



CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina de la Comunidad

Caso
Clínico

Salud Mental
Comunitaria

Nuestro
Invitado

Carta de
lectores

CRISIS HOSPITALARIA EN LA ISLA DE SAN ANDRÉS

Medicina
Familiar

Salud
Pública

Noti Comunitaria

Revisión
de
artículo



<https://www.youtube.com/watch?v=X2mh0cxolFc>

Medicinas
Alternativas

La Lección
de Medicina

sobre
Medicamentos

El peregrino
que toca

Investigación

Bioética y
Ecología

Pedagogía

Seguridad Social



TABLA DE CONTENIDO

EDITORIAL

Propuesta para la formación de un médico en el momento actual en Colombia, 2018

Grupo de Investigación en Atención Primaria, Modelos de Salud y Educación Médica, Escuela de Medicina FUJNC.
Guillermo Restrepo Ch. Colaboradores: Juan Carlos González Q., Alonso Belalcázar U., Martha Sarmiento, José Bustillo P.

INVESTIGACIÓN

Relación entre género y conocimientos, actitudes y prácticas respecto al uso del condón en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá), 2016

Juan Carlos González Q., Daniela Katherine Morales Durán, Natalia Muñoz Bejarano, Juan José Murcia García, Daniela Ospina Guzmán, Laura Catalina Nossa Chacín

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

PIPSA: Programa Integral de Promoción de Salud del Adolescente

Jenny Paola Salamanca Preciado

SEGURIDAD SOCIAL

San Andrés y su salud: Entre la oscuridad y la esperanza de la luz

Juan Carlos González Quiñones

SALUD PÚBLICA

Mujeres en movimiento

Juan Carlos González Quiñones

LA LECCIÓN DE MEDICINA

¿Cuál es el rendimiento operativo del signo de Kerning en el diagnóstico clínico de la meningitis?

Gonzalo Bernal Ferreira

CASO CLÍNICO

Pielonefritis enfisematosa asociada a urolitiasis múltiple

Mario Villegas Neira

REVISIÓN DE ARTÍCULO

Siete habilidades que promueven el dominio del “arte de la Medicina”

Jenny Pinzón

A propósito de la equidad de género

Jairo Echeverry Raad

SOBRE MEDICAMENTOS

“Los medicamentos para suprimir la acidez se asocian a infecciones severas y diarrea”

“Medicamentos que acaban mandando a los pacientes a la sala de emergencias”

“11 medicamentos que debería considerar seriamente desprescribir”

Juan Carlos González Quiñones

EL PEREGRINO QUE TOCA

El perdón personal

Gabriel Sáenz

NOTICOMUNITARIA

Apoyo a la Jornada Corpas-Ejército

Juan Carlos González Quiñones

Campaña educativa en salud... “Batallemos contra la pediculosis”

Beselink Quesada Núñez

Capacitación dirigida a docentes y padres de familia del Jardín Piedra Verde

Beselink Quesada Núñez

Residencia de Medicina Familiar presente en la comunidad

Juan Carlos González Quiñones





Editorial



PROPUESTA PARA LA FORMACIÓN DE UN MÉDICO EN EL MOMENTO ACTUAL EN COLOMBIA, 2018

Grupo de Investigación en Atención Primaria, Modelos de Salud y Educación Médica. Escuela de Medicina FUJNC. Bogotá

Líder del grupo: Guillermo Restrepo Chavarriaga[‡]

