Cada dominio tiene un valor intrínseco y posee aspectos específicos que son de particular prioridad en diferentes contextos teniendo en cuenta que la protección de la libertad para la diversidad personal requiere un tratamiento separado que abarque principios como la equidad, la eficiencia, la sostenibilidad, la justicia, el respeto por los derechos humanos y la participación. Estos dominios son pertinentes tanto para el bienestar del individuo como para enmarcar las metas de bienestar de la sociedad. Esto puede parecer obvio, ya que como individuos



valoramos el altruismo, la colaboración, etc., pero, por otro lado, las teorías económicas tradicionales asumen y proveen incentivos solo para los intereses personales.

😊 Cualquier persona puede determinar el valor de cada dominio. Los nueve dominios propuestos no están basados en alguna filosofía especial, religión o teoría de bienestar humano. Más bien, su valor está en la razón práctica, lo que significa que cada persona puede corroborarlo desde su propia experiencia o la de otros.

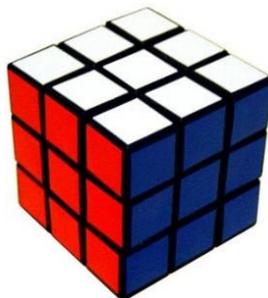
😊 Cada dominio es único, no se pueden comparar en el sentido de que todas sus atrayentes cualidades no están totalmente presentes en otro y, en esa medida son irreducibles (si se acertara la lista de los nueve dominios, eso significaría dejar a un lado algo valioso).

😊 Los dominios no se pueden abarcar de una vez por todas, más bien se debe trabajar para alcanzarlos.

😊 Los dominios no tienen un orden jerárquico. Eso quiere decir que, en un momento dado, cualquier dominio puede ser juzgado como el 'más importante' por una persona o grupo mientras que, legítimamente, se deja de lado a los otros. En otras palabras, los dominios no se pueden ordenar en una jerarquía permanente ni por una persona ni por una comunidad o nación.

Los dominios tienen en común que los logros de cada uno, o la realización de las potencialidades humanas en cada uno, pueden contribuir de manera única al bienestar o la prosperidad de la vida humana. Es decir, que lo más importante es la interrelación entre estos dominios.

### La felicidad es multidimensional



<https://ronnyeo.files.wordpress.com/2008/10/0102201.jpg>

Mientras que es comprensible que el bienestar psicológico esté en una dimensión independiente, la felicidad no es un dominio o dimensión. Más bien la felicidad se alcanza mediante la participación en todos los dominios en un balance apropiado para la persona o la sociedad.

Así se llega al punto de partida, desde la concepción unidimensional de la felicidad hasta su aproximación multidimensional para esquematizar tentativamente lo que es un dominio de bienestar, con la anticipación de que la búsqueda equilibrada de esos dominios producirá la felicidad. El reporte descrito aquí puede fácilmente ser usado para apoyar un nuevo paradigma de desarrollo.



## Riqueza, felicidad unidimensional y demanda del consumidor



[http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/c/c8/Amartya\\_Sen\\_20071128\\_cologne.jpg/220px-Amartya\\_Sen\\_20071128\\_cologne.jpg](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/c/c8/Amartya_Sen_20071128_cologne.jpg/220px-Amartya_Sen_20071128_cologne.jpg)

Esta sección presenta la crítica de Amartya Sen hacia los sistemas económicos basados en la riqueza, en una aproximación unidimensional de la felicidad y en la demanda del consumidor. En su lugar, él propone que el bienestar económico y el desarrollo evalúen su éxito en el espacio del bienestar humano y la libertad, lo que describe en los términos de funcionamiento, capacidades y voluntad.

Amartya Sen categoriza así los aspectos del bienestar humano que dan forma al actual sistema económico:

- ✎ **Opulencia (riqueza):** enfoque que evalúa el bienestar humano basándose en los recursos económicos que tiene la persona. Sen considera que este enfoque pasa por alto las diferentes necesidades que tienen las personas por lo que no es útil para medir el bienestar.
- ✎ **Utilidad (felicidad):** se refiere a un estado psicológico de felicidad definido como satisfacción, deseos cumplidos y balance emocional. Sen menciona que un sistema que base sus metas y políticas públicas en la satisfacción personal sin tener en cuenta las circunstancias externas, puede llegar a ser cruel e insensible con los más necesitados y podría impulsar medidas que solo impacten dicha satisfacción, pero que no demuestren solidaridad hacia otros ni cuidado por la tierra ni por un desarrollo sostenible.
- ✎ **Preferencia revelada (demanda de mercado):** En las economías de mercado, este enfoque asume que lo que la gente compra revela sus valores, pasando por alto el hecho de que lo que las personas eligen comprar puede deberse a compromisos adquiridos, porque no tienen más opciones, por ser manipulados por propagandas, por mala información, por presión de otros o simplemente les da lo mismo entre escoger una cosa u otra.

De esta manera Sen señaló por qué es necesario un multifacético y más directo recuento de los aspectos de bienestar humano para guiar el sistema económico. Dicho recuento puede basarse en los enfoques que consideran que la felicidad es absolutamente multidimensional.

Si bien Sen no es el único que presenta un enfoque multidimensional del bienestar humano, sí es uno de los más ampliamente citados y tiene la ventaja de que hace una distinción entre la economía tradicional y un enfoque más abarcador que está alineado con el índice de Felicidad Nacional Bruta. La mayoría de las profundas implicaciones que presenta este informe para el desarrollo de un nuevo paradigma, basado en este enfoque multidimensional, se han pasado por alto en el actual pensamiento económico.



### *En qué consiste cada dominio*

En esta parte se considera la **definición** de cada dominio, su **valor intrínseco** (cómo contribuye al bienestar) y su **valor instrumental** (referido a cómo el avance en un dominio puede ser útil para otro).

### **Primer dominio: Educación**



Nalanda University, Bihar

*“La más potente arma en las manos del opresor es la mente de los oprimidos”.*  
Steve Biko, Cape Town, 1971

### *Definición de la educación*

La educación en este dominio no se refiere simplemente a estar escolarizado, pues los colegios pueden ser lugares inseguros donde reinan el matoneo, los prejuicios y otra serie de problemas. Más bien, la educación en el contexto del bienestar implica el desarrollo pleno de la personalidad y las habilidades de cada estudiante. Este concepto está también consagrado tanto en el Artículo 26 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos como en la Constitución de Bután.

La Felicidad Nacional Bruta de Bután aplica cuatro indicadores a esta clase de educación. Dos están relacionados con la escolaridad tradicional y, los otros dos, se refieren al conocimiento práctico (incluyendo política, salud, cultura y aspectos históricos), así como valores sociales tales como decir la verdad. Melanie Walker<sup>+++</sup>, en contraposición a la interpretación del neoliberalismo de la educación (productividad económica), concluye que la educación implica cultivar las siguientes competencias:

- ☞ *Autonomía, creatividad* referida a la capacidad de resolver problemas, planear y tomar decisiones, innovar.
- ☞ *Conocimiento* de temas intrínsecamente interesantes y/o que sean útiles.
- ☞ *Relaciones sociales* o de amistad, colaboración, comprensión, empatía, etc.

<sup>+++</sup> Walker M. Towards a capability-based theory of social justice for education policy-making. Journal of Education Policy. 2006; 21(2): 163-185.



- ✎ *Respeto y reconocimiento* del valor de los demás y de sí mismo, compasión, generosidad, ausencia de prejuicio, escuchar el punto de vista de los demás, diversidad de lenguaje, creencias, etc.
- ✎ *Aspiración*, motivación para crecer, para contribuir al bienestar humano, para ser feliz.
- ✎ *Voz*, tener capacidad de hablar, de escribir, de cantar, etc., y al hacerlo, expresar sus propias ideas.
- ✎ *Integridad corporal y de la salud* para desarrollarse físicamente, para estar seguro y protegido de condiciones difíciles, para hacer ejercicio y jugar.
- ✎ *Integridad emocional y emociones*, ser capaz de reconocer, entender y cultivar emociones positivas sin temor, una saludable autocomprensión y autogestión de las emociones.

### ***El valor intrínseco de la educación***

La educación nos permite desde disfrutar de la poesía y la literatura hasta desenvolvemos con más confianza en la sociedad, nos permite desarrollar habilidades en la comunicación escrita y satisfacer nuestra curiosidad mediante la lectura. Así mismo, las habilidades de los niños que asisten a la escuela están más desarrolladas que las de los niños que no lo hacen. Todo esto se traduce en tranquilidad interior y en poder enfrentar dignamente los desafíos de la vida, así como en un deseo de servir a la comunidad.

### ***El valor instrumental de la educación***

El valor instrumental de la educación está dado por su impacto en campos tan variados como el crecimiento económico y la productividad, las oportunidades de empleo, en el uso productivo de la tierra, las prácticas de salud -como la higiene, la planificación familiar, la rehidratación oral, la prevención de enfermedades, etc.- la resolución de conflictos, la promoción de valores sociales en las escuelas -desde el cuidado de la Tierra y el reciclaje hasta la participación comunitaria-, etc. Por supuesto, la educación ideal debería promover la tolerancia, la innovación y la preservación de la cultura y las tradiciones y, de ninguna manera, debería impulsar el prejuicio ni fomentar la inestabilidad política. Por esto último, hoy se está discutiendo mucho sobre la calidad y la seguridad de la educación. Así las políticas en educación deberían promover la igualdad de género, fomentar logros acordes a las habilidades e intereses de los estudiantes a través de estrategias de resolución de problemas, promover el deporte y dar atención a los valores emocionales para el cultivo de comportamientos y actitudes para el bien social.

### ***Lo que ya se está haciendo***

**Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal**

- Asegurar que en 2015, la infancia de cualquier parte, niños y niñas por igual, sean capaces de completar un ciclo completo de enseñanza primaria.

**Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer**

- Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015

*Tomado de Objetivos de Desarrollo del Milenio*



1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación será gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y a las etapas fundamentales. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser accesible en general y el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.
2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales. Promoverá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos raciales o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.
3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

*Artículo 26. Declaración Universal de los Derechos Humanos*

Hay varias iniciativas en pro de la accesibilidad a los textos de estudio donde el idioma o el costo no sean un obstáculo para la educación. Ejemplo de esto es el proyecto *Siyavula* en Sudáfrica, que permite la producción y distribución de libros de texto libres de impuestos bajo la licencia de Creative Commons copyright, los que también están disponibles en forma gratuita en internet. *Well-Told Story* es otro proyecto que mediante historietas pretende compartir ideas prácticas entre los jóvenes de Kenia (país donde más de la mitad de sus habitantes tienen menos de 18 años y cerca de tres cuartas partes menos de 30 años), para enseñarles desde el manejo de las semillas hasta cómo ayudar a los niños de la calle u oponerse a las expresiones de odio. Estas historietas circulan en redes sociales, en el periódico local y en quioscos de la calle. Estos y otros son ejemplos de políticas innovadoras y costo-efectivas con un alto impacto en la educación en valores que pueden hacer la diferencia para lograr el verdadero bienestar.

### **Segundo dominio: Vitalidad de la comunidad**



*“Consideramos vivir juntos, no como un accidente desafortunado que garantiza una competencia sin fin entre nosotros, sino como una intencionada comunidad de hermanos y hermanas involucrados en conjunto en la misión de dar una respuesta colectiva a los diferentes problemas de la vida”.*  
Steve Biko, “Algunos conceptos culturales de África”.

#### ***Definición de vitalidad de la comunidad***

Este dominio afirma la necesidad de cultivar y dar constante atención a comunidades vitales que se caractericen por relaciones (sea familiares, profesionales u otras relaciones sociales más transitorias) pacíficas, armoniosas, basadas en la verdad y respetuosas, con sentido de pertenencia y solidaridad. Se basa en la premisa de que se debe luchar por la esencia de la humanidad y perfeccionarla a través del cuidado y el amor que se dispense a otros. De esta manera está implicada una fuerza moral que nos motiva a actuar con responsabilidad en nuestras relaciones con los demás.

El índice de Felicidad Nacional Bruta de Bután incluye cuatro aspectos para este dominio:



- Apoyo social, que describe la contribución civil de la comunidad.
- La relación comunitaria, que se refiere a la confianza y al sentido de colectividad.
- Las relaciones familiares.
- Seguridad ante el crimen y la violencia.

### *El valor intrínseco de la vitalidad de la comunidad*

Cada aspecto que envuelve este dominio posee un valor intrínseco obvio: vivir sin la probabilidad de que haya crimen ni violencia, tener una relación familiar amorosa y vivir en una comunidad con un sentido de cuidado, confianza y pertenencia.

### *El valor instrumental de la vitalidad de la comunidad*

Las personas con sólidas relaciones logran más satisfacción en la vida, mejor salud mental y física, más probabilidad de tener empleo, de disfrutar de su tiempo libre y de tener éxito en sus proyectos. Además, contar con una red de apoyo no solo es invaluable en momentos de dificultad, sino para llevar a cabo proyectos, resolver conflictos y reducir costos en la colaboración ciudadana, las comunicaciones, etc.

### *Lo que ya se está haciendo*

En el mundo ya hay algunos casos que muestran que este dominio (vitalidad de la comunidad) contribuye al bienestar. En los campos de refugiados de Tanzania, un grupo de adultos mayores una vez a la semana cuentan historias, que se transmiten también por radio, a los más jóvenes con el fin de preservar sus tradiciones culturales. En Chicago (EUA), se realizó un programa modelo donde antiguos perpetradores de asesinatos educan a la comunidad sobre las consecuencias del comportamiento violento. Este modelo ha sido replicado en otras ciudades del mundo con muy buenos resultados. En China, Colombia y Moldava se ha creado un programa donde mujeres mayores, entrenadas previamente en técnicas de lectura, en disciplina y en el desarrollo del cerebro infantil, ofrecen cariño, cuidado, apoyo y estimulación a niños huérfanos, para crear nuevos y fuertes lazos sociales. Estos casos marcan pautas para la creación de políticas de bienestar.

## **Tercer dominio: Buen gobierno**



*“No es el poder el que corrompe sino el miedo. El miedo de perder el poder corrompe a los que lo tienen, y el miedo del abuso del poder corrompe a los que viven bajo su yugo”.*

*Aung San Suu Kyi, “Libertad del Temor”.*



### ***Definición de buen gobierno***

El buen gobierno se refiere a la capacidad de un pueblo para participar, influenciar y pedir cuentas a las instituciones públicas que afectan sus vidas a cualquier nivel. Implica también la capacidad de las personas para exigir sus derechos y, disentir y protestar sin temor contra la corrupción.

Para este dominio, el índice de Felicidad Bruta de Bután incluye cuatro medidas:

- ☞ Si las personas conocen sus derechos fundamentales y si sienten que están protegidos.
- ☞ Cómo evalúan el desempeño de las instituciones gubernamentales.
- ☞ Si confían en las instituciones públicas.
- ☞ La participación política.

### ***El valor intrínseco del buen gobierno***

Su valor intrínseco estriba en la libertad para elegir y expresar puntos de vista. Además, el ejercicio de un buen gobierno permite a las personas contribuir al bien común.

### ***El valor instrumental del buen gobierno***

El buen gobierno informa; esto es útil para dar respuesta apropiada a situaciones calamitosas. También permite que las personas expresen sus preocupaciones, o incluso sus sentimientos de indignación, hacia la manera como se enfrentan los diferentes problemas, lo que ayudará a que los líderes actúen. El debate democrático contribuye a llegar a consensos, a aprender unos de otros y ayudar a la sociedad a conformar sus valores y prioridades. La necesidad de un buen gobierno es obvia, la pregunta realmente necesaria es qué clase de políticas se deben proponer bajo el paradigma de bienestar y felicidad.

Aún en las sociedades armoniosas y equitativas con baja corrupción, es necesario tomar dediciones que fomenten la cultura, la identidad y los valores. Dichas dediciones implican, por ejemplo, el límite de velocidad permitida en carretera (esto refleja cuánto se respeta la vida); o el idioma que se enseñará en las escuelas (esto podría determinar si se discrimina a grupos étnicos minoritarios); o quizá, el crear incentivos para que los jóvenes permanezcan en el área rural. No hay una respuesta precisa para cada situación, por lo que esas dediciones deben ser revisadas vez tras vez y en esto el buen gobierno desempeña un rol para la acción coordinada, la información y el análisis pertinente.

### ***Lo que ya se está haciendo***

Existen modelos innovadores de buen gobierno. Por ejemplo, los mecanismos de respuesta ante desastres usados por varios países, como en Haití. En Kenia se creó un sitio en internet, *Ushaidi* (que significa testimonio) para llevar un registro de los incidentes de violencia, así como de los esfuerzos para lograr la paz, basado en los reportes enviados vía web o a través de los teléfonos móviles. En la India, *India's Right to Information Act* es otro ejemplo de una valiente inversión del gobierno para facilitar la responsabilidad y transparencia de la vida pública. Con este sistema cualquier ciudadano puede solicitar información y en un plazo de 30 días las autoridades públicas están obligadas a proveer acceso sin restricción a información y documentos del gobierno. A pesar de las dificultades que se enfrentaron para implementar este sistema, su uso se ha generalizado y ha sido útil para comprometer a los ciudadanos a detectar la corrupción y diagnosticar posibles problemas. *Ciencia ciudadana y Supervisión*, es un proyecto que se está realizando en China, en el este y sur de África y en EUA, mediante el cual ciudadanos, no profesionales, pueden participar en investigaciones sobre el medio ambiente para estimular la exactitud y la veracidad de los reportes, documentar los cambios en la ecología local y fomentar la conciencia y responsabilidad de todos frente a este tema.



### Cuarto dominio: Diversidad y resiliencia cultural



“Todas las naciones se han derretido como bolas de nieve ante el sol”.

*Dragging Canoe, 1730-1792.*

#### **Definición de diversidad cultural y resiliencia**

Este dominio, complejo de entender por ser de carácter internacional, claramente provee identidad, expresión artística, conciencia de la historia y profundo significado a las personas. La preservación y promoción de la cultura se ha establecido como una prioridad para muchas comunidades indígenas y culturas tradicionales. La cultura es dinámica y está en constante cambio. Se manifiesta en el lenguaje, las artes, la culinaria, los festivales, etc.

El índice de Felicidad Bruta de Bután incluye cuatro indicadores para evaluar la fortaleza de varios aspectos culturales:

- ཏཱ་མཚན། El lenguaje.
- ཏཱ་མཚན། Un conjunto de 13 habilidades artísticas y artesanales.
- ཏཱ་མཚན། Participación en festivales y eventos culturales.
- ཏཱ་མཚན། *Driglam Namzha* (una forma de etiqueta ampliamente traducida como “El camino hacia la armonía”).

#### **El valor intrínseco de la cultura**

Su valor intrínseco está simplemente en la expresión estética o la apreciación. Tener un elevado Producto Nacional Bruto, pero con pocas oportunidades para la música, la literatura, etc. no equivale a tener éxito en el desarrollo, pues de una u otra forma, la cultura envuelve toda nuestra vida, nuestros deseos y frustraciones, nuestras ambiciones y la libertad que buscamos.

#### **El valor instrumental de la cultura**

La cultura nos une a una comunidad particular, además, puede profundizar y fortalecer nuestras relaciones, lo que a su vez puede producir otros beneficios como los mencionados en el dominio de la vitalidad de la comunidad, tales como la confianza, el apoyo mutuo, la solidaridad, entre otros. Las actividades culturales pueden generar también medios de trabajo a través del turismo, la industria cultural del arte, la música y las artesanías. También puede contribuir al bienestar psicológico al proporcionar una identidad estable, por un lado, y por otro, al proveer apoyo, entrenamiento y entendimiento para cultivar emociones positivas, resolver conflictos y construir la paz. Dependiendo de la cultura, esta puede respaldar el dominio del buen gobierno mediante compartir tradiciones de



debates públicos, generar consensos y reconocer legítimamente el liderazgo. La cultura también podría contribuir a la educación, por ejemplo, en historia, el ecosistema natural, la salud, la agricultura, etc.

Por supuesto, es necesario tener en cuenta que los cambios sociales tales como la migración de la población provocada por diversas situaciones, el intercambio estudiantil, la mezcla familiar que se da por los matrimonios entre personas de diferente origen, la globalización, la urbanización, la religión, así como problemáticas sociales como la mafia, los carteles de droga, etc., son factores que hacen que millones de personas no tengan un sólido fundamento para su identidad.

Por su parte, la modernidad y la tecnología han creado una cultura masiva donde aspectos como la música, la comida rápida, el deporte, incluso los timbres de los celulares, entre otros, hacen que las personas encuentren su identidad alrededor de grupos socioeconómicos detrás de los cuales hay intereses comerciales y de dominio.

Todas estas situaciones presentan un desafío para la forma como se debe preservar la cultura y, al mismo tiempo, cultivar la tolerancia y el respeto por la diversidad. Además, dado que los sistemas gubernamentales varían considerablemente de país a país, esta es un área en la cual hay más dificultad para conocer cuáles son las políticas actuales propuestas.

### *Lo que ya se está haciendo*

En Nueva Zelanda, el Ministerio de Educación ha fundado escuelas de inmersión al lenguaje maorí desde 1985. En Tailandia se han establecido escuelas que funcionan los fines de semana con el fin de impartir conocimientos y habilidades en artes, en el lenguaje local, las danzas, agricultura, etc. Los profesores son voluntarios y el programa es una forma de intercambio entre generaciones. En la India el baile tradicional se usa para transmitir tradiciones e historias, por esto el gobierno hizo un esfuerzo junto con otras organizaciones para crear un archivo digital de esta herencia cultural.

### **Quinto dominio: Salud**



*“La curación es una cuestión de tiempo, pero a veces es también una cuestión de oportunidad”.*

*Hipócrates*

*“Los ciudadanos saludables son el más importante recurso que un país puede tener”.*

*Winston Churchill*

### *Definición de salud*

La salud se alcanza cuando el cuerpo y la mente disfrutan de movilidad, de energía, salud mental y ausencia del dolor o la enfermedad.

### *El valor intrínseco de la salud*

Su valor intrínseco es evidente, sobre todo cuando la perdemos.



### *El valor instrumental de la salud*

Todos los otros dominios se ven afectados cuando no se tiene salud. La salud es necesaria para el trabajo y el aprendizaje (las personas con salud y mejor nutridas tienen mejor concentración).

El índice de la felicidad en Bután incluye el número de días saludables al mes, la presencia de alguna enfermedad crónica y el estado en general de la salud física y mental.

Las políticas en salud van en aumento. En 1978, en Alma Ata, se hizo la primera declaración internacional de invertir en la atención primaria y otras políticas para generar salud para todos. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio incluyen metas importantes en salud como, por ejemplo, las relacionadas con la desnutrición, la mortalidad materna e infantil, la tuberculosis, el SIDA y la malaria. Asimismo, las campañas de vacunación han aumentado. Al mismo tiempo, en muchos países hay un renovado interés en los determinantes sociales de la salud, los recursos humanos en salud, la reforma al sistema de salud, las políticas de salud pública, etc.

Dado lo anterior, ¿cuál entonces es el valor agregado de este dominio para el nuevo paradigma del bienestar? En primer lugar, para apoyar la necesidad urgente de defender la salud de todos y dar atención a lo que se ha descuidado, como la desnutrición, aspecto que ensombrece el futuro de millones de niños. Se necesita un suficiente gasto público para el cuidado de las necesidades básicas de la salud o para la prestación de la atención primaria. Es necesario dar atención a las enfermedades infecciosas en los países en vías de desarrollo a través de intervenciones de salud pública, así como a la dieta, al ejercicio, a la planificación familiar y al cuidado de la salud reproductiva de las mujeres. Se requiere, además, investigar sobre las enfermedades que más afectan a las poblaciones pobres y marginadas. En resumen, las políticas deben abordar la salud de manera integral, incluyendo los determinantes sociales de la salud, la inequidad, la nutrición, la exclusión social y el conflicto.

### *Lo que ya se está haciendo*

Entre los casos de estudio para este dominio, se encuentran aspectos importantes, y poco investigados, tales como los cuidados paliativos. La Robert Wood Johnson Foundation's Promoting Excellent in End-of-Life Care (RWJ Foundation's) creó 22 proyectos, incluyendo centros para atender pacientes con cáncer, hogares de ancianos y clínicas de diálisis, entre los asentamientos de nativos americanos en Alaska, los centros de salud en barrios marginales y en las cárceles. Existen servicios viables económicamente, que pueden ser usados para ofrecer los cuidados paliativos y mejorar la calidad de atención. La clave está en la individualización del paciente y la valoración de la familia, incluyendo el discutir sobre la atención de los enfermos terminales. Después de haberse concluido los proyectos de la RWJ Foundation's, 20 continuaron activos o expandieron sus modelos.

El cuidado de los enfermos terminales es, en primer lugar, un deber moral y espiritual. Pero, además, es importante por otras razones. En los Estados Unidos, el 30 % de los gastos médicos se atribuyen al 5 % de los usuarios que mueren cada año, y cerca de un tercio de los gastos durante el último año de vida se gastan en el último mes. Por otro lado, los costos acarreados por intervenciones agresivas e innecesarias, pueden, parcialmente, evitarse proveyendo apoyo holístico al enfermo y a su familia.

Otro aspecto importante es el suicidio entre comunidades indígenas, las cuales presentan las más altas prevalencias entre los grupos culturales o étnicos. En Manitoba, Canadá, los mismos grupos indígenas desarrollaron una estrategia para prevenir el suicidio, dirigida a recuperar y restaurar su identidad, cultura, lenguaje, historia, relaciones y el espíritu de autonomía. Para ello se involucró a los ancianos para que ofrecieran sus conocimientos a un grupo de jóvenes, quienes, a su vez, los transmitieron a los jóvenes con deseos suicidas. El programa fue apoyado por otras personas interesadas, por líderes de la comunidad y por agencias gubernamentales. El resultado fue que no solo descendieron las tasas





de suicidio, sino que se fortaleció la colaboración intersectorial. Se demostró, además, la utilidad de involucrar a jóvenes en este tipo de proyectos. El programa ha sido replicado en otras provincias de Canadá.

Para destacar el carácter holístico de la salud, se podría hablar también del programa realizado en Australia por *The Heart Foundation*, en Victoria, el cual provee a los urbanistas planos para diseñar vecindarios que promuevan el uso de transporte público y que tengan espacios seguros para caminar, ciclorrutas, espacios abiertos para la recreación, etc.

### Sexto dominio: Nivel de vida



*“El dinero es más afilado que una espada”.*

*Proverbio africano*

*“Mejor es un plato de legumbres donde hay amor que un toro cebado y junto con él odio”.*

*Proverbio judío*

#### *Definición de nivel de vida*

Este dominio tiene diferentes componentes:

- ☞ Trabajo decente y sustento, incluyendo el cuidado y las actividades familiares.
- ☞ Vivienda segura.
- ☞ Economía (dinero, inversiones, negocios, etc.).

#### *El valor intrínseco del nivel de vida*

El trabajo es la forma como la persona aplica y usa sus talentos, desarrolla su potencial, crea, da, etc. El trabajo incluye la labor de criar hijos, el cuidado de otros, las actividades de las personas pensionadas, el trabajo de la casa, etc. Es fácil saber cuál es el valor intrínseco de la vivienda imaginando la ausencia de ella. Es un refugio que ofrece seguridad tanto a nosotros como a nuestros bienes. El valor del dinero quedará supeditado, en cierta medida, por el contexto. Su valor intrínseco puede darse por las relaciones cubiertas en el dominio de la vitalidad de la comunidad. Obviamente se reconoce la 'libertad' que ofrece el dinero para hacer cosas que, de no poseerlo, no podríamos hacer, incluyendo el poder ahorrar para el futuro.

#### *El valor instrumental del nivel de vida*

Su valor para promover los otros dominios está asociado, en el caso de algunos trabajos, con proveer ingresos, aprender y desarrollar habilidades y con el bienestar físico y psicológico. Las políticas para mejorar el nivel de vida van desde las que impulsan el crecimiento del Producto Interno Bruto y la expansión del comercio nacional e internacional hasta las políticas para reducir la pobreza, promover la tecnología y la innovación, el acceso a los servicios para las familias pobres, etc. Aun así, la autosuficiencia, como pilar fundamental del nuevo paradigma económico propuesto en este dominio,



es un principio que no se respeta en el actual modelo económico, pues muchas políticas públicas y privadas buscan maximizar la riqueza y los beneficios sin tener en cuenta el costo que supone para los otros dominios del bienestar en futuros años.

### *Lo que ya se está haciendo*

En este dominio se proponen políticas deseables que, en el momento, no son muy concretas y aún no se han implementado:

- ☞ La creación de trabajos significativos donde no se margine ni menosprecie a la persona, un trabajo que no sea simplemente para la productividad y la remuneración, sino uno que active los talentos, los dones y la vocación del trabajador.
- ☞ La creación de un consenso ciudadano donde se reconozca que las metas elegidas de autonomía, cualesquiera que sean, deben promover la vida no reprimirla. La investigación sobre la experiencia de Tailandia en este respecto podría ser muy enriquecedora.
- ☞ El reconocimiento y la dignificación del trabajo no remunerado, por ejemplo, la crianza de los hijos y las labores domésticas en general.
- ☞ Transformar la vida del trabajador pobre, una meta a largo plazo, con el fin de no perpetuar su pobreza en el futuro. Esto no necesariamente implica grandes inversiones, sino la redistribución de las tierras, la formación profesional, el promover la cultura del ahorro, etc.
- ☞ La revaluación del dinero, implica reconocer su valor intrínseco (la libertad que ofrece para la seguridad, la diversidad, generosidad y autonomía económica) y permitir que este valor prevalezca sobre la concepción que se tiene de simplemente poseer cosas.

Aunque la codicia ha marcado la historia de la humanidad, se ha visto de manera empírica, culturas que han equilibrado este instinto humano con otros no negativos, y es a este aspecto a lo que apunta el nuevo paradigma propuesto para el bienestar.

### **Séptimo dominio: Diversidad y resiliencia ecológica**



*“A donde vaya el árbol, el hombre irá poco después”.*

*Thomas Sankara, expresidente de Burkina Faso*

*“Los árboles que crecen son el bosque del mañana”.*

*Proverbio africano*

### *Definición de diversidad ecológica*

El medioambiente, el ecosistema, se refiere al conjunto heterogéneo que abarca desde los animales, árboles, las aguas subterráneas hasta las condiciones atmosféricas, con todas sus interacciones y elementos, por pequeños que sean. Es inmenso y está fuera del control humano. Como resultado la diversidad medioambiental y la resiliencia entran en el nuevo paradigma económico de distintas formas desde los otros dominios.



### *El valor intrínseco de la diversidad ecológica*

Este dominio aporta mucho a la felicidad humana. La armonía con la naturaleza produce serenidad, asombro y gozo. La belleza de la naturaleza atrae a nuestros sentidos y provoca diferentes reacciones positivas, que incluso invitan a la reflexión. Todo esto trasciende continentes y edades. Por otro lado, la degradación ambiental disminuye directamente la prosperidad humana. El smog, la erosión, etc., producen malestar, incomodidad y remordimiento por la destrucción de nuestro sagrado espacio. Es evidente cómo este dominio puede contribuir a la felicidad humana o, por el contrario, enturbiarla.

### *El valor instrumental de la diversidad ecológica*

El ecosistema puede contribuir de incontables maneras a la felicidad y prosperidad humanas. Las cadenas de interdependencia de los seres vivos se extienden en todas las direcciones. La vida misma depende del medioambiente. La subsistencia de los campesinos también. A la inversa la degradación del ambiente amenaza al hombre de diferentes maneras y hasta pone en peligro su supervivencia (el cambio climático, la contaminación, la disminución de los recursos naturales, hambrunas que pueden desencadenar conflictos, etc.).

### *Lo que ya se está haciendo*

Las políticas delineadas en el documento "Rio+20. The World We Want" (2012), dan una legítima y vigorosa prioridad a la erradicación de la pobreza, a la promoción de la armonía con la naturaleza, al entendimiento de los pueblos indígenas, a la necesidad del transporte ecológico y a la planeación holística de las comunidades, incluyendo las áreas urbanas. Sin embargo, solo menciona de pasada la conservación de la herencia natural y, aunque menciona la educación en prácticas de sostenibilidad, no hace énfasis en la necesidad de cambiar la mentalidad subyacente de la humanidad hacia los bienes materiales para transformar la esperanza de ser millonarios algún día, por el anhelo de una verdadera felicidad y un real bienestar para todos.

Es necesario entonces apoyar políticas que promuevan la autosuficiencia y permitan a grupos de ciudadanos participar activamente en delinear fuerzas de trabajo que cambien la mentalidad antes mencionada, por ejemplo, que promuevan el mercado de la 'energía limpia'. También políticas para la preservación de los espacios naturales, y no solo por su valor práctico, sino por su belleza. Políticas que incluso protejan a los animales.

## **Octavo dominio: el uso del tiempo**



*"El tiempo perdido nunca se recupera".*

*Benjamin Franklyn*

*"La forma como utilizamos nuestros días es, evidentemente, la forma como utilizamos nuestra vida".*

*Annie Dilliard, The Writting Life*

### *Definición del uso del tiempo*

Los valores se reflejan en la forma como se gasta el dinero y el tiempo. El mal uso del tiempo se evidencia en aquellos cuyas vidas son controladas por trabajo, pago o no, y en quienes no duermen



lo suficiente. La mala calidad del tiempo se manifiesta cuando las personas están siempre corriendo y no pueden disfrutar de los momentos que comparten con otros. También se presenta en los trabajos monótonos, que no permiten la creatividad. Por otro lado, el uso ideal del tiempo se evidencia cuando la mayoría de las actividades son significativas, intencionales, valiosas y se pueden realizar a conciencia y eficientemente y se puede descansar. Por su puesto que el tiempo invertido en las actividades dependerá de los gustos, las necesidades y las circunstancias de cada persona.