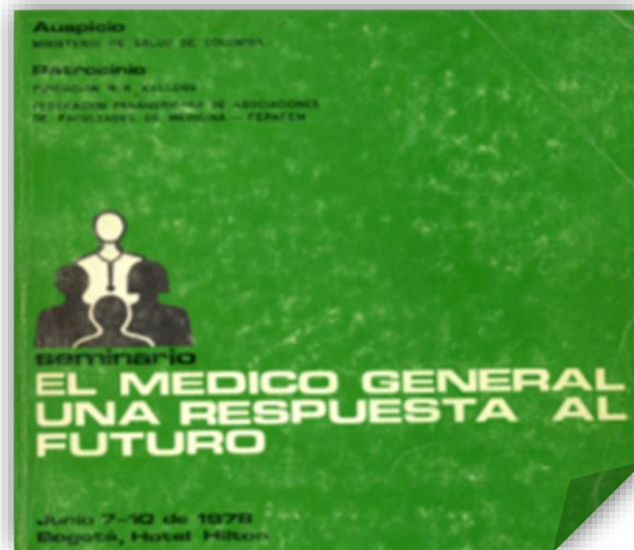
Colaboradores:

Juan Carlos González Quiñones MD MPH

Alonso Belalcázar Urrea MD, MPH

Martha Isabel Sarmiento Osorio Comunicadora Social y periodista

José Gabriel Bustillo Pereira MD Especialista Medicina Interna Neumólogo



¿Qué médico debe formarse en Colombia? De una vez respondemos a esa pregunta: un médico general que esté en capacidad de ejercer la profesión de acuerdo a lo que disponen las leyes 1438 de 2011 y la 1751 o Estatutaria en

Salud del 2015 (1), y que tenga la oportunidad y la preparación para escoger el camino de ejercer en Colombia o, si lo prefiere, de ejercer en otra parte del mundo. Lo común para uno u otro caso es su formación médica.

Hoy

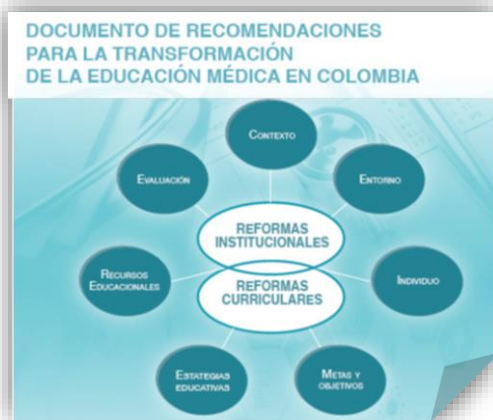
La pregunta hoy se contesta desde una diversidad de posturas asumidas por la libertad educativa (2) propia de las distintas facultades de Medicina a través de sus currículos,

unas veces de forma coherente y abierta y, otras, con contradicciones, diciendo una cosa y haciendo otra.

[‡] MD MPS. Director Postgrado Gerencia en Salud. FUJNC - guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co



Objetivo



Queremos, mediante este documento, hacer algunos aportes para la discusión que en este sentido se está suscitando (3); discusión válida e importante teniendo en cuenta las diversas orientaciones formativas que los currículos médicos (4) han

tenido en Colombia, a partir de la reforma introducida en la educación médica en nuestro país en 1950 basada en ejemplos mundiales.

Análisis de los currículos para formar los principales tipos de médicos

Resumimos de la siguiente forma los diferentes tipos de médico que se han formado en Colombia de acuerdo a la orientación de sus currículos desde 1950 hasta el presente:

1. Médico con énfasis especial en investigación (5)



<https://goo.gl/nLdU7a>

Si revisamos estos currículos podemos darnos cuenta de que lo que se pretende con ellos es crear un médico investigador con énfasis, obviamente, en el tema que los países desarrollados seleccionen. Tal médico tiene un reconocimiento mundial con sus propias escalas (6).

2. Médico indiferenciado (7)

En esta forma de entender la educación médica se prepara al futuro médico profesional a través de un ciclo genérico en ciencias básicas, laboratorios con excelentes bibliotecas, manejo de bases de datos que suministran la literatura actualizada sobre diferentes temas de Medicina.