Desde esta concepción, los menos favorecidos usan su tiempo ineficientemente, simplemente para buscar su subsistencia enfrentando el desempleo, las deudas y el alto costo de la vida, hasta que un día enferman. Para los que nos son pobres en sentido material, el buen balance del tiempo puede ser estorbado por las presiones socioculturales, los hábitos ineficientes de trabajo, el estrés o la postergación de las cosas o porque no se sientan realizados en su trabajo o con lo que hacen en el tiempo libre.

### *Lo que ya se está haciendo*

Dentro de las políticas que se han implementado están la delimitación de trabajar 48 horas semanales, propuesta por la Organización Internacional del Trabajo, y los salarios dignos. También están las políticas relacionadas con las horas extras, las incapacidades, los días festivos y las licencias. Además, están los intentos por limitar los excesos en los turnos de trabajo, la protección para los trabajadores informales y las personas retiradas. Y, por supuesto, las políticas asociadas a los demás dominios fortalecen el buen uso del tiempo, por ejemplo, un sistema de transporte público eficiente, redes sociales seguras, vivienda adecuada, adecuados servicios de salud para los niños, los ancianos, las personas con discapacidades y apoyo para sus cuidadores.

### *Lo que se propone...*

- ☞ Máximo rendimiento y manejo del tiempo.
- ☞ Disponer de espacios en el sitio de trabajo para hacer ejercicio, meditar, hacer una siesta.
- ☞ Aprender haciendo (en el trabajo).
- ☞ Calidad de tiempo con la familia.
- ☞ Licencia de paternidad (permitir que el padre comparta con su hijo recién nacido o recién adoptado).
- ☞ Mejorar el contenido significativo de la televisión, de la radio, los videojuegos y las redes sociales.

Con relación al manejo del tiempo y el máximo rendimiento, se propone que todos los adultos deberían tener la oportunidad de aprender a usar bien su tiempo de acuerdo a sus valores y prioridades. Esto incluye el entender las implicaciones de postergar las tareas que se tengan, la adicción al trabajo y saber establecer sus prioridades. Lo anterior se podría enseñar a los niños mediante actividades propuestas en los colegios; para los adultos a través de educación continuada ofrecida por diferentes organizaciones y, cursos cortos para la población que rara vez tiene acceso a estas capacitaciones (y que, por lo general, pasan su tiempo libre viendo televisión), como las amas de casa, quienes trabajan en fábricas, en obras de construcción, pensionados, etc.



### Noveno dominio: bienestar psicológico



*“Permite que el primer acto de la mañana sea tomar la siguiente determinación para el día:*

- *No voy a temer a nadie en la Tierra.*
- *Temeré sólo a Dios.*
- *No tendré mala voluntad hacia nadie.*
- *No me someteré a la injusticia de nadie.*
- *Venceré a la mentira con la verdad.*

*Y en la resistencia contra la mentira, aguantaré con sufrimiento”.*

*Mahatma Gandhi*

#### **Definición de bienestar psicológico**

Se refiere al fortalecimiento de la conciencia. Al desarrollo de una genuina intención de tratar a los demás con compasión. A no juzgar las emociones y a sanar las que obsesionan o que hieren. Pero, también, a la habilidad de reconocer las deficiencias y los problemas y, a pesar de ello, no dejar que ello arruine la vida, sino lograr coexistir con esas circunstancias con una sensación de paz. Este dominio permite a las personas desarrollarse desde su interior. Es una habilidad que se puede aprender, un tipo de independencia y estabilidad, y no meramente el resultado de causas externas.

En el Índice de la Felicidad Nacional, el bienestar psicológico tiene tres componentes:

- ☞ *La espiritualidad:* la meditación y la reflexión sobre las consecuencias de los actos propios.
- ☞ *El balance emocional:* el resultado de la inteligencia emocional y de cultivar emociones positivas tales como la generosidad, la empatía y la compasión.
- ☞ *La evaluación de la satisfacción* obtenida en los demás dominios.

#### **El valor intrínseco del bienestar psicológico**

Las personas que han desarrollado su inteligencia emocional son capaces de entender sus propias emociones y transformarlas de manera positiva y entender mejor las de otros, lo cual es muy útil en todo tipo de relaciones. La práctica de la espiritualidad proporciona una estabilidad y calma que ni la opulencia ni la escasez pueden destruir.

#### **El valor instrumental del bienestar psicológico**

Su valor instrumental es inmenso pues se asocia con una mejor salud, un sistema inmunológico fuerte, con relaciones estables y satisfactorias, mejor desempeño y progreso en el trabajo, y mucho más. Al respecto, se han realizado bastantes investigaciones<sup>\*\*\*</sup>.

\*\*\* Cummins RA. Objective and Subjective Quality of life: An Interactive Model. Social Indicators Research 52. 2000; 1: 55-72.  
 Diener E, Lucas R, Schimmack U, Helliwell J. Well-being for public policy. 2009; New York: Oxford University Press.  
 Helliwell JF, Wang S. The State of World Happiness’, in Jhon F. Helliwell, Richard Layard, and Jeffrey Sach. World Happiness Report. 2012; 10-57.  
 Layard R. 2005. Happiness: Lessons from a new science. London Penguin.  
 Kahnemann D. 2011. Thinking Fast and Slow. Penguin.  
 Ricard M. 1999. Happiness: A Guide to Developing Life’s Most Important Skill. Atlantic Books.  
 Seligman M. 2011. Flourish: A New Understanding of Happiness and Well-Being- and How to Achieve Them. Nicholas Brealey Publishing.

### *Lo que ya se está haciendo*

Hoy se ofrecen infinidad de cursos y entrenamiento para lograr el bienestar psicológico, desde las diferentes prácticas religiosas hasta cursos para desarrollar la inteligencia emocional. También se encuentran libros, audios, páginas web, grupos de apoyo, aplicaciones para los aparatos móviles que incluyen consejos y recordatorios diarios, etc.

Como casos de estudio de este dominio se encuentra el programa *Roots of Empathy*, creado en 1996 y avalado científicamente, el cual se ideó para enseñar empatía y compasión en las escuelas elementales. Un padre, junto con su bebé, visita nueve veces al año el aula de clase y se hacen discusiones sobre el desarrollo infantil y el entendimiento emocional. El propósito es que los estudiantes aprendan a entender la perspectiva del bebé y sus sentimientos para luego aplicar ese conocimiento fuera del aula. Este programa se ha implementado en Canadá, Nueva Zelanda, Isla de Man, Irlanda del Norte, República de Irlanda y en Escocia. Las investigaciones demuestran que los niños que participan en el programa son más bondadosos, más cooperativos, menos agresivos y con menos probabilidad de ser acosadores, que aquellos que no son incluidos en el programa. Se demostró que estos efectos perduran hasta al menos tres años después.

En la India y en otros lugares, se han implementado programas de meditación en las cárceles con el fin de educar la conciencia y reducir la violencia y la reincidencia. Asimismo, El Oxford Mindfulness Center, perteneciente al Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Oxford, aplica técnicas de concienciación para ayudar a los pacientes con depresión crónica a anticipar, minimizar y aliviar los episodios recurrentes de la enfermedad.

### Cierre

Con esta consideración termina este primer borrador del documento realizado por la comisión IEWG.

*“Esperanza no es la convicción de que algo resulte bien, sino la certeza de que tiene sentido, sin importar cómo termine”.*

*Vaclav Havel, dramaturgo y expresidente de la República Checa*



<http://espejosconcavosdotnet.files.wordpress.com/2013/02/vivir-en-la-utopia.jpg?w=700>

-----



## La lección de Medicina...

# DIEZ RESPUESTAS PUNTUALES SOBRE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN ADULTOS

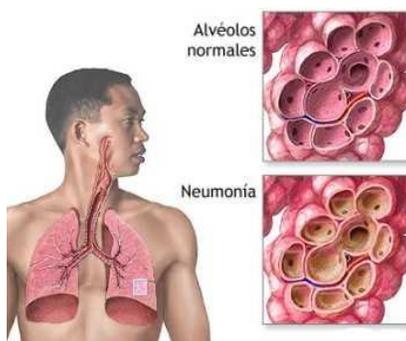
José G. Bustillo P. <sup>§§§</sup>



[http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/4/44/XR\\_chest\\_-\\_pneumonia\\_with\\_abscess\\_and\\_caverns\\_-\\_d0.jpg/200px-XR\\_chest\\_-\\_pneumonia\\_with\\_abscess\\_and\\_caverns\\_-\\_d0.jpg](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/4/44/XR_chest_-_pneumonia_with_abscess_and_caverns_-_d0.jpg/200px-XR_chest_-_pneumonia_with_abscess_and_caverns_-_d0.jpg)

### 1. ¿En qué consiste la NAC?

La neumonía es una inflamación del parénquima pulmonar desencadenada por diversas especies bacterianas, virus, hongos y parásitos, que se manifiesta por fiebre, tos, estertores y opacidades en la radiografía de tórax. En nuestro país constituye la sexta causa de muerte y la primera por infección.



Alvéolos normales

Neumonía

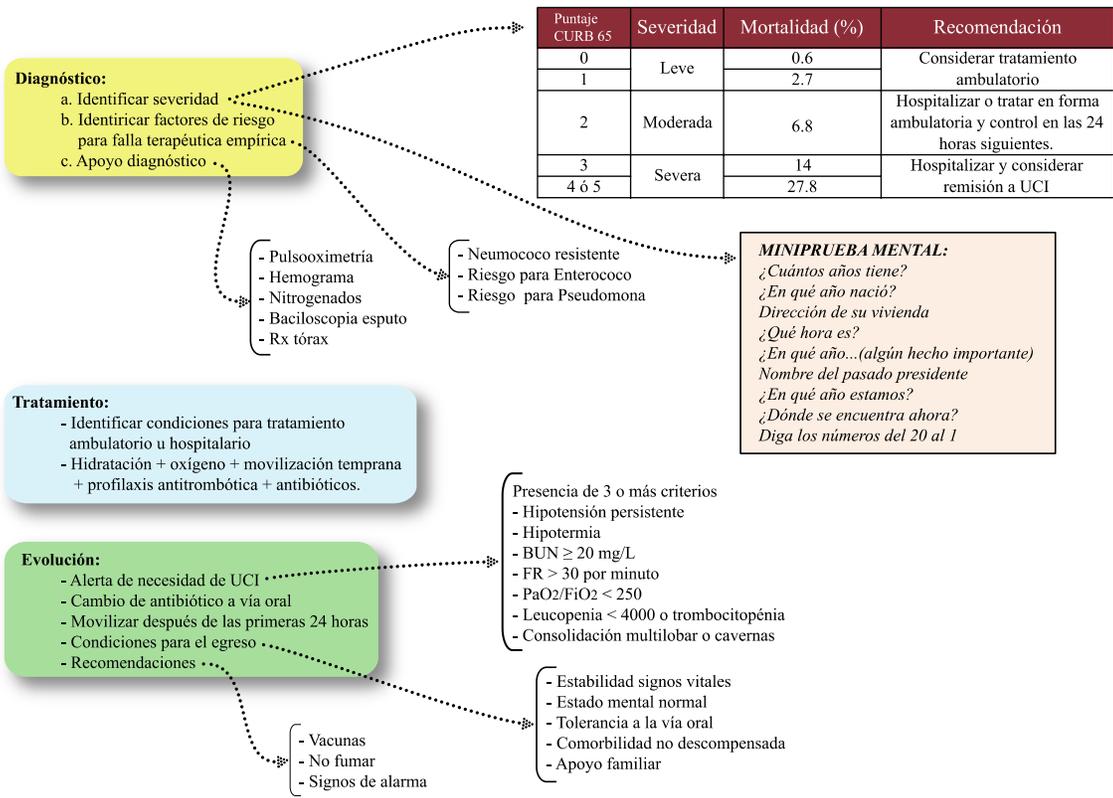
<http://todo-en-salud.com/wp-content/uploads/2010/09/Neumon%C3%ADa%20adquirida%20en%20la%20comunidad.jpg>

Para catalogarla como “adquirida en la comunidad” (NAC), debe ocurrir en pacientes no hospitalizados o en aquellos hospitalizados que desarrollan manifestaciones dentro de las primeras 48 horas del ingreso (*Guías de Neumonía de la Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax – ACNCT*).

<sup>§§§</sup> Médico Neumólogo – jose.bustillo@juanncorpas.edu.co.



### Neumonía Adquirida en la Comunidad - NAC- Aspectos clave.



## 2. ¿Cómo se llega al diagnóstico de NAC?

Por criterios clínicos y radiológicos.

La presencia de **fiebre, taquicardia, taquipnea, tos de reciente aparición** (con o sin producción de esputo purulento o hemoptoico), **estertores inspiratorios y dolor torácico**, son los datos clínicos más prevalentes y de fácil identificación en la anamnesis y examen físico (44, 45, 46). La sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de neumonía basado en la presencia conjunta de fiebre, tos y estertores inspiratorios es de 91.7 % y 92.7 % respectivamente (47).



A todo paciente con sospecha de NAC se le debe realizar una radiografía de tórax, tanto para confirmar el diagnóstico como para descartar la existencia de complicaciones. (II A).

Las complicaciones asociadas pueden adoptar la forma de derrame pleural, falla respiratoria, sepsis y shock séptico.

### 3. ¿Qué se recomienda una vez comprobada la NAC?

Se recomienda establecer su severidad clínica mediante cualquiera de las escalas disponibles.

**Criterios CURB-65 (British Thoracic Society)**

Variable Clínica		Puntos
Confusión	(C)	1
Urea > 42 mg/dL	(U)	1
FR > 30 / min	(R)	1
TAS < 90 mmHg		
TAD < 60 mmHg	(B)	1
Edad > 65 años		1

**Grupo 1 (0-1 pts)**  
Bajo riesgo.  
Candidatos a tratamiento ambulatorio.

**Grupo 2 (2 pts)**  
Riesgo intermedio.  
Se debería hospitalizar.

**Grupo 3 (3 o + pts)**  
Alto riesgo.  
Se debería internar en UCI.

<http://image.slidesharecdn.com/nac-2013-140617190805-phpapp02/95/neumonia-adquirida-en-la-comunidad-21-638.jpg?cb=1403032194>

La aplicación de la Escala CURB-65 no solo permite establecer la severidad clínica de la neumonía sino también apoyar la escogencia del antibiótico, aproximarse a un pronóstico y apoyar la decisión del lugar del tratamiento: Ambulatorio u hospitalario y en este último caso, en pisos o en UCI (Nivel de evidencia II – Grado de recomendación A) (14, 15, 16). El acrónimo CURB 65 deriva de las iniciales de las siguientes palabras:

- Confusión** (Figura 1) El acierto en la respuesta a cada parámetro da una puntuación de 1, el puntaje  $\leq 8$  implica alteración.
- Urea (BUN)** > 19 mg por dL
- Respiración** > 30/min.
- Blood pressure (PAS < 90 mm Hg PAD < 60 mm Hg).**
- 65 años de edad y mayores (17,24).**

En la escala de severidad **CURB-65**, (Figura 1) a cada parámetro se le asigna una puntuación de **0** o **1** según si está ausente o presente; la puntuación total va de 0 a 5 y según ella, la NAC se estratifica en tres grupos: leve, moderada y severa. NAC severa se define por un puntaje mayor a 2.

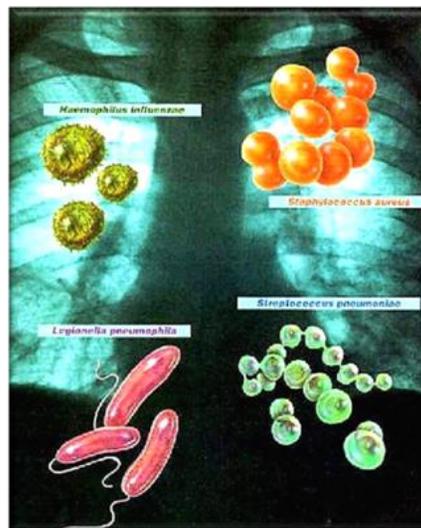


## Hospitalizar

Las siguientes condiciones también determinan hospitalización en pacientes con NAC:

1. Incapacidad de autocuidado y carencia de soporte familiar.
2. Enfermedades concomitantes como diabetes, nefropatía o hepatopatía crónicas, abuso de alcohol, falla cardíaca, EPOC, neoplasias, desnutrición, ECV y asplenia.
3. Evidencia de sepsis, acidemia metabólica, CID, leucocitos  $< 4000$  o  $> 30.000$ .
4. Presencia de NAC severa. Este diagnóstico se establece con una sensibilidad del 78 % y especificidad del 94 % si están presentes dos de los siguientes tres criterios menores: Presión sistólica  $< 90$  (a pesar de la reanimación hidroelectrolítica apropiada),  $PaO_2/FiO_2 < 250$  y compromiso multilobar, o si está presente uno de los dos siguientes criterios mayores: Necesidad de ventilación mecánica o shock. La presencia de confusión, alcoholismo activo, hepatopatía crónica, asplenia, leucopenia y cavitaciones pueden indicar manejo en UCI.

### 4. ¿Cuáles son los gérmenes causantes de NAC?



<http://www.monografias.com/trabajos94/neumonia-adquirida-comunidad-nac/image004.png>

El *S. pneumoniae* sigue siendo el germen más frecuente implicado en la génesis de la NAC y es probable que responda por el 40 % que aún no tienen causa microbiológica aparente.

Los gérmenes causantes de la NAC solo se logran identificar en 30-40 % de los casos, pudiendo alcanzarse un 60% al implementar los métodos convencionales (Gram y cultivo, hemocultivos) con los no rutinarios (serología para Virus, *M. pneumoniae*, *Chlamydia spp*, y *Legionella spp*, además de detección de antígenos para virus y detección de ag urinario para *S. pneumoniae*, y *L. pneumophila*).

La prevalencia de los gérmenes en cada serie varía de acuerdo a los métodos diagnósticos utilizados y a otros factores como edad, factores de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, uso de drogas inhaladas, indigencia, residencia en hogares geriátricos), comorbilidad (EPOC, ICC, IRC, diabetes, neoplasias, ECV, bronquiectasias), uso previo de antimicrobianos y condiciones sociodemográficas.



### Caracterización clínica y etiológica de la NAC que requiere hospitalización. Valle de Aburrá 2005-2006

Vélez LA, Rueda ZV, Aguilar YA, Ortega H, González G, Arroyave M, Correa LT, Rojas EM, Montúfar F, Betancur CA, Upegui JJ, Medina LA, Bedoya F, Tobón R.

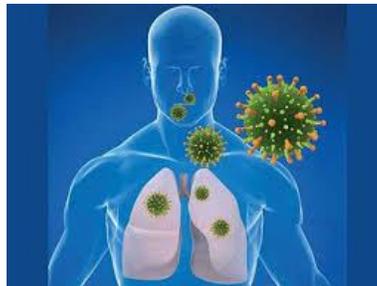
Grupo Investigador de Problemas en Enfermedades Infecciosas (GRIFE) Grupo de Epidemiología

Estudio cofinanciado Universidad de Antioquia - Colciencias. Código: 1115-04-15489

[http://images.slideplayer.es/1/21624/slides/slide\\_11.jpg](http://images.slideplayer.es/1/21624/slides/slide_11.jpg)

En el trabajo multicéntrico de Vélez y cols, (NAC en el Valle de Aburrá), uno de los trabajos con mayor número de pacientes incluidos, se pudo determinar etiología en 66 % de los casos. Los gérmenes más frecuentes fueron: *S. pneumoniae* 27,6 %, *M. pneumoniae* 13,8 %, *Influenza A/B* 10 %, *C. pneumoniae* 8,7 %, *Adenovirus* 7,1 %, *C. burnetii* 5.8 %, Virus Sincitial Respiratorio (VSR) 4,5 %, bacilos gram negativos entéricos (*Enterobacteriaceae*) 3,5 %, *M. tuberculosis* 2,9 %, *S.*, *L. pneumophila* 2 % y *aureus* 2,6 %. Podemos apreciar que si bien *S. pneumoniae* continúa siendo el principal agente etiológico, existe también evidencia de infecciones por atípicos, virus respiratorios, Bacilos Gram Negativos entéricos y *S. aureus*. La etiología mixta fue identificada en 22 % de los casos, sin que hasta el momento se haya estudiado la implicación que ello representa para nuestros pacientes (ACNCT).

### 5. ¿Qué otros estudios paraclínicos adicionales a una radiografía de tórax, SAO2, cuadro hemático, nitrogenados y Bk seriado de esputo, pueden ser necesarios en presencia de NAC?



[https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcT6CZ4F0japx2asrmEph-yq-VYw\\_Ow4MkhxbrbxGYmddq](https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcT6CZ4F0japx2asrmEph-yq-VYw_Ow4MkhxbrbxGYmddq)

La justificación más clara para pruebas diagnósticas adicionales se encuentra en el paciente críticamente enfermo o con neumonía severa y criterios de hospitalización en UCI. En estos casos el hemocultivo y la obtención de secreciones para gram y cultivo pueden representar beneficio (56, 57, 58).

Aunque la radiografía no tiene poder para discriminar entre neumonía y otras opacidades alveolares o intersticiales no infecciosas, aporta información sobre la localización y extensión del proceso neumónico, identifica la presencia de derrame pleural o cavitación y sirve de base para evaluar la progresión o la resolución de la enfermedad, todo ello sin desconocer que pequeñas opacidades

pueden no ser identificables y que la ausencia de anormalidad en la radiografía no elimina la posibilidad de neumonía (13, 48, 49, 50).

Son recomendaciones de las ACNCT al respecto:

**Para pacientes del grupo I (ambulatorios)**

A menos que haya situaciones epidemiológicas concretas o de otro orden, no se requieren exámenes adicionales a un hemograma y a una radiografía de tórax.

**Para pacientes del grupo II,** además de las ayudas diagnósticas ya citadas, se recomienda:



**1. ASEPSIA DE LOS FRASCOS**  
- Alcohol 70° o Povidona yodada  
- Dejar secar

**2. ASEPSIA DE LA PIEL**  
- Elegir la vena: vía periférica  
- Alcohol 70° + Povidona yodada  
- Dejar secar  
**NO VOLVER A PALPAR DESPUÉS DE DESINFECTAR**

**3. VENOPUNCIÓN:**  
- Extracción de 10 mL de sangre  
**No extraer a través de catéter\***

**4. INOCULACIÓN DE LOS FRASCOS:** Repartir los 10 ml en los dos frascos  
Si tiene Tto. antibiótico:  Si no tiene Tto. antibiótico: 

**5. EXTRACCIÓN SERIADA DE LOS HEMOCULTIVOS**  
1° extracción → 30 min → 2° extracción → 30 min → 3° extracción  
**SIEMPRE SITIOS DIFERENTES DE VENOPUNCIÓN**

**6. ROTULAR LOS FRASCOS**  
- Nombre paciente  
- N° extracción o vía  
- Dejar libre el código de barras  
- No cubrir los tapones

\* Solo extraer a través de catéter en sospecha de bacteriemia asociada a catéter junto con extracción por vía periférica, señalizándolo en la botella

ENVIAR A MICROBIOLOGÍA INMEDIATAMENTE: SI ENVÍO POR TUBO NEUMÁTICO PROTEGER SIEMPRE CON ALMOHADILLADO (TUBOS 103 Ó 538)

PARA MÁS INFORMACIÓN: 

<http://proantibioticos.files.wordpress.com/2011/12/hemocultivos.jpg?w=630&h=417>

Dos juegos de hemocultivos (2 frascos por juego) en pacientes con alcoholismo activo, enfermedad hepática crónica, asplenia, leucopenia, neumonía necrosante, influenza previa o derrame pleural; no es necesario dejar tiempo entre cada juego ni se requiere episodio febril concomitante para su realización.

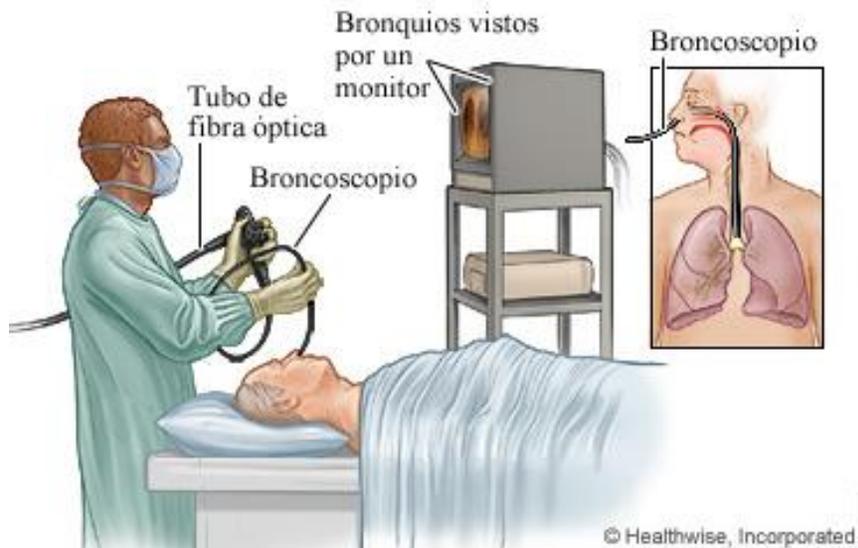


Tinción de Gram y cultivo de esputo (56, 57, 58).

- Estudio para virus en secreciones respiratorias según recomendaciones epidemiológicas de entes reguladores (Influenza).
- Toracentesis en caso de derrame, con citoquímico, ADA, pH y coloraciones rutinarias.



Para pacientes del grupo **III** la ACNCT recomienda:



[https://espanol.kaiserpermanente.org/static/health-encyclopedia/es-us/pi/media/medical/hw/s\\_h9991535\\_001\\_pi.jpg](https://espanol.kaiserpermanente.org/static/health-encyclopedia/es-us/pi/media/medical/hw/s_h9991535_001_pi.jpg)

- Broncoscopia para muestra de secreciones de vía aérea inferior, con cultivo cuantitativo.
- Pruebas serológicas en fase inicial y en seguimiento (2 a 4 semanas) para atípicos (*M. pneumoniae*, *Legionella spp* y *C. Pneumoniae*), junto con antígeno urinario para *Legionella spp* y para *S. pneumoniae* (III).

En pacientes con mala evolución o sospecha clínico-epidemiológica, se recomienda investigar: Virus respiratorios (*influenza*, *sincitial respiratorio*, *parainfluenza* y *adenovirus*), *C. burnetii*, *C. psittaci* y *P. jirovecii* (IIA).

### Un cuestionamiento

Cabe preguntarnos si aparte de estudios con fines epidemiológicos, tiene utilidad la solicitud de paraclínicos en búsqueda de virus y atípicos en pacientes con NAC. En nuestra opinión sería deseable, después de establecida la severidad, identificar el germen causal e iniciar tratamiento. La pregunta sería: Si se identifica el virus, ¿cambiaría eso el curso de la enfermedad? La otra pregunta: Si a los pacientes con NAC severa ya de antemano les administramos macrólidos, para efectos prácticos, ¿qué objeto tiene entonces tratar de establecer la etiología? Una respetuosa propuesta desde estas líneas sería que la ACNCT liderara con sus diversos capítulos, una investigación unificada metodológicamente que permitiera establecer incidencia de atípicos y virus en las diversas regiones del país, así como su impacto en la evolución y respuesta al tratamiento, en el paciente con NAC.



## 6. ¿Qué medidas son fundamentales en el tratamiento?

El tratamiento consta de dos partes:



<http://www.consejosdetufarmaceutico.com/wp-content/uploads/2015/02/neumonia-300x229.jpg>

### a. Medidas generales.

- **Oxígeno.** Asegurar saturación de oxígeno superior a 90 %. La vía y concentración para suministro de oxígeno suplementario está determinado por la condición de cada paciente. (Nivel de evidencia II – Grado de recomendación B) (6).
- **Profilaxis antitrombótica venosa** según guías disponibles.
- **Hidratación** Asegurar condición de equilibrio hidroelectrolítico (Nivel de evidencia III – Grado de recomendación B).
- **Movilización después de 24 horas.** La movilización (traslado de la cama a una silla durante 20 minutos luego de las primeras 24 horas de hospitalización y con incrementos progresivos en los días subsiguientes), ha demostrado reducción de la estancia hospitalaria sin incrementar el riesgo de resultados adversos (Nivel de evidencia II – Grado de recomendación A) (22).
- **Monitoría hemodinámica y respiratoria, no invasiva** identificar y registrar: estado de conciencia - temperatura- frecuencia cardiaca - frecuencia respiratoria, tensión arterial - oximetría de pulso. Estos datos se toman, registran y analizan al ingreso y, sistemáticamente, cada 4 horas. El intervalo de su registro es modificable según la respuesta clínica.

**Verificar condiciones clínicas mínimas** para determinar el egreso y para recomendar los días y vía de administración de antibiótico (Nivel de evidencia II – Grado de recomendación B) (35, 36, 37, 38).

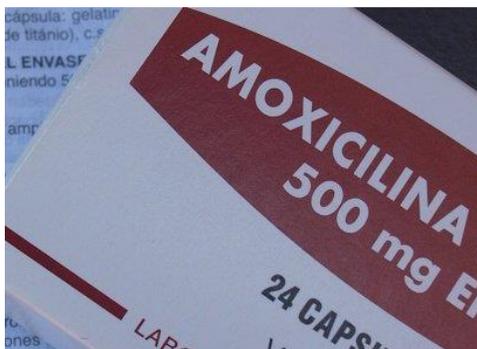
### - Manejo de comorbilidades si las hubiere.

- b. Administración de antibióticos.** Se define de acuerdo a severidad, epidemiología local y regional, riesgos asociados para falla terapéutica y lugar apropiado para realizar el tratamiento. Se recomienda iniciar dentro de las primeras cuatro a seis horas del ingreso o una hora después del mismo en casos de neumonía grave. Otras guías recomiendan Iniciar dentro de las primeras 8 horas posteriores al diagnóstico. (Nivel de evidencia II – Grado de recomendación B) (23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 51).



A continuación, se muestra al lector el esquema basado en las Guías de NAC de la Clínica Corpas y como otra alternativa, el esquema propuesto por la ACNCT.

### ESQUEMA DE TRATAMIENTO BASADO EN LAS GUÍAS INSTITUCIONALES DE LA CLÍNICA CORPAS



[http://azu1.facilísimo.com/ima/i/3/8/31/412\\_79215\\_4485685\\_770726.jpg](http://azu1.facilísimo.com/ima/i/3/8/31/412_79215_4485685_770726.jpg)

#### Tratamiento Grupo I (extrahospitalario)

**Primera opción.** Amoxicilina 500 miligramos tres veces al día, por 5-7 días\* (Nivel de evidencia I – Grado de recomendación A).

**Alternativa.** Claritromicina 500 miligramos dos veces al día, por 5-7 días\* (Nivel de evidencia II – Grado de recomendación B) o Doxicilina 200 miligramos dosis inicial y luego 100 miligramos día por 5 -7 días\*. (Nivel de evidencia III–Grado de recomendación B).

#### Tratamiento Grupo II (hospitalizado en salas)

**Primera opción.** Amoxicilina/clavulanato, 875 /125 miligramos tres veces día por 5-7 días\* (Nivel de evidencia I – Grado de recomendación A)

Ampicilina/sulbactam 1,5 gramos tres veces por día iv 5-7 días Nivel de evidencia I – Grado de recomendación A)

**Alternativa.** Ceftriaxona, 1g diario intravenoso 5-7 días Levofloxacina, 750 mg diarios vía oral 5-7 días Moxifloxacina, 400 mg diarios vía oral 5-7 días (Nivel de evidencia I – Grado de recomendación A)

#### Tratamiento Grupo III (hospitalizado en UCI)

**Primera opción.** Amoxicilina 500 miligramos cuatro veces al día junto con claritromicina 500 miligramos dos veces al día; ambos por 7-10 días (Nivel de evidencia I – Grado de recomendación A).

**Si la vía oral no es posible:**

Amoxicilina/clavulanato, 1000 /200 miligramos cuatro veces día junto con claritromicina 500 miligramos dos veces al día; ambos por 7-10 días, iv por 7-10 días (Nivel de evidencia I – Grado de recomendación A) o...

Ampicilina/sulbactam 1,5 gramos cuatro veces por día junto con claritromicina 500 miligramos dos veces al día; ambos por 7-10 días, iv por 7-10 días. (Nivel de evidencia I - Grado de recomendación A)



**Alternativa.** Ceftriaxona, 1 gramo al día más claritromicina 500 miligramos dos veces al día; ambos por 7-10 días iv. (Nivel de evidencia II – Grado de recomendación B)  
(Nivel de evidencia I – Grado de recomendación A), o...

Piperacilina/tazobactam 4,5 gramos tres veces al día junto con amikacina 15 miligramos/kg/día junto con levofloxacina 750 miligramos al día iv, 7-10 día. (Nivel de evidencia I – Grado de recomendación A).

**Alternativa.** Ceftazidime, 2 gramos tres veces al día junto con amikacina 15 mg/kg/día junto con levofloxacina 750 miligramos al día iv, 7-10 días (Nivel de evidencia II – Grado de recomendación B) (si no está disponible levofloxacina se puede administrar ciprofloxacina 400 mg tres veces por día iv).

### Uso de antivirales-ACNCT



[https://badmanbarcelona.files.wordpress.com/2010/01/foto-caja-y-bllister\\_\\_oseltamivir3-badman.jpg](https://badmanbarcelona.files.wordpress.com/2010/01/foto-caja-y-bllister__oseltamivir3-badman.jpg)

Las recomendaciones actuales en Colombia indican el uso de oseltamivir en todos los pacientes con diagnóstico de neumonía grave adquirida en la comunidad. La recomendación del uso de antivirales debe ir en conjunto con la alerta epidemiológica realizada por las autoridades de salud.