Habitualmente la responsabilidad de la formación está a cargo de departamentos universitarios, en donde se reciben estudiantes que van a cursar distintas carreras y, por lo tanto, su preparación científica es de muy alta calidad. La formación como médicos pasa a un nivel secundario. La parte clínica se realiza en hospitales universitarios que tienen un excelente nivel tecnológico y de especialización profesional, en donde el estudiante se

forma en un ambiente médico que lo limita a ver y oír cada procedimiento, bien sea al pie de una cama o, a distancia, en medios electrónicos frecuentemente. Por ello este futuro profesional, a pesar de su erudición teórica y su gran capacidad para investigar y profundizar en temas que le garantizan mantenerse actualizado, carece de la práctica necesaria y de experiencia en el acto médico.

Una vez terminada su carrera, el profesional debe escoger una especialidad para que, ya como médico graduado, pueda adquirir la práctica suficiente; generalmente estos programas no tienen internado.



3. Médico con orientación previa por electivas (flexible) (8)



Por las necesidades que el mercado moderno está exigiendo, la multiplicidad de títulos da al estudiante la posibilidad de abrirse campo con mayor facilidad en el mercado laboral de los países, máxime en aquellos donde las fuentes de empleo cada vez son más escasas y las condiciones de vinculación no son halagüeñas.

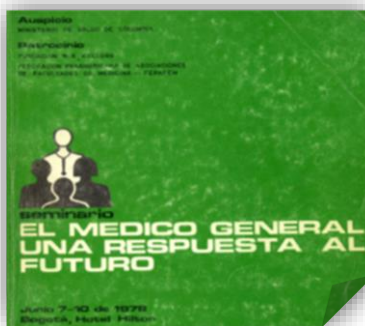
A veces se ofrece al estudiante realizar dos carreras simultáneamente o adelantar materias conducentes, con el fin de que de una vez vaya realizando una especialidad o un magíster; hecho que también es usado para ayudar a financiar programas en las universidades, eliminando de paso la experiencia que el ejercicio en una población da y el haber trabajado en el ambiente de un país, castigando así el tiempo que se supone fue programado en cada carrera, según la misión y visión de la misma y las competencias que se debían adquirir por parte del

estudiante. Este enfoque se ha visto en nuestro medio estimulado con internados selectivos (y flexibles), que forman parte en los créditos del posgrado al que se induce a completar al egresado de forma inmediata.

Claro, de acuerdo a lo anterior, estas facultades si bien es cierto que pueden sacar profesionales con un currículo nuclear homogéneo, provocan diferencias claves en los que así se preparan.

Por supuesto que las aspiraciones individuales de los participantes se satisfacen de una manera excelente, alejándose de cubrir las necesidades de la población bajo modelos comunitarios o con enfoque de Atención Primaria y, fortaleciendo, en cambio, la práctica especializada de la profesión a la que el estudiante le apuesta su futuro. No se necesita el internado rotatorio.

4. Médico general (9)



En este tipo de formación médica, el currículo está diseñado de tal manera que los futuros médicos tengan una buena formación en:

- a. Ciencias básicas.
- b. Ciencias comunitarias.
- c. Ciencias clínicas.

Las ciencias básicas cuentan con buenos laboratorios que permiten aplicar los conocimientos.

Por su parte, las ciencias comunitarias y clínicas tienen campos de práctica donde ejercen acompañados por tutores abarcando los distintos niveles de atención y recibiendo capacitación en las patologías comunes del área para su prevención, diagnóstico y tratamiento y en

el comportamiento epidemiológico, incluyendo las normas que el sistema de salud impone a quienes trabajan bajo su estructura.

El contenido en ciencias comunitarias en este tipo de currículo es muy variado, inclusive con denominaciones muy distintas de una universidad a otra (área comunitaria o preventiva o social), pero, en general, con un enfoque de la enfermedad como fenómeno de masa con tendencia al abordaje integral no solamente del daño, si no del proceso de salud-enfermedad, donde se contrasta el punto de vista del médico con los factores de riesgos más importantes. En este modelo, el internado rotatorio es clave en para la formación.