### ESQUEMA DE TRATAMIENTO BASADO EN LAS GUÍAS DE LA ACNCT

Grupo I: puntaje entre 0 y 1 en la escala CRB-65 o CURB-65.

a) Sano sin factores de riesgo:

#### Tratamiento ambulatorio

Primera línea (evidencia IA):

- Amoxicilina, 1 g por vía oral, cada 8h, o claritromicina, 500 mg por vía oral, cada 12 horas, o azitromicina, 500 mg diarios, por vía oral.

Alternativas:

- Doxiciclina, 100 mg por vía oral, cada 12 horas (evidencia IIB).
- En casos de alergia a las penicilinas, intolerancia a los macrólidos o a las tetraciclinas se debe considerar moxifloxacina, 400 mg al día por vía oral, o levofloxacina, 750mg/día por vía oral (evidencia IA).



b) Con factores de riesgo o enfermedades concomitantes:

**Duración del tratamiento.** En términos generales está entre cinco a siete días. *Mycoplasma*, *Legionella* y *Chlamydia* pueden requerir 10-14 días. En NAC por *S. aureus*, la terapia puede extenderse según la respuesta y presencia de complicaciones, a 14-21 días. Cuando se utilice azitromicina, el tratamiento debe ser por tres a cinco días.

### Tratamiento ambulatorio

Primera línea (evidencia IA):

- Amoxicilina-ácido clavulánico, 1 g por vía oral, cada 12 horas, asociado a claritromicina, 500 mg por vía oral, cada 12 horas o azitromicina 500 mg diarios vía oral.

Alternativa:

- Cefuroxima, 500 mg por vía oral, cada 12 horas, asociado a claritromicina, 500 mg por vía oral, cada 12 horas (evidencia IA).
- En caso de alergia a las penicilinas o intolerancia a los macrólidos, fluroroquinolonas: moxifloxacina, 400 mg al día por vía oral, o levofloxacina, 750 mg al día por vía oral (evidencia IA).

Grupo II: puntaje de 2 en la escala CRB-65 o CURB-65.

### a) Sin factores de riesgo y sin enfermedades concomitantes.

#### Hospitalización en sala general (Fuera de la unidad de cuidados intensivos)



[http://www.diariolaprovinciasj.com/u/fotografias/m/2014/11/4/620d0-37029\\_37047\\_26.jpg](http://www.diariolaprovinciasj.com/u/fotografias/m/2014/11/4/620d0-37029_37047_26.jpg)

Primera línea: betalactámico más macrólido (evidencia IA):

- Penicilina cristalina, 2 millones de unidades, intravenosos cada 4 horas, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 horas.

Alternativas:

- Ampicilina, 2 g intravenosos cada 4 horas más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 horas (evidencia IIB).
- En pacientes alérgicos a las penicilinas (evidencia IA): Quinolona 'respiratoria', intravenosa: moxifloxacina, 400 mg diarios, intravenosos, o levofloxacina, 500 mg diarios, intravenosos.



**b) Con factores de riesgo o enfermedades concomitantes.**

**Hospitalización en sala general  
(Fuera de la unidad de cuidados intensivos)**

Primera línea (evidencia IA):

- Ampicilina-sulbactam, 3 g intravenosos cada 6 horas, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 horas.

Alternativa (evidencia IIA):

- Cefuroxima, 750 mg intravenosos cada 8 h más claritromicina 500 mg intravenosos cada 12 horas.
- En pacientes alérgicos a las penicilinas (evidencia IA):
  - Quinolona "respiratoria", intravenosa: moxifloxacina, 400 mg diarios, intravenosos.
  - Levofloxacina 500 mg diarios IV.

**c) Con factores de riesgo para neumococo resistente a la penicilina.**

**Hospitalización en sala general  
(Fuera de la unidad de cuidados intensivos)**

En caso de sospecha de neumococo resistente a la penicilina (evidencia IA):

- Ceftriaxona, 2 g diarios, intravenosos, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 horas.
- En pacientes alérgicos a las penicilinas:
  - Quinolona "respiratoria", intravenosa: moxifloxacina, 400 mg diarios, intravenosos, o levofloxacina, 500 mg diarios, intravenosos.

**d) Hospitalización por razones socioeconómicas.**

**Hospitalización en sala general  
(Fuera de la unidad de cuidados intensivos)**

Tratamiento igual al del grupo IA

Grupo III: puntaje de tres o más en CRB-65 O CURB-65 MÁS CRITERIOS ats/IDSA para ingreso a la unidad de cuidados intensivos (neumonía grave adquirida en la comunidad).

- a) Sin factores de riesgo para P. aeruginosa.



### Hospitalización en la unidad de cuidados intensivos



[http://www.edicionelemedica.com.ar/revista/edicionelemedica.com.ar/storage/imagenes/actualidad/ultima\\_noticia/new\\_article2/unidad\\_de\\_cuidados\\_intensivos\\_foto\\_medicosdeelsalvador.com/60089-1-esj-AR/unidad\\_de\\_cuidados\\_intensivos\\_Foto\\_medicosdeelsalvador.com\\_xlarge.jpg](http://www.edicionelemedica.com.ar/revista/edicionelemedica.com.ar/storage/imagenes/actualidad/ultima_noticia/new_article2/unidad_de_cuidados_intensivos_foto_medicosdeelsalvador.com/60089-1-esj-AR/unidad_de_cuidados_intensivos_Foto_medicosdeelsalvador.com_xlarge.jpg)

Primera línea:

- Ampicilina-sulbactam, 3 g intravenosos cada 6 horas, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 horas, más oseltamivir más vancomicina o linezolid.

Alternativas:

- Cefuroxima, 750 mg intravenosos, cada 8 h, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 h, más oseltamivir, 75 mg cada 12 horas más vancomicina o linezolid.

En pacientes alérgicos a la penicilina usar: fluoroquinolona moxifloxacina, 400 mg diarios intravenosos, o levofloxacina, 500 mg diarios intravenosos, más oseltamivir, 75 mg cada 12 horas más vancomicina o linezolid.

b) Con factores de riesgo o para *P. aeruginosa*.

### Hospitalización en la unidad de cuidados intensivos

Primera línea:

- Piperacilina-tazobactam, 4,5 g intravenosos cada 6 horas, más claritromicina, 500 intravenosos cada 12 horas, más oseltamivir, 75 mg cada 12 horas.

Alternativa:

- Cefepima, 2 g intravenosos cada 8 h, más claritromicina 500 mg intravenosos cada 12 horas, más oseltamivir, 75 mg cada 12 horas.

c) Con factores de riesgo.

*S. aureus* resistente a la meticilina.

### Hospitalización en sala general (Fuera de la unidad de cuidados intensivos)

Primera línea:

- Ampicilina-sulbactam, 3 g intravenosos cada seis horas, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 horas, más vancomicina (dosis de carga: 25 mg/kg y luego 15 mg/kg/12h) o linezolid, 600 mg intravenosos cada 12 horas más oseltamivir, 75 mg cada 12 horas.

Alternativa:

- Piperacilina-tazobactam, 4,5 g intravenosos cada seis horas, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 horas, más linezolid o vancomicina, más oseltamivir, 75 mg cada 12 horas.
- Cefepima, 2 g cada ocho horas, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 horas, más vancomicina o linezolid más oseltamivir, 75 mg cada 12 horas.



## 7. ¿Debería el tratamiento empírico incluir antibióticos para atípicos en todos los pacientes hospitalizados con NAC?

Para efectos prácticos y con base en la información disponible, es procedente iniciar tratamiento empírico sin considerar incluir antibióticos para gérmenes atípicos, a menos que las condiciones clínicas específicas del caso orienten o apunten claramente a la participación de un germen atípico. Es relevante tener presentes los resultados de la revisión sistemática de Eliakim-Raz Noa y cols (23) que congrega 28 ensayos clínicos, con 5.939 pacientes asignados al azar a tratamiento con esquema antibiótico para gérmenes atípicos o esquema antibiótico sin incluir fármacos para estos últimos. No hubo diferencia significativa entre la mortalidad del brazo atípico y el brazo no atípico (RR 1,14; IC del 95 %: 0,84 a 1,55). En el grupo de pacientes tratados con esquema antibiótico que incluyó medicamentos para gérmenes atípicos se identificó una exigua tendencia a mejores resultados clínicos y ventaja significativa en la erradicación bacteriológica. Esta última ventaja no fue posible evidenciarla cuando se incluyeron para el análisis sólo estudios de alta calidad metodológica. No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a la frecuencia de los eventos adversos. Así pues, con base en este estudio, no es recomendable apoyar la inclusión de antibióticos para gérmenes atípicos en el tratamiento empírico de la neumonía adquirida en comunidad.

Los macrólidos claritromicina y azitromicina, así como fluoroquinolonas, son opciones terapéuticas válidas; no obstante, no han demostrado mayor eficacia en comparación con amoxicilina para el tratamiento de neumonía comunitaria no complicada (29, 30). La ACNCT recomienda en la medida de lo posible, evitar la utilización empírica de quinolonas y cefalosporinas de tercera generación ya que este grupo de antibióticos está implicado en la aparición de resistencia. Además, el abuso de quinolonas puede causar resistencia a *M. tuberculosis*.

Si el paciente requiere tratamiento hospitalario la penicilina intravenosa puede ser una alternativa. Las penicilinas son extensamente utilizadas para tratar pacientes con NAC dada su seguridad y eficacia comprobada y economía y permanecen dentro de recomendaciones en guías de práctica en diferentes países. (3, 65).

## 8. Escogido el posible antibiótico, ¿qué o cuáles riesgos asociados a falla terapéutica empírica, se deben identificar?



[http://www.cronica.com.mx/notas/nimágenes/25/1830bf132b\\_IMG\\_.jpg](http://www.cronica.com.mx/notas/nimágenes/25/1830bf132b_IMG_.jpg)

### a. -NAC por *Streptococcus pneumoniae* resistente

La resistencia del *S. pneumoniae* a los antibióticos se asocia con edad mayor de 65 años, administración de beta-lactámicos en los últimos tres meses, inmunosupresión (ya sea como



resultado de una enfermedad o inducida por el tratamiento con corticosteroides), múltiples comorbilidades médicas, alcoholismo y la convivencia en hacinamiento (21, 59, 60).

**b. -NAC por Enterococos gram negativos**

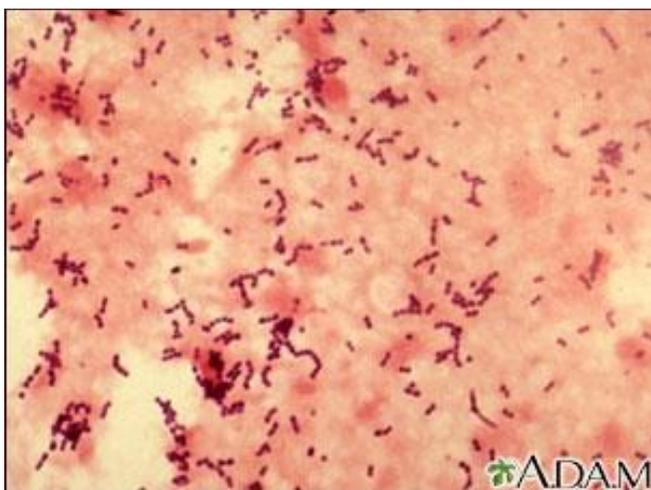
Entre los factores de riesgo para considerar a los enterococos gram (-) como productores de la NAC, se cuentan la antibiotioterapia previa, enfermedad subyacente cardiopulmonar, residencia en un hogar de ancianos, y múltiples comorbilidades médicas.

**c. -NAC por *P. aeruginosa***

Los factores de riesgo para *P. aeruginosa* consisten en enfermedad pulmonar estructural tales como bronquiectasias; administración de antibiótico de amplio espectro con duración de al menos siete días en el mes previo, corticosteroides (con al menos 10 mg de prednisona por día) y la mal nutrición (61), vivir en hogares comunitarios y el hacinamiento.

## 9. ¿Qué se puede destacar respecto a grupos especiales en NAC? (ACNCT)

### NAC por neumococo



<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/images/ency/fullsize/2928.jpg>

Aparte de las pruebas rutinarias, el diagnóstico de neumococo puede hacerse también por demostración de antígeno urinario. Esta prueba detecta el polisacárido C del neumococo, que se encuentra en la pared celular y es común a todos los serotipos. Es una prueba rápida con una sensibilidad que oscila entre 52-80 %, con un VPP de 50 % y VPN de 95 %. La sensibilidad aumenta en quienes presentan bacteremia, no han recibido antibiótico o tienen cultivo de esputo positivo.

La resistencia del *Streptococcus pneumoniae*: la única población en la que realmente se ha demostrado un alto impacto del neumococo resistente es en la población VIH con NAC y bacteremia asociada (61).



## NAC por gérmenes atípicos



### Caracterización clínica y etiológica de la NAC que requiere hospitalización. Valle de Aburrá 2005-2006

Vélez LA, Rueda ZV, Aguilar YA, Ortega H, González G, Arroyave  
M, Correa LT, Rojas EM, Montúfar F, Betancur CA, Upegui JJ,  
Medina LA, Bedoya F, Tobón R,

Grupo Investigador de Problemas en Enfermedades Infecciosas (GRIFE)  
Grupo de Epidemiología

Estudio cofinanciado Universidad de Antioquia - Colciencias. Código: 1115.04.16488

Estudios multicéntricos locales en el valle de Aburrá, dan cuenta de la presencia de atípicos con porcentajes comprendidos entre 14-26,7 %

El excluir contacto con aves, gatos, ovejas o conejos, permite dejar a un lado las posibilidades de psitacosis (*Chlamydia psitacci*), fiebre Q (*Coxiella burnetii*) o tularemia (*Francisella tularensis*), para considerar como posible etiología a *M. pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae* y *L. pneumophila*.

La exposición a fuentes de agua contaminadas en edificios, hoteles u hospitales con compromiso multisistémico grave, hace pensar en *L. pneumophila*), microorganismo que al parecer no se trasmite de persona a persona.

*M. pneumoniae* y *Chlamydophila pneumoniae* predominan en niños y adultos jóvenes y se transmiten de persona a persona, en entornos comunitarios cerrados (colegios, seminarios, batallones). La otitis, faringitis y eritema multiforme acompañan con cierta frecuencia a *M. pneumoniae*.

## NAC por *Haemophilus influenzae*

Se ha descrito más frecuentemente en pacientes con EPOC grave o fumadores. La resistencia adquirida más relevante en esta especie es a las aminopenicilinas mediadas por betalactamasas, que se puede evitar por la combinación de un inhibidor de betalactamasas, como el ácido clavulánico y sulbactam a los betalactámicos. Este tipo de betalactamasas del *H. influenzae* no afecta la actividad de la cefalosporinas de segunda y tercera generación. Los macrólidos al igual que las quinolonas, tienen acción sobre este agente.

## NAC por *Staphylococcus aureus*

Es una causa relativamente poco frecuente de neumonía, pero su relevancia ha aumentado debido a la aparición de cepas resistentes a la metilina (SARM-AC), cuya frecuencia de infecciones es cada vez más frecuente en nuestro medio. Dada la gravedad del cuadro clínico, se debe considerar su diagnóstico diferencial en aquellos pacientes que ingresan al servicio de urgencias con neumonía grave.



### NAC en mayores de 65 años



[http://0.wp.com/medicinapreventiva/info/wp-content/uploads/2014/09/paciente\\_hospitalizado\\_neumonia.jpg?resize=350%2C200](http://0.wp.com/medicinapreventiva/info/wp-content/uploads/2014/09/paciente_hospitalizado_neumonia.jpg?resize=350%2C200)

Se considera causa frecuente de hospitalización y mortalidad. Un 10 % de ellos presenta complicaciones del orden de derrame, sepsis y atelectasias. Un 20 % son considerados como NAC grave que requiere tratamiento en UCI, de los cuales, un 30 % son sometidos a respiración mecánica asistida, con supervivencia hasta de 50 % en mayores de 90 años, resultado que apoya la medida. El grupo más afectado en NAC en mayores de 65, son los hombres entre 75-80 años. En los grupos de Neumonía severa y Neumonía en mayores de 65 años, después de *S. pneumoniae*, la etiología más frecuente está determinada por Bacilos Gram Negativos.

Como los ancianos tienen mayor número de episodios de broncoaspiración que los jóvenes, es importante también tener en cuenta a los anaerobios que colonizan la boca, como otra posible etiología (ACNCT).

### NAC y embarazo



<http://static.consumer.es/revista/img/20110301/salud3.jpg>

Los cambios fisiológicos, inmunológicos y hormonales que se producen durante el embarazo, aunados en ocasiones al uso de esteroides para maduración fetal, son circunstancias que predisponen a NAC, la cual no es muy bien tolerada en este grupo de pacientes, acompañándose en ocasiones de complicaciones como empiema, neumotórax, fibrilación auricular y taponamiento pericárdico; hasta un 20 % puede requerir ventilación mecánica asistida. El aumento de parto prematuro, bajo peso al nacer y aumento en el número de tactos vaginales se han visto asociados con la NAC. Las medidas diagnósticas y el tratamiento de NAC en embarazadas deben apegarse a las guías actuales de tratamiento de la NAC en adultos. La radiografía con abdomen protegido siempre debe hacer parte del armamentario diagnóstico.



## 10. Evolución

### a. Cuándo pasar antibiótico a vía oral

Tan pronto se logre la mejoría clínica dada por temperatura  $<37.8$ , FC  $< 100$ , FR  $< 24$ , TA sistólica  $>90$ mmHg por más de ocho horas sin vasopresores, enfermedades concomitantes estabilizadas, capacidad para la ingestión oral y ausencia de compromiso mental.

No es fácil determinar la probabilidad de respuesta inapropiada al tratamiento inicial, sin embargo, entre el 6 % y 15 % de los casos pueden presentar curso insidioso (21, 60, 69). La presencia de fiebre o las manifestaciones de deterioro después de 48 horas de tratamiento, deben conducir a la sospecha de empiema, resistencia a los antibióticos, neumonía por atípicos presencia de tuberculosis o micosis, o de otra enfermedad que no sea neumonía (Ca bronquioloalveolar, por ejemplo).

### b. ¿Cuáles son los criterios que señalan alta probabilidad de requerir atención en UCI?



[https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9Gc560Sgixr6y1G0uv7\\_hn5ADMkYh5Biyg\\_4KL8Jan4KI0SjXR2](https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9Gc560Sgixr6y1G0uv7_hn5ADMkYh5Biyg_4KL8Jan4KI0SjXR2)

Si se presentan tres o más de los siguientes criterios se debe evaluar la necesidad de traslado a UCI (Nivel de evidencia II, grado de recomendación B) (37).

#### Alerta – Ingreso a Cuidados Intensivos:

- Hipotensión a pesar de la reanimación hidroelectrolítica apropiada.
- Hipotermia.
- Frecuencia respiratoria elevada ( $>30$  respiraciones/min).
- Alteración de conciencia (confusión).
- Relación PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>  $<250$ .
- Leucopenia ( $<4000$ ).
- Trombocitopenia ( $<100 \times 10^9 / L$ ).
- Nitrógeno uréico en sangre  $\geq 20$  mmol/L).
- Consolidación multilobar.

### c. ¿Cuáles son las condiciones necesarias para el egreso y cuáles las recomendaciones?

- Apropiaada tolerancia a vía oral durante las últimas 24 horas.
- Estado mental normal.



- Resolución de fiebre durante las últimas 24 horas, o no inferior a 37,8°C.
- Frecuencia cardiaca < 90 por minuto durante las últimas 24 horas.
- Resolución progresiva de signos de dificultad respiratoria durante las últimas 48 horas.
- No hipotensión durante las últimas 24 horas.
- Ausencia de hipoxia y apropiada saturación ( $\geq 90\%$ ) verificable, al menos cada 8 horas, durante las últimas 24 horas. Ahora bien, tal como ha sido identificad por Majumdar (51) en su estudio prospectivo en 2923 pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, dar de alta del servicio de urgencias a pacientes con una SaO<sub>2</sub> menor del 90 %, se asoció a tasas de mortalidad más altas (6 %) en comparación con la mortalidad en quienes tenían saturación mayor a 90%, cuya mortalidad fue de 1% ( $p < 0.001$ ). Igual sucedió con el índice de readmisiones 18 % versus 7 % ( $p < 0.001$ ). Esto constituye una probabilidad conjunta para desenlace adverso (odds ratio readmisión – muerte) de 1,7 IC del 95 % 1,1-2,8,  $p = 0,032$ ). En aquellos pacientes con SaO<sub>2</sub> del 92 % o más, la asociación con eventos adversos (readmisión – muerte) no se presentó. Por lo tanto, es necesario realizar apropiadamente la oximetría de pulso y no subestimar saturaciones inferiores a 90 %, en ningún caso.
- Sin evidencia clínica de bacteriemia.
- Comorbilidad no descompensada.
- Apoyo familiar o red de apoyo en domicilio.

### RECOMENDACIONES PARA EL EGRESO

- Consumir líquidos siempre que no haya razones para restringirlos.
- No fumar.
- Vacuna contra neumococo e influenza.
- Evitar cambios bruscos de temperatura y/o corrientes de aire.
- Continuar antibióticos según lo indicado en la prescripción de egreso.
- Consultar si reaparece fiebre o hay deterioro del estado general.
- Lavado de manos durante 20 segundos, después de ir al baño y antes de las comidas.

### BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, et al. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia: Guidelines from the Infectious Disease Society of America. *Clin Infect Dis*. 2000; 31:347–382.
- (2) Niederman M S, Bass J B Jr, Campbell G D, Fein A M, Grossman R F, Mandell L A, et al. American Thoracic Society guidelines for the initial management of adults with communityacquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, and initial antimicrobial therapy. *American Thoracic Society. Medical Section of the American Lung Association. Am Rev Respir Dis* 1993; 148: 1418-26.
- (3) Woodhead M. Community-acquired Pneumonia Guidelines. An international comparison. A view from Europe. *Chest* 1998; 113: S183S-S187.
- (4) Calmaggi A, Clara L, González Arzac M, López Furst M J, Levy Hara G. Guías para el diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. *Infect Microbiol Clin* 2000
- (5) Bantar, C, Bavestrello, L, Curcio, D, Jasovich A, Absi R, Bagnulo H, et al. Acute community-acquired pneumonia in adults: guidelines for initial antimicrobial therapy based on local evidence from a South American Working Group (ConsenSur). *J Chemother* 2002; 14 (Suppl 4): 1-22.
- (6) Mandell L, Wunderink R, Anzueto A, Bartlett J G, Campbell G D, Dean N C, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Clin Infect Dis* 2007; 44: 27-72.
- (7) Diehr P, Wood RW, Bushyhead J, et al. Prediction of pneumonia in outpatients with acute cough—a statistical approach. *J Chronic Dis* 1984; 37:215–25.
- (8) Spiteri MA, Cook DG, Clarke SW. Reliability of eliciting physical signs in examination of the chest. *Lancet* 1988; 1:873–5.
- (9) Heckerling PS, Tape TG, Wigton RS, et al. Clinical prediction rule for pulmonary infiltrates. *Ann Intern Med*. 1990; 113:664-670.
- (10) Metlay JP, Schulz R, Li YH, et al. Influence of age on symptoms at presentation in patients with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 1997; 157:1453–9.
- (11) Metlay JP, Kapoor WN, Fine MJ. Does this patient have community-acquired pneumonia? Diagnosing pneumonia by history and physical examination. *JAMA* 1997; 278:1440–5.
- (12) Saldías F., Méndez J., Ramírez D, Díaz O. Valor predictivo de la historia clínica y el examen físico en el diagnóstico de la neumonía del



- adulto adquirida en la comunidad. Revisión de la literatura. *Rev Med Chile* 2007; 135: 517-528.
- (13) Levy M, Dromer F, Brion N, Leturdu F, Carbon C. Community-acquired pneumonia: importance of initial noninvasive bacteriologic and radiographic investigations. *Chest* 1988; 93: 43-8.
  - (14) Liapikou A, Ferrer M, Polverino E, Balasso V, Esperatti M, Piñer R, et al. Severe Community-acquired pneumonia: Validation of the Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Guidelines to Predict an Intensive Care Unit Admission. *Clin Infect Dis* 2009; 48: 377-85.
  - (15) Valencia M, Badia J R, Cavalcanti M, Ferrer M, index class v patients with community-acquired pneumonia: characteristics, outcomes, and value of severity scores. *Chest* 2007; 132: 515-22.
  - (16) Renaud B, Coma E, Labarere J, Hayon J, Roy P M, Boureaux H, et al. Routine use of the Pneumonia Severity Index for guiding the site-of-treatment decision of patients with pneumonia in the emergency department: a multicenter, prospective, observational, controlled cohort study. *Clin Infect Dis* 2007; 44: 41-9.
  - (17) Barlow G, Nathwani D, Davey P. The CURB65 pneumonia severity score outperforms generic sepsis and early warning scores in predicting mortality in community-acquired pneumonia. *Thorax* 2007; 62:253-9.
  - (18) Myint PK, Kamath AV, Vowler SL, Maisey DN, Harrison BD. Severity assessment criteria recommended by the British Thoracic Society (BTS) for community-acquired pneumonia (CAP) and older patients. Should SOAR (systolic blood pressure, oxygenation, age and respiratory rate) criteria be used in older people? A compilation study of two prospective cohorts. *Age Ageing* 2006; 35: 286-91.
  - (19) Bantar C et al. Neumonía aguda adquirida en la comunidad en adultos: Actualización de los lineamientos para el tratamiento antimicrobiano inicial basado en la evidencia local del Grupo de Trabajo de Sudamérica (ConsenSur II) *Rev Chil Infect* 2010; 27 (Supl 1): 9-38.
  - (20) Van der Eerden MM, Vlaspolder F, de Graaff CS, et al. Comparison between pathogen directed antibiotic treatment and empirical broadspectrum antibiotic treatment in patients with community acquired pneumonia: a prospective randomised study. *Thorax* 2005; 60:672-8.
  - (21) Menendez R, Torres A, Zalacain R, et al. Risk factors of treatment failure in community acquired pneumonia: implications for disease outcome. *Thorax* 2004; 59:960-5.
  - (22) Mundy LM, Leet TL, Darst K, Schnitzler MA, Dunagan WC. Early mobilization of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. *Chest*. 2003; 124 (3):883-889.
  - (23) Eliakim-Raz Noa, Robenshtok E, Shefet D, Gafter-Gvili A, Vidal L, Paul M, Leibovici L. Empiric antibiotic coverage of atypical pathogens for community-acquired pneumonia in hospitalized adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12;9.
  - (24) Lim WS, Baudouin SV, George RC, et al. Pneumonia Guidelines Committee of the BTS Standards of Care Committee. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. *Thorax* 2009; Vol. 64 (Suppl 3)
  - (25) Jasovich A, Soutric J, Morera G, Mastruzzo M, Vesco E, Izaguirre M, et al. Efficacy of amoxicillin-sulbactam, given twice-a-day, for the treatment of community-acquired pneumonia. A clinical trial based on a pharmacodynamic model. *J Chemother* 2002; 14: 591-6.
  - (26) Aubier M, Verster R, Regamey C, Geslin P, Vercken J B. Once-daily sparfl oxacin versus high-dosage amoxicillin in the treatment of community-acquired, suspected pneumococcal pneumonia in adults. *Clin Infect Dis* 1998; 26:1312-20.
  - (27) O'Doherty B, Dutchman D A, Pettit R, Maroli A. Randomized, double-blind, comparative study of grepafloxacin and amoxicillin in the treatment of patients with community-acquired pneumonia. *J Antimicrob Chemother* 1997; 40 (Suppl A): 73-81.
  - (28) Tremolieres F, de Kock F, Pluck N, Daniel R. Trovafl oxacin versus high-dose amoxicillin (1 g three times daily) in the treatment of community-acquired bacterial pneumonia. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1998; 17: 447-53.
  - (29) Gleason PP, Kapoor WN, Stone RA, et al. Medical outcomes and antimicrobial costs with the use of the American Thoracic Society guidelines for outpatients with community-acquired pneumonia. *JAMA* 1997; 278:32-9.
  - (30) Ailani RK, Agastya G, Mukunda BN, et al. Doxycycline is a cost-effective therapy for hospitalized patients with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med*.1999; 159:266-70.
  - (31) Teh B, Grayson ML, Johnson PD, Charles PG. Doxycycline vs. macrolides in combination therapy for treatment of community-acquired pneumonia. *Clin Microbiol Infect* 2012.
  - (32) Choudhury G, Mandal P, Singanayagam A, et al. Seven-day antibiotic courses have similar efficacy to prolonged courses in severe community-acquired pneumonia- a propensity-adjusted analysis. *Clin Microbiol Infect*. 2011; 17:1852-8.
  - (33) Avdic E, Cushinotto LA, Hughes AH, et al. Impact of an antimicrobial stewardship intervention on shortening the duration of therapy for community-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis*. 2012; 54(11):1581-7.
  - (34) Aliberti S, Blasi F, Zanaboni AM, et al. Duration of antibiotic therapy in hospitalised patients with community-acquired pneumonia. *Eur Respir J*. 2010; 36:128-34.
  - (35) Halm EA, Fine MJ, Marrie TJ, et al. Time to clinical stability in patients hospitalized with community-acquired pneumonia: implications for practice guidelines. *JAMA*. 1998; 279:1452-7.
  - (36) Carratala J, Garcia-Vidal C, Ortega L, et al. Effect of a 3-step critical pathway to reduce duration of intravenous antibiotic therapy and length of stay in community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med*. 2012; 172(12):922-8.
  - (37) Menendez T, Torres A, Rodríguez de Castro F, et al. Reaching stability in community-acquired pneumonia: the effects of the severity of disease, treatment, and the characteristics of patients. *Clin Infect Dis*. 2004; 39:1783-90.
  - (38) Dimopoulos G, Matthaiou DK, Karageorgopoulos DE, et al. Short versus long-course antibacterial therapy for community-acquired pneumonia: a meta-analysis. *Drugs*. 2008; 68(13):1841-54.
  - (39) Shefet D, Robenshtok E, Paul M, Leibovici L. Empirical atypical coverage for inpatients with community-acquired pneumonia: systematic review of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2005; 165:1992-2000.
  - (40) Mills GD, Oehley MR, Arrol B. Effectiveness of b-lactam antibiotics compared with antibiotics active against atypical pathogens in nonsevere community acquired pneumonia: meta-analysis. *BMJ* 2005; 330:456-60.
  - (41) El Solh AA, Sikka P, Ramadan F, Davies J. Etiology of severe pneumonia in the very elderly. *Am J Respir. Crit. Care Med* 2001; 163: 645-51.
  - (42) Luna CM, Famiglietti A, Absi R, et al. Community-acquired pneumonia: etiology, epidemiology, and outcome at a teaching hospital in Argentina. *Chest* 2000; 118:1344-54.
  - (43) Leroy O, Santre C, Beuscart C, et al. A five-year study of severe community-acquired pneumonia with emphasis on prognosis in patients admitted to an intensive care unit. *Intensive Care Med* 1995; 21:24-31.
  - (44) Sapira JD. *The Art and Science of Bedside Diagnosis*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1990. 13. Forgacs P. Lung sounds. *Br J Dis*



Chest. 1969; 63(1):1-12.

(45) Marrie T, Lau C, Wheeler S, Wong C J, Feagan B G. Predictors of symptom resolution in patients with community-acquired pneumonia. Clin Infect Dis 2000; 31: 1362-7.

(46) Metlay J P, Atlas S J, Borowsky L H, Singer D E. Time course of symptom resolution in patients with community-acquired pneumonia. Respir Med 1998; 92: 1137-42.

(47) Okimoto N, Yamato K, Kurihara T. Clinical predictors for the detection of community-acquired pneumonia in adults as a guide to ordering chest radiographs. Respirology.2006- 11, 322-324.

(48) Mandell LA, Marrie TJ, Grossman RF, Chow AW, Hyland RH. Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society. The Canadian Community-Acquired Pneumonia Working Group. Clinical Infectious Diseases 2000; 31:383-421.

(49) Levy ML, Le Jeune I, Woodhead MA, Macfarlaned JT, Lim WS; British Thoracic Society Community Acquired Pneumonia in Adults Guideline Group. Thorax October 2009. Vol 64 Supplement III.

(50) Woodhead M, Blasi F, Ewig S, Huchon G,Ieven M, Ortqvist A, et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. Eur Respir J 2005; 26: 1138-80.

(51) Majumdar SR, Eurich DT, Gamble JM, et al. Oxygen saturations less than 92 % are associated with major adverse events in outpatients with pneumonia: a population-based cohort study. Clin Infect Dis 2011; 52:325-31.

(52) Liapikou A, Ferrer M, Polverino E, Balasso V, Esperatti M, Piñer R, et al. Severe Community-acquired pneumonia: Validation of the Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Guidelines to Predict an Intensive Care Unit Admission. Clin Infect Dis 2009; 48: 377-85.

(53) Neill A M, Martin J R, Weir R, Anderson R, Cherevshsky A, Epton M J, et al. Communityacquired pneumonia: aetiology and usefulness of severity criteria on admission. Thorax 1996; 51: 1010-6.

(54) Fine M J, Auble T E, Yealy D M, Hanusa B H, Wiessfeld L A, Singer D E, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med 1997; 336: 243-50.

(55) Fine M J, Hough L J, Medsger A R, Li Y H, Ricci E M, Singer D E, et al. The hospital admission decision for patients with community-acquired pneumonia: results from the pneumonia Patient Outcomes Research Team cohort study. Arch Intern Med 1997; 157:36-44.