5. Médico de familia (10)

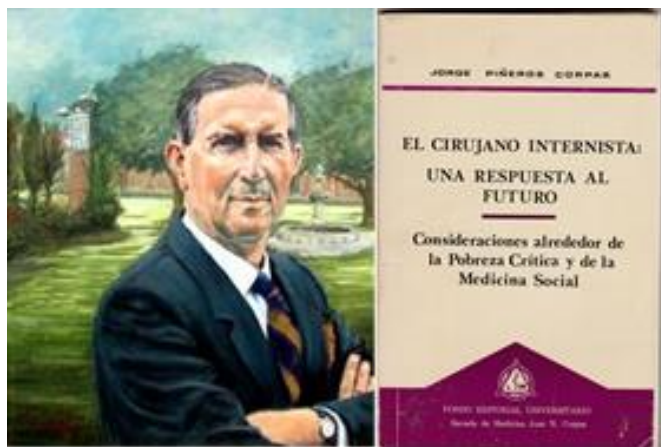
La preparación de este médico no ha sido homogénea en nuestro país y por lo menos se pueden distinguir dos orientaciones claras en su preparación:



Una de ellas con énfasis en la formación como médico administrador de programas de familia en la comunidad, su estructuración y dinámica y así como de los aspectos administrativos que el sistema de salud vigente establece para la atención de las familias.

Existe otra forma para diseñar el pênsum de Medicina Familiar (más visible en los programas de posgrado de Medicina Familiar) en la cual la formación clínica ocupa un lugar preponderante, casi exclusivo.

En donde las rotaciones por cuatro servicios, a saber, Pediatría, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología y, Cirugía, consideradas básicas de acuerdo a los esquemas poblacionales y la morbilidad que tiene el país, forman a un especialista con mayor resolutividad y muy idóneo para servir de receptor, asesor y capacitador clínico de los médicos generales que están ubicados en el primer nivel de atención.



Inicialmente estos médicos de posgrado fueron formados en una facultad con el nombre de cirujano internista (11) con el fin de preparar profesionales para resolver la mayoría de los problemas médicos, principalmente en zonas pobres de las grandes ciudades, las pequeñas poblaciones y las zonas rurales.

La formación completa del programa en el posgrado duraba cinco años (cirujano internista) y de tres años en los otros programas (otras facultades). Sin embargo, a raíz de la legislación reciente sobre Atención Primaria, hoy se perfilan todos con una duración de tres años y el currículo de formación contempla algunos aspectos de dicha estrategia y de administración de servicios de salud en ese nivel.



6. Médico de Atención Primaria (12)



<https://goo.gl/tjyou8H>

Busca la formación de un médico preparado en los aspectos de las materias básicas y de las prácticas clínicas apoyados en redes sociales presentes en comunidad, biblioteca y laboratorio profesional; que sea líder del sistema de salud en el nivel que le toque actuar.

La diferencia con el médico que denominamos general, está en el énfasis en los aspectos de:

- Estadística aplicada a la salud.
- Demografía.
- Epidemiologías.
- Administración.
- Ciencias Sociales como elementos etiológicos de la situación de salud de una comunidad.
- Y práctica en rotaciones de los últimos semestres de la carrera en el año de internado rotatorio en el primer nivel de atención.

Entonces

En resumen, si bien es cierto que ha habido modificaciones importantes en los currículos colombianos, queremos hacer énfasis en que el médico que necesita Colombia está mejor expuesto en el llamado "médico general", necesario para fortalecer los servicios de salud, siendo indispensable la excelencia en su formación en ciencias médicas, buscando a

través de ellas, adquirir la posibilidad de resolver en su nivel de atención la mayor cantidad de situaciones que presenten sus pacientes, abarcando la atención, la prevención y la rehabilitación, aspectos prioritarios por no existir otro profesional que lo pueda hacer en el sistema. Lo anterior, con un enfoque holístico (biopsicosocial).