(56) García E, Marcos MA, Mensa J, et al. Assessment of the usefulness of sputum culture for diagnosis of community-acquired pneumonia using the PORT predictive scoring system. Arch Intern Med 2004; 164:1807-11.

(57) Campbell SG, Marrie TJ, Anstey R, Dickinson G, Ackroyd S. The contribution of blood cultures to the clinical management of adult patients admitted to the hospital with community-acquired pneumonia: a prospective observational study. Chest 2003; 123:1142.

(58) Waterer GW, Wunderink RG. The influence of the severity of community- acquired pneumonia on the usefulness of blood cultures. Respir Med 2001; 95:78-82.

(59) Low DE, Green K, et al. Predicting antimicrobial resistance in invasive pneumococcal infections. Clin Infect Dis 2005; 40:1288-97.

(60) Arancibia F, Ewig S, Martinez JA, et al. Antimicrobial treatment failures in patients with community-acquired pneumonia. Am J Respir Crit Care Med 2000; 162:154-60.

(61) Van der Eerden MM, Vlaspolder F, de Graaff CS, et al. Comparison between pathogen directed antibiotic treatment and empirical broads spectrum antibiotic treatment in patients with community acquired pneumonia: a prospective randomized study. Thorax 2005; 60:672-8.

(62) British Thoracic Society. Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. Thorax 2001; 56 (Suppl 4:IV):1-64.

(63) Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A, Bass JB, Broughton WA, Campbell GD. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2001; 163:1730-54.

(64) Hedlund J, Stralin K, Ortqvist A, Holmberg H. Swedish guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. Scandinavian Journal of Infectious Diseases 2005; 37:791-805.

(65) Woodhead M, Blasi F, Ewig S, Huchon G, Ieven M, Ortqvist A, et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. European Respiratory Journal 2005; 26:1138-80.

(66) Halm EA, Fine MJ, Marrie TJ, et al. Time to clinical stability in patients hospitalized with community-acquired pneumonia: implications for practice guidelines. JAMA. 1998; 279:1452-7.

(67) Avdic E, Cushinotto LA, Hughes AH, et al. Impact of an antimicrobial stewardship intervention on shortening the duration of therapy for community-acquired pneumonia. Clin Infect Dis. 2012; 54(11):1581-7.

(68) Ramirez JA. Worldwide perspective of the quality of care provided to hospitalized patients with community-acquired pneumonia: results from the CAPO international cohort study. Semin Respir Crit Care Med. 2005; 26(6):543-52.

(69) Roson B, Carratala J, Fernandez N, Tubau F, Manresa F, Gudiol F. Causes and factors associated with early failure in hospitalized patients with community-acquired pneumonia. Arch Intern Med 2004; 164:502-8.

(70) Tydeman DE. An investigation into the effectiveness of physiotherapy in the treatment of patients with community acquired pneumonia. Physio Pract 1989; 5:75-8.

(71) Chalmers JD, Taylor JK, Mandal P, et al. Validation of the Infectious Disease Society of America/America Thoracic Society minor criteria for intensive care unit admission in community-acquired pneumonia patients without major criteria or contraindications to intensive care unit care. Clin Infect Dis 2011; 53:503-11.





## De la academia a la comunidad...

# EFECTO MULTIPLICADOR DE LA ACADEMIA ORIENTADA A CAPACITAR MÉDICOS GENERALISTAS COMO ABORDAJE INTEGRAL DE LA DIABETES EN NUESTRAS COMUNIDADES

## Relato de una experiencia

María Lucía Iregui\*\*\*\*  
Jaime Ronderos††††

### El contexto



<http://www.minsalud.gov.co/salud/PublishingImages/Enfermedades%20No%20transmisibles/cifras-diabetes-colombia-mar-2014.jpg>

Las evidencias son contundentes al demostrar el impacto de la diabetes en la salud pública de nuestros países. Su alta prevalencia, alta incidencia, alta morbilidad asociada y los altos costos que genera a los sistemas de salud, son impactantes.

\*\*\*\* Especialista en Medicina Familiar, Profesor Titular FUJNC - maria.iregui@juanncorpas.edu.co.

†††† Especialista en Medicina Familiar, Profesor Agregado FUJNC - maria.iregui@juanncorpas.edu.co.

Dirección correspondencia: Carrera 12 # 9-55 Villa de Leyva, Boyacá Colombia. Apoyo Financiero: Fundación Universitaria Juan N. Corpas.





## El enfoque dominante

El abordaje de la diabetes hasta ahora ha sido orientado haciendo mayor énfasis en la participación de diversos especialistas expertos en el tema. La realidad nos muestra otra cosa: es en la comunidad y en quienes allí ejercen donde se debe enfatizar las intervenciones. Por ello es fundamental un fortalecimiento de los equipos de Atención Primaria, con el liderazgo de Médicos Familiares, pues son ellos los que, con una capacitación y motivación apropiada, pueden aportar soluciones integrales, contando con sistemas de referencia y contrarreferencia apropiados, y el apoyo de otros especialistas comprometidos con la salud pública de nuestras comunidades.



Esta experiencia busca motivar a la academia y diferentes sociedades científicas a volcarse hacia la capacitación y apoyo de médicos generales, médicos familiares y otros miembros de los equipos en cuidado primario que como actores principales en el abordaje de la diabetes son, junto con la comunidad, responsables del impacto en la salud pública de nuestros países.

## El proceso

### Quiénes somos



Los dos autores, son médicos especialistas en Medicina Familiar, docentes de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, facultad de Medicina. En esta institución educativa privada, existe un énfasis en su misión y visión, hacia la Medicina Familiar, la Atención Primaria, la Medicina Comunitaria y la proyección social. Además, dentro de su planta de docentes, hay una participación importante de



médicos familiares, en diferentes momentos del plan de estudios de pregrado. Sus directivas apoyan la formación del recurso humano, impulsando iniciativas que repercutan en innovación y soluciones pertinentes a los principales problemas de salud pública del país. Surgió en los autores, una década atrás, el deseo de capacitarse en el tema de las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente en el riesgo cardiometabólico y, específicamente, en la diabetes.

### ***Lo que los inquietó***

Entendían que la formación que habían recibido, estaba más orientada al manejo hospitalario y que tenían grandes vacíos en el abordaje integral, la prevención primaria, el diagnóstico temprano, el tratamiento racional, y, sobre todo, en la formulación y promoción de los cambios terapéuticos en el estilo de vida, fundamentales en la prevención y el manejo de la diabetes. Sabían que, si querían aportar en la intervención de este flagelo de la salud pública de nuestro país, debían estar bien capacitados. Sabían también que esa capacitación, podría tener impacto en varios escenarios, dada su labor como médicos familiares docentes, y que la debían adquirir en una institución, que les permitiera una formación tipo Fellow, semipresencial, para no alejarse de sus actividades académicas y asistenciales cotidianas. De esta manera, se hizo el contacto con el Director de la División de Lípidos y Diabetes de la Universidad Nacional (DLDUN) y se les permitió dar inicio a una pasantía.

### ***División de Lípidos y Diabetes de la Universidad Nacional (DLDUN)***

La División de Lípidos y Diabetes de la Universidad Nacional de Colombia desarrolló por muchos años, en el interior de una de las universidades públicas más importantes del país, labores de docencia, investigación, asistencia y extensión, con énfasis en la diabetes y la dislipidemia.

### ***Qué se hace***



<http://www.adich.cl/Interior2/imagenes/Dr.Ivan-Dario-Sierra.jpg>

Con un equipo multidisciplinario, y bajo el liderazgo de su anterior director, el doctor Iván Darío Sierra Ariza, un reconocido médico diabetólogo, especialista en nutrición, y con el más alto rango en la carrera docente, se realizaban:

1. Actividades académicas, incluyendo líneas de profundización en el pregrado, módulos dentro del currículo de Medicina, pasantías de estudiantes de posgrado nacionales e internacionales,



talleres educativos dirigidos a médicos generales y especialistas (clínicas de diabetes y dislipidemia).

- 1.1. Curso internacional de diabetes anual y participación del equipo en congresos nacionales e internacionales.
  - 1.2. Además, se publicaban textos guía sobre los temas principales.
2. Se atendía una población importante de pacientes diabéticos y dislipidémicos del Servicio de Salud de la Universidad, con consulta y talleres educativos continuos.

Este escenario, unido a la actitud incluyente, descomplejizante y generosa en el conocimiento de su recurso humano, era el ideal para desarrollar un entrenamiento, según la visión de los autores.

### **Qué entrenamiento se recibió**

1. Formación teórico-práctica durante cuatro años (2004-2008): Durante esos cuatro años, asistimos dos días a la semana a la consulta de la división, asistimos y participamos en los talleres a los pacientes, y en la línea de profundización del pregrado. Realizábamos revisiones bibliográficas, discusión de casos y se nos evaluaba en cada actividad.
2. Participación en los Cursos Internacionales de Diabetes, Clínicas de Diabetes y Clínicas de Lípidos auspiciados por la DLDUN (2006-2013): Tuvimos la oportunidad, por nuestros nexos con la DLDUN, de asistir cada año a los Cursos Internacionales de Diabetes, actividad académica de tres días, con invitados nacionales e internacionales. Fuimos invitados en los últimos cinco años como coordinadores de mesa y colaboradores.
3. Asistimos, además, a las Clínicas de Lípidos y Clínicas de Diabetes, actividades tipo taller dirigidas a médicos generales y especialistas. Adicionalmente, nos vinculamos como miembros de la Asociación Latinoamericana de Diabetes y de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis capítulo Colombia (actualmente miembros de la junta directiva).





## Resultados

Como frutos de esa capacitación y motivación:

### *Para la facultad*

1. Apertura en el pregrado de Medicina de la FUJNC (VII semestre) del Taller para el Abordaje Integral de los Factores de Riesgo Cardiometabólico (más de 1500 estudiantes 2006-2015):



Motivados por la capacitación recibida, se propuso en la Facultad de Medicina de la FUJNC la apertura de un módulo de 14 horas presenciales en el pregrado, donde con una metodología seminario-taller, se desarrollan: el enfoque de riesgo en el contexto de la Atención Primaria, el concepto de riesgo cardiometabólico, fisiopatología y abordaje integral de la obesidad, la dislipidemia, la diabetes, la hipertensión arterial y la enfermedad renal crónica.

2. Capacitación a 700 Médicos Generalistas (viajando a 12 municipios del país), en la detección, diagnóstico y manejo integral del riesgo cardiometabólico (RCM), 2009-2011: Por solicitud de instituciones prestadoras de salud, se desarrollaron actividades educativas, modalidad seminario taller, incluyendo como tema acompañante a La Atención Primaria en Salud con los siguientes temas:





- Los aportes de la Medicina Familiar a la atención integral de las enfermedades crónicas, la visión sistémica, el enfoque biopsicosocial, la atención centrada en la persona. El trabajo en promoción y prevención, la formación de los equipos de salud y el trabajo intersectorial.

En lo específico a la diabetes:

- El concepto y valoración del riesgo cardiometabólico, fisiopatología y abordaje integral de la obesidad, la dislipidemia, y diabetes y sus "socias perversas", la hipertensión arterial y la enfermedad renal crónica.

***Para la comunidad, uniendo la academia***



<http://www.juanncorpas.edu.co/typo3temp/pics/f60c9567f7.jpg>



3. Apertura de Centro Piloto de Medicina Familiar en Villa de Leyva, Colombia (VL) con énfasis en el abordaje del riesgo cardiometabólico en la región (2010). Son logros en tal sentido:

- Con el interés de iniciar un proyecto comunitario de Medicina Familiar a nivel rural, se dio apertura a este centro de investigación, proyección social y asistencia, ubicado en Villa de Leyva, municipio de Boyacá, Colombia, con aproximadamente 14.000 habitantes, 12 veredas, en el llamado Alto Ricaurte, ubicado a tres horas de la capital colombiana. Se escogió al riesgo cardiometabólico, y especialmente a la diabetes, como tema principal de investigación y abordaje integral.



- Convocatoria y acuerdos de trabajo intersectorial en el municipio de Villa de Leyva, para enfrentar el flagelo de la diabetes.
- Convenio con la Secretaria de Salud regional para la capacitación de Equipos de Atención Primaria en la región: Se capacitaron cerca de 120 personas, miembros de los equipos de Atención Primaria organizados en el departamento de Boyacá, para dar atención integral domiciliaria en 51 municipios priorizados.
- Ejecución del Estudio de Intervención Comunitaria en Villa de Leyva enfocado a la diabetes y riesgo cardiometabólico (680 pacientes), 2010-2013.



Se inició este estudio convocando a la comunidad por varios medios, haciendo llamado especial a los que tenían factores de riesgo para diabetes. Se alternaban convocatorias a nivel del pueblo, realizando las actividades en el centro médico, y salidas a las veredas, donde en las escuelas veredales se reúne la población convocada. Cada actividad (en el pueblo o en las veredas), se iniciaba con un taller educativo sobre riesgo cardiometabólico, y posteriormente, se continuaba con una evaluación individual, donde además de datos de estilos de vida e historia médica, se valoraba el índice de masa corporal, perímetro de cintura, tensión arterial, y se realizaba hemoglobina glucosilada a aquellos con factores de riesgo para diabetes. (Equipo Nycocard reader II). Además, se realizaba valoración detenida del pie en los diabéticos. Se daban recomendaciones individuales y se remitían a la red de servicios local; se hacía seguimiento, según morbilidad. Avances de este trabajo han sido presentados en la conferencia de la Network TUFH (Red de Atención Primaria), Canadá, 2012 y congreso de ALAD, Cancún 2013.

- Consultas en el Centro Médico Familiar, con énfasis en el abordaje de la diabetes y riesgo cardiometabólico (más de 800), 2010-2013: estas son consultas privadas, a bajo costo, donde asisten personas no aseguradas o aquellas que prefieren un abordaje desde la Medicina Familiar, y donde, con un tiempo mayor para la consulta, pueden recibir, además de una valoración detenida, educación individual y familiar.
- Talleres educativos grupales: los talleres educativos grupales gratuitos, hacen énfasis en la nutrición, el ejercicio, el riesgo cardiometabólico, la importancia del sobrepeso y la obesidad para la diabetes y otros factores de riesgo, recomendaciones para bajar de peso, etc.



- Apertura de espacio radial de Educación en Salud (media hora semanal), en la emisora comunitaria de Villa de Leyva, que llega a todo el Alto Ricaurte (seis municipios de la zona), donde se hace énfasis en los estilos de vida saludables y se enfocan los principales problemas de salud pública, y muy especialmente la diabetes (150 emisiones 2010-2014).

## Discusión

### ***Necesidad de un cambio de paradigma***



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES

GRUPO DE TRABAJO DE  
ATENCIÓN PRIMARIA  
Y DIABETES

[http://www.sediabetes.org/gestor/upload/image/Logo\\_SED\\_GTAP-2\\_pantones.jpg](http://www.sediabetes.org/gestor/upload/image/Logo_SED_GTAP-2_pantones.jpg)

Debemos admitir que la formación de nuestros estudiantes de Medicina en el pregrado ha estado centrada a nivel hospitalario y esto hace que los egresados carezcan de habilidades que les permitan enfrentar los principales retos de la salud pública, que se dan en el contexto de la Atención Primaria; temas como los estilos de vida saludables, siguen siendo apenas “costuras” en los planes de estudio. Se requiere entonces, capacitación adicional, más profunda y reflexiva, mientras no se dé un viraje en los currículos, para hacerlos más pertinentes y apropiados a los que nuestros países necesitan.

### ***Lo psicosocial y la necesidad de la integralidad***

Para el caso específico de la diabetes, en el paradigma actual de muchos sistemas de salud, son los especialistas en Medicina Interna, en Endocrinología, en Diabetología, los que ejercen liderazgo a nivel académico y asistencial, siendo además los asesores de los gobiernos para definir políticas. La atención en términos generales, es desintegrada, sin énfasis en la promoción y prevención, solo orientada a lo biológico, ignorando lo psicosocial y no incluye a la familia ni a la comunidad.



### ***Necesidad de posicionar al médico de la comunidad***

La atención prestada por los médicos generalistas es considerada de bajo nivel y muchas veces es utilizada solo para remitir a los especialistas. Adicionalmente, existe un escaso número y una concentración inapropiada de los especialistas en las grandes ciudades, lo cual deja a las pequeñas ciudades y municipios sin posibilidad de una atención oportuna cuando esta es necesaria. Esto debe cambiar y transformar al médico que permanece en la comunidad como un actor principal, junto con el equipo de salud comunitario.

### ***Un "integrador"***

Se desconoce en gran medida el potencial de los expertos en cuidado primario y de la Medicina Familiar como especialidad (7). El llamado es a incorporar este recurso humano en los diferentes contextos para fortalecer las estrategias que, desarrolladas en equipo, nos lleven a mejorar nuestra lucha contra la diabetes (8, 9). Los médicos generalistas (especialistas en Medicina Familiar o expertos en cuidado primario), ejerciendo liderazgo en sus equipos pueden enfrentar los grandes retos de las enfermedades crónicas no transmisibles, ubicándose en la base de los sistemas de salud, para mejorar indicadores de morbilidad y mortalidad, y bajar costos (10). Este recurso humano aporta la visión sistémica, biosicosocial, orientada a la persona, la familia y la comunidad, el énfasis en la promoción y prevención de la salud, la continuidad (1) y el enfoque de riesgo (2), entre otros. Bien capacitados y motivados, pueden desempeñar múltiples roles: liderazgo comunitario, fomento del trabajo intersectorial, atención integral a familias y comunidades urbanas y rurales, educación de la comunidad (3, 4), docencia en pre y posgrado (5,6) e investigación pertinente.

### **Conclusión**

Estamos enfrentando una creciente amenaza para la salud pública de nuestros países latinoamericanos. Una enfermedad como la diabetes, tan relacionada e influida por determinantes sociales, requiere para su abordaje de una reflexión profunda y un trabajo integrado y concienzudo de la academia desarrollando la investigación, fortaleciendo la educación del recurso humano y orientando las políticas que permitan que todos empujemos hacia el mismo lado y se produzcan los resultados que queremos. El Estado, actuando con coherencia, entendiendo, por evidencias ya establecidas a nivel mundial, que un sistema de salud fuerte en Atención Primaria permite mejorar la equidad, los indicadores de morbilidad y mortalidad y bajar los costos, requiriéndose un recurso humano bien capacitado, motivado y bien distribuido.





La capacitación y motivación de los médicos generalistas y sus equipos de Atención Primaria dan resultados multiplicadores que aportan de forma importante al abordaje de la diabetes y riesgo cardiometabólico en las comunidades. Los médicos generalistas (familiares y generales) deben participar en los ámbitos académicos y de políticas públicas, para aportar con su mirada integradora, al abordaje de la diabetes en nuestros países.



**Agradecimientos:** Agradecemos a la Fundación Universitaria Juan N. Corpas; al Dr. Iván Darío Sierra Ariza por su apoyo constante; a Doris Rojas, nuestra líder comunitaria y asistente en nuestras labores, a la Alcaldía de Villa de Leyva, los Rotarios de Villa de Leyva, los colaboradores voluntarios y la comunidad en general.

### Referencias

- (1) Alazri MH, Heywood P, Neal RD, Leese B. UK Gps' and practice nurse's views of continuity of care for patients with type 2 Diabetes. *Fam Pract.* 2007 Apr; 24(2):128-37 Epub 2007 Feb 5.
- (2) Evans P, Langley P, Gray DP. Diagnosing type 2 Diabetes before patients complain of diabetic Symptoms-Clinical opportunistic screening in a single general practice. *Fam. Pract.* 2008; 25(5):376-81 doi: 10.1093/fampra/cmn052. Epub 2008 sep 1.
- (3) Arauz A, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Rosello M, Guzmán S. Intervención Educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la Atención Primaria. *Rv. Panam. Salud Pública.* 2001; 9(3).
- (4) Carrada T. El papel del médico como promotor de la salud. *Rev. Fac. Med. UNAM.* 2002; 45(4).
- (5) González L, Nogueira M, Rivera N, Ruiz M, García Z. Comportamiento de la función docente-educativa del especialista en Medicina general Integral. *Educ. Med. Super.* 2011; 25(2).
- (6) Nogueira SM, Rivera MN, Blanco HF. Competencias docentes del Médico de Familia en el desempeño de la tutoría en la carrera de Medicina. *Rev. Cubana Educ. Med. Super.* 2005; 19 (1).
- (7) Suarez MA, Razón de ser y ventajas de la Medicina Familiar: realizaciones y retos en Bolivia. *Rev. Med. La Paz.* 2011; 17(2).
- (8) OMS/Wonca. Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia. Documento final del Foro realizado en London, Ontario. Nov. 1994.
- (9) Fernández MA, Arias L, Brandt C, Irigoyen A, Roo JB. Hacia el Fortalecimiento de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en los Sistemas de Salud. Grupo de trabajo: formación y capacitación de equipos de salud. IV cumbre latinoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011. *Archivos de Medicina Familiar* 2012; 4(4)93-112.
- (10) Starfield, B. Equidad en Salud y Atención Primaria: Una meta para todos. *Gerencia y políticas de salud.* Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia 2001; 1(001):7-16.

-----



## Sobre medicamentos...

# BREVES COMENTARIOS QUE NOS ALERTAN SOBRE EL USO DE ALGUNOS MEDICAMENTOS

## Condiciones clínicas y terapéuticas que requieren gastroprotección

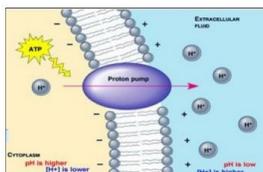
Roser Vallès Fernández, Alícia Franzi Sisó, Juan José Ferro Rivera

FMC. 2014; 21(9):528-33

<http://www.fmc.es/es/condiciones-clinicas-terapeuticas-que-requieren/articulo/90358838/#.VMryh005DIU>

### Mecanismo de acción

- **Bloquean** de forma irreversible la **ATPasa H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>** (bomba de protones) de las células parietales gástricas e impiden la formación de ácido.



<http://image.slidesharecdn.com/inhibidoresde-labombadeprotones-130410131744-pptapp01/95/inhibidores-de-la-bomba-de-protones-7-638.jpg?cb=1365599915>

El comentario trata acerca de la necesidad de indicar adecuadamente los protectores gástricos tipo protectores de la bomba de protones (omeprazole, por ejemplo).

### Indicaciones

Pacientes con:

1. Edad avanzada.
2. Uso de medicamentos AINES, antiagregantes, anticoagulantes, corticoides sistémicos o antidepresivos. Al respecto, hoy por hoy no hay evidencia de que sean útiles en caso de clopidogrel. Con warfarina a dosis adecuadas, no hace falta.
3. Antecedente de patología gastrointestinal (gastritis, ulcera).

### Se recomienda

Antes de recetar el protector gástrico, preguntarse si se puede suspender el medicamento de riesgo. Si se necesita usar AINES o ASA, preguntarse si se pueden usar en las dosis más bajas posibles y administrarlos después de comer.

### Recordar que los protectores gástricos tipo omeprazol...

Aumentan la osteoporosis, facilita infección por *Clostridium difficile* y por falta de ácido puede provocar problemas por mala absorción, así como favorecer la aparición de nefritis intersticial.



### Patrones de prescripción de hormonas tiroideas en una población colombiana

Machado-Alba, Jorge et al  
Rev Panam Salud Publica [online]. 2014; 36(2):80-86  
<http://www.paho.org/journal/>

Tomado de: [http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/feb201501/feb2015\\_23/](http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/feb201501/feb2015_23/)



Muy interesante investigación que pone de manifiesto una variabilidad inmensa en la medicación de medicamentos tiroideos (levotiroxina) con tendencia a la sobredosificación. Propone evaluar la utilidad de la medicación.

### Conocimiento y actitud de la población general frente a los antibióticos: Revisión sistemática y meta-análisis

Gualano MR, Gili R, Scaioli G, Bert F, Siliquini R.  
Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2015; 24(1):2-10

Tomado de: [http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/feb201501/feb2015\\_36/](http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/feb201501/feb2015_36/)



[http://www.que.es/archivos/201004/antibioticos\\_a-365x080.jpg](http://www.que.es/archivos/201004/antibioticos_a-365x080.jpg)

A través de un meta-análisis se identificó la pobre percepción que tiene el público acerca de la forma como se deben usar los antibióticos. Encontraron que una de tres personas que los usan, no sabe para qué, la mitad creen que son útiles contra los virus, y dos de tres no entienden que el mal uso está relacionado con la resistencia. Cerca de la mitad de la población estudiada, suspende los antibióticos apenas se sienten mejor. Por todo lo anterior y para combatir la resistencia a los antibióticos, se hace indispensable fortalecer programas de educación comunitarios sobre el uso de los antibióticos.

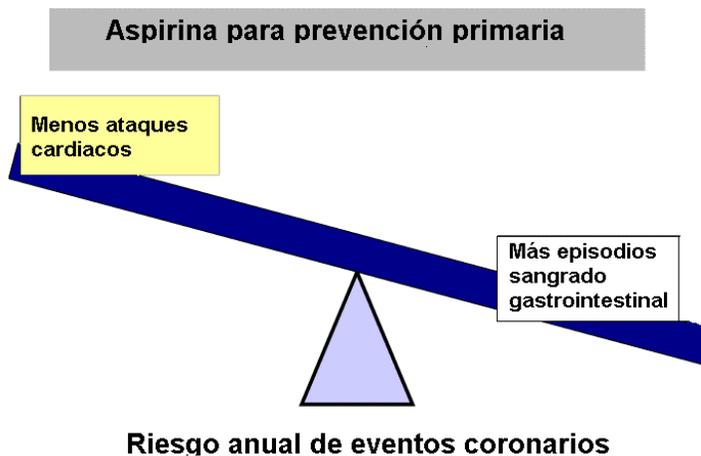


## Más de una de cada diez personas usa aspirina diariamente de forma inadecuada

HealthDay News, 13 de enero, 2015

[http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory\\_150407.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_150407.html)

Tomado de: [http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/feb201501/feb2015\\_37/](http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/feb201501/feb2015_37/)



<http://www.infodoctor.org/bandolera/b86-23.gif>

El artículo es un llamado para que los médicos evalúen el riesgo del uso de la aspirina versus el beneficio para la protección cardiovascular. Se calcula que por lo menos una de 10 personas que la toman no la necesita. El asunto es que el riesgo de sangrado gastrointestinal y cerebral de la aspirina está demostrado. La publicidad se ha encargado de hacer ver la "protección" pero no el riesgo (obvio... en el mundo de hoy lo que se busca es vender y no prima la salud). Por ejemplo, un paciente con antecedente de úlcera tiene más riesgo de sangrar y no debería usarse si no ha tenido ninguna enfermedad cardiovascular confirmada (primer evento). Los investigadores afirman que sin duda es mucho más provechoso promover un estilo de vida sana (ejercicio, dieta, no fumar), pero que en la gente la búsqueda de la protección a través de una pastilla está muy arraigada.

-----





Querido lector: a partir de este momento el Peregrino, como paradigma del dolor y sufrimiento humano, quiere hablarte recordando su pasión, porque realmente Cristo, según la carta a los Hebreos (2:10), llegó a la perfección por medio del sufrimiento.

En el evangelio de San Juan 19:5, se lee: "salió pues Jesús fuera con la corona de espinas y el manto púrpura y Pilato les dijo: ¡ahí tenéis al hombre!" (Ecce Homo) (2).

Sí, ahí tienen al hombre, al peregrino encarnado en el sufrimiento y el dolor al escarnio público. Es el hombre que sufre a pocas horas de morir, es un enfermo terminal. A pesar de que el profeta Isaías dice que "tan desfigurado estaba su aspecto que no parecía ser hombre" (Isaías 52:14), yo pregunto: ¿es este un rostro NO HUMANO?, ¿es un rostro INDIGNO?

La fuerza salvífica de la pasión de Jesús no radica en lo que sufrió, ya que todo ser humano ha de pasar por el sufrimiento y la muerte, sino cómo sufrió y cómo murió: perdonando a sus verdugos, sin rencores y sin desesperarse.

Así pues a Jesús NO lo mataron, no le arrancaron la vida, no se la quitaron. Él la entregó voluntariamente a la humanidad por amor. Por eso, la vida no se puede arrancar, la vida se le entrega quien nos la dio.

Ante el horror del sufrimiento humano, la fe cristiana se queda en silencio contemplando el abajamiento de Dios en el dolor humano. Dios, en Cristo, nos alcanza en el lugar más íntimo hasta desaparecer y se encarna en el paciente terminal.

### Propuestas

#### ORACIÓN PARA ACEPTAR EL DOLOR

*¡Oh Salvador paciente!, tú aceptaste como voluntad de tu Padre celestial  
el amargo cáliz de tu pasión y de tu muerte.  
Escucha mi lamento, haz que tu ejemplo me anime a soportar  
mis sufrimientos como una porción de tu resignación.  
Que la paciencia con que yo soporto mis dolorosos momentos,  
expresé la profundidad de mi amor hacia ti,  
mi Cristo crucificado (3). Amén.*

#### SALMO 114

*“Amo al Señor, porque escucha mi voz suplicante.  
Porque inclina su oído hacia mí, el día que lo invoco.  
Me envolvían redes de muerte, me alcanzaron los lazos del abismo,  
Caí en tristeza y angustia.  
Invoqué el nombre del Señor: "Señor, salva mi vida".  
El Señor es benévolo y justo, nuestro Dios es compasivo,  
el Señor guarda a los sencillos: estando yo sin fuerzas me salvó.  
Ánima mía, recobra tu calma, que el Señor fue bueno contigo:  
Arrancó mi alma de la muerte, mis ojos de las lágrimas, mis pies de la caída.  
Caminaré en presencia del Señor, en el país de la vida”.*

### Reflexiona

*"La VIDA se nos da para buscar a Dios, la muerte para encontrarlo y la eternidad para poseerlo" (Anónimo).*

### Bibliografía

- (1) MARULANDA, Fabián. Obispo. Posición de la Iglesia frente a eutanasia en Colombia. En: Página Web Conferencia Episcopal de Colombia. [Consultado el 9-04-2015]. Disponible en: <http://www.cec.org.co/documentos/presidencia/649-posicion-de-la-iglesia-frente-a-eutanasia>.
- (2) Sagrada Biblia. Versión directa de lenguas originales. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2009. Juan 19: 5.
- (3) PARDO, Andrés. Oracional. Nuevo Devocionario del Cristiano. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1991. p.414. ISBN: 84-7914-030-5.

-----



# NOTICOMUNITARIA

## PARTICIPACIÓN EN EL SEMINARIO-TALLER “POR ELLAS”

Ángela María Hernández<sup>§§§§</sup>



Gracias a la gran influencia positiva y al recorrido que ha tenido el Departamento de Medicina Comunitaria de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas en la interacción con niñas y adolescentes, la Fundación Otero Liévano como parte del comité organizador del Seminario-Taller “Por ellas” invitó a los docentes del departamento a hacer parte de este evento con la ponencia *Adolescentes en Suba: Realidad Psicosocial con el fin de contribuir con la elaboración de propuestas de acción interinstitucional y corresponsable para intervenir y erradicar la violencia y el abuso cotidianos contra las niñas y adolescentes.*



§§§§ MD, Magíster Educación. Especialista en Salud Familiar. Profesor Asociado FUJNC- [angela.hernandez@juanncorpas.edu.co](mailto:angela.hernandez@juanncorpas.edu.co)



El Seminario-Taller 'Por ellas', tuvo como objetivo "generar un espacio de reconocimiento, reflexión, interacción y construcción de propuestas, que convoquen a diferentes actores sociales a participar en un trabajo colectivo, pertinente y oportuno, en torno a las manifestaciones de violencia, de las que a diario son víctimas las niñas y adolescentes que pertenecen a grupos familiares en condiciones de pobreza o vulnerabilidades socioafectivas de la localidad de Suba".



Este evento se llevó a cabo los pasados 4 y 5 de junio en las instalaciones del colegio Cristo Rey en la ciudad de Bogotá.



Las doctoras Ángela Hernández y Jenny Salamanca encabezaron la primera ponencia del seminario. Al evento asistieron diferentes entidades públicas y privadas que trabajan en torno a la mujer (niña y adolescente) en la localidad de Suba, incluyendo las(os) orientadoras(es) de los colegios públicos y privados.

*¡Corpas presente en la comunidad!*



## PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA PIPSA EN LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

Ángela María Hernández\*\*\*\*\*

El pasado lunes 11 de mayo la doctora Ángela María Hernández Pardo, en compañía de la gestora comunitaria Diana González Quiñones, presentaron el programa PIPSA (Programa Integral de Promoción de la Salud del Adolescente), con el fin de motivar a los estudiantes de noveno y décimo semestre de la facultad de Psicología de la Universidad Manuela Beltrán a realizar la práctica social y comunitaria en los colegios públicos de la localidad de Suba, lugar donde tiene influencia el PIPSA.



Las coordinadoras de la facultad de Psicología y de las diferentes prácticas comunitarias, extienden sus agradecimientos a la FUJNC, especialmente a la doctora Ana María Piñeros (Rectora), al doctor Juan Carlos González (Director del Departamento de Medicina Comunitaria) y a las docentes encargadas del programa PIPSA por la oportunidad de abrir nuevas prácticas para los psicólogos en formación.



\*\*\*\*\* MD, Magíster Educación. Especialista en Salud Familiar. Profesor Asociado FUJNC- [angela.hernandez@juanncorpas.edu.co](mailto:angela.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 Alexandra Pinzón R.  
William Buitrago

Colaboradores:

Luisa Noguera  
José Arlés Gómez  
José Gabriel Bustillo P.  
Carlo Rizzi  
Guillermo Restrepo Ch.  
Mario Villegas N.  
Gonzalo Bernal F.  
Juan Carlos Velásquez  
Gabriel Sáenz  
Docentes Departamento de Medicina Comunitaria