Lo que ha ocurrido en Colombia

Esta variedad curricular (junto con el exceso de facultades) ha compartido un efecto real que es claro:

1. Se ha perdido el liderazgo médico nacional, lo que se demuestra en los paupérrimos salarios y en las deplorables condiciones de contratación, sobre todo de los médicos jóvenes, con una tendencia a concebir, por parte del sistema de salud, a la Atención Primaria como una estrategia para bajar costos y no para ofrecer el máximo de salud posible. En ello, el egreso cada vez mayor de calidad tan dispar y difícil de medir, sumado a la inexorable ley de oferta y demanda ha determinado una proletarianización de la profesión médica.

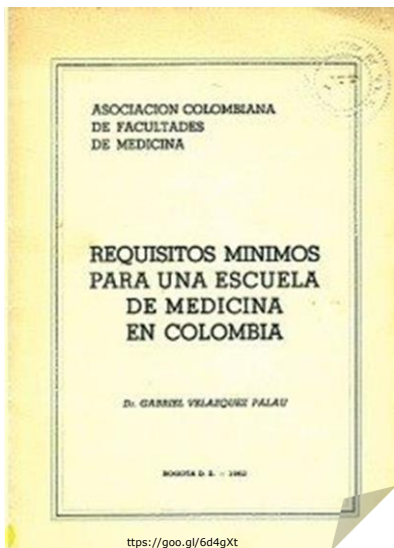
Posiblemente, consecuencia de este hecho (es decir, de la visión predominantemente economicista) son los sistemas de salud que se han implantado y la organización administrativa que se ha dado en muchas universidades con la creación de facultades de ciencias de la salud, en

donde y en muchas oportunidades, sus decanos son de otras profesiones del área, desconociendo que la profesión médica es (o, tal vez, era) la que aporta más a la integralidad, siendo, por ende, la que debería asumir la coordinación de la prestación, de la administración o de la educación en el área de salud.

2. Sin embargo, es importante reconocer, y como crítica a las facultades actuales, que la formación médica se hace sin tener en cuenta la pertinencia del egresado para el país. Por ejemplo, para hacer el servicio social, muchos servicios de salud departamentales le exigen tomar cursos adicionales como Medicina Legal y Urgencias, formación que la facultad no ofreció (o lo hizo sin la solidez necesaria para su ejercicio).



EL MÉDICO QUE PROPONEMOS



Consideramos que sigue plenamente vigente el comentario que hacía uno de los líderes en ese momento de la formación médica en Colombia, en la reunión de la tercera asamblea de ASCOFAME en Cartagena celebrada en 1963(13), sobre el tema “*El médico que necesita Colombia*” y que resumía “lo que necesitamos en Colombia es un médico general muy bien preparado” y, agregamos, que debe ser el líder fundamental en la atención primaria de la comunidad en donde ejerza.

¿Cómo formarlo?

Los siguientes son los aspectos que debe incluir su pénsum (14) durante doce semestres, programado por créditos y con competencias claramente establecidas (15) de todas las facultades independientemente de las particularidades que deseen incluir en sus mallas curriculares:

1. Ciencias básicas:
 - 1.1. La ecología de la salud, el proceso de la vida y el concepto de salud y enfermedad. Del parasitismo a la antibiosis.
 - 1.2. Aspectos estadísticos y demográficos, muy importantes para la categorización de la población.
 - 1.3. Bioquímica básica.
 - 1.4. Morfofisiología.
 - 1.5. Patología.
2. Ciencias comunitarias:
 - 2.1. La Epidemiología como ciencia del diagnóstico comunitario, haciendo mucho énfasis en la vigilancia, el seguimiento, la salud internacional y el control de desastres.
 - 2.2. Investigación formativa, cualitativa y cuantitativa.
 - 2.3. El saneamiento ambiental, basuras, desechos, contaminación visual, auditiva, aérea y del agua, manejo de alimentos y zoonosis.
 - 2.4. La persona, la familia y los otros grupos primarios, redes de apoyo. El desarrollo comunitario.
 - 2.5. Aspectos de Antropología Médica y de Psicología Social, como los factores etiológicos de enfermedad.
 - 2.6. Principales aspectos de la legislación vigente en salud y las modificaciones que esta introduce en el liderazgo médico y en su modo de actuar.
 - 2.7. Aspectos administrativos del manejo de las I.P.S y redes de servicio.
3. Ciencias clínicas. El **trabajo práctico clínico** debe hacerse desde el principio de la carrera, así:
 - 3.1. En un nivel primario con amplia vinculación con el modelo de salud vigente, donde sea evidente la

forma de prestación del servicio, las rutas, las guías y la gestión que se hace para canalizar a través del sistema, siendo clave el apoyo de médicos familiares y salubristas y la posibilidad de la remisión a la interconsulta con los especialistas (la menor de las veces).

En este nivel, la resolución y la integración de la salud pública deben reflejarse en la satisfacción y condición de bienestar de las personas y las familias atendidas.

La docencia y la asistencia han de estar integradas, pero con una asignación presupuestal que no vaya a sobrecargar, como hoy sucede, a la parte asistencial (no se puede exigir la misma carga asistencial a un médico que tenga a su cargo la docencia).

- 3.2. La formación de nivel **complementario (formación hospitalaria)** es muy importante y sus rotaciones y turnos contribuirán muy positivamente a su capacitación y talento. El internado rotatorio es fundamental en la formación del médico general. En este, el estudiante aprende a integrar conocimiento y coordinar actividades para llegar al diagnóstico de las patologías que los distintos pacientes presentan; aprende la logística que hay alrededor del manejo clínico del enfermo y puede asistir a reuniones de integración entre especialistas y subespecialistas, en las revistas médicas y a las reuniones académicas que un hospital universitario debe tener.
- 3.3. Los estudiantes deben quedar incluidos de una vez en la educación continuada, asegurando de esta forma que cuando egresen mantengan un proceso de formación permanente.



Los docentes



Se propone, y en especial en la parte clínica médica, un esquema piramidal de tutores donde las jefaturas de los servicios clínicos de las IPS han de ser el vértice de la pirámide de la estructura asistencial y, por ende, docente e investigativa. Se debe establecer un segundo nivel por profesores prestadores de la atención; luego los residentes, seguidos por los internos y, después, los estudiantes por

grados académicos, constituyendo así una estructura sólida que realmente forme una comunidad y cree escuela. Consideramos que la mejor forma de vinculación de los docentes en estos hospitales debe ser de tiempo completo geográfico, sabiendo que su presencia y manera de atender a los pacientes es la que da el ejemplo, siendo ello clave en el proceso de aprendizaje.

En resumen

El médico general que necesita Colombia (4) debe tener una buena sustentación científica, con suficiente demostración dada por laboratorios docentes que le aporten evidencia, con vivencias y participación en las redes de servicio en donde el primer nivel le aporte el conocimiento de la situación de salud de la comunidad y la práctica en la Medicina endémica de la región. El nivel complementario debe cumplir una labor de visualización de la actualidad del mundo médico, donde el

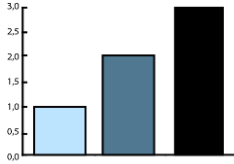
estudiante se familiarice con la tecnología que nuestro nivel de desarrollo debe proporcionar en cada uno de los servicios hospitalarios.

Sabemos que hay lugar para todos; creemos que las facultades pueden formar con uno u otro enfoque, lo importante es que nos convirtamos en centros de educación coherente entre lo que decimos y la manera como formamos.

Referencias

- (1) Colombia Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Política de Atención Integral en Salud: Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud, Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social 2016 [citado 14 febrero de 2018]. 2016, 92 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- (2) Ley 30 de diciembre 28 de 1992 [Internet]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-86437_Archivo_pdf.pdf.
- (3) Minsalud. Mineducación [Internet]. Documento de recomendaciones para a transformación de la educación médica en Colombia. Disponible en: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/2017/MARZO/Documento%20Final%20Comision.pdf>
- (4) SEMINARIO. El Médico General, una respuesta al futuro. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Junio 7-10 de 1978. Bogotá. p. 67-68.
- (5) Harvard Medical School [Internet]. MD Program. Disponible en: <https://hms.mediasite.video.harvard.edu/Mediasite/Play/7c3ca0ef65d84db2af536036d77476301d>.
- (6) Academy Ranking of World Universities [Internet]. Ranking Académico de las Universidades del Mundo de Medicina Clínica y Farmacia, 2014. Disponible en: <http://www.shanghairanking.com/es/FieldMED2014.html>
- (7) Universidad de los Andes [Internet]. Facultad de Medicina. [citado 7 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://medicina.uniandes.edu.co/index.php/es/>.
- (8) Johns Hopkins Medicine [Internet]. Genes to Society: A Curriculum for the Johns Hopkins University School of Medicine [citado 6 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.hopkinsmedicine.org/som/curriculum/genes_to_society/curriculum/interactive_map.html
- (9) Vélez I. Historia de la Nueva Universidad de Antioquia (segunda parte) y otros temas. Una experiencia maravillosa: La Fundación del Café. p. 41- 45.
- (10) Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Pregrado Medicina [Internet]. Plan de Estudio. Disponible en <http://www.juanncorpas.edu.co/oferta-academica/pregrado/medicina/plan-de-estudios/>.
- (11) Piñeros J. El cirujano internista: una respuesta al futuro. Fondo Editorial Universitario. Escuela de Medicina Juan N. Corpas. Bogotá, 1988.
- (12) Restrepo G. Atención Primaria, filosofía y práctica. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. 2015. Bogotá.
- (13) Palau G. Reunión extraordinaria del Consejo Directivo y de la Asamblea de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. (16 octubre de 1963, Cartagena). Estado Actual de la Educación Médica en Colombia.
- (14) Restrepo G, Iregui ML, Bustillo JG, Quesada B. Plan de estudios en 35 Facultades de Medicina en Colombia, 2004-2005. Revista Cuarzo. 2006; 12(1): 9-17.
- (15) Restrepo G. Un modelo para prestación de servicios en salud. Revista Cuarzo. 2015; 2(15).





Investigación

RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RESPECTO AL USO DEL CONDÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS, SUBA (BOGOTÁ), 2016

Relationship between gender and knowledge, attitudes and, practices regarding the use of condom in school-age adolescents, Suba (Bogotá), 2016

Daniela Katherine Morales Durán, Juan José Murcia García, Natalia Muñoz Bejarano, Daniela Ospina Guzmán, Laura Catalina Nossa Chacín[§]
Tutor: Juan Carlos González**



Resumen

Objetivo: Identificar si hay diferencias de conocimientos, prácticas y actitudes en torno al uso del condón entre hombres y mujeres adolescentes que asisten a un colegio público.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con 342 estudiantes que cursaban los grados noveno, décimo y once en un colegio distrital en la localidad de Suba (Bogotá). Se aplicó una encuesta anónima y voluntaria que indagó por características sociodemográficas, conocimientos, prácticas y actitudes en torno al uso del condón. Se realizó un debate basado en dos videos para conocer la postura de los estudiantes frente al uso del preservativo.

Resultados: El 35,4 % ya inició su vida sexual con un promedio de edad de 14 años. Los hombres utilizaron más el condón en su última relación sexual (OR 3,5; IC 95% 1,61-7,5).

Conclusiones: No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a conocimientos, prácticas y actitudes en torno al uso del condón, excepto en la última relación sexual y, en el número de parejas. Se demostró que tanto hombres como mujeres tienen falencias de información sobre protección en la sexualidad lo que conlleva a aumentar el riesgo de embarazos no deseados y de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual.

Palabras clave: Adolescente, sexualidad, anticonceptivos, riesgo, conocimiento, prácticas y actitudes.

Abstract

Objective: To identify differences in knowledge, practices and attitudes regarding the use of condom among male and female adolescents attending a public school.

Methodology: A cross-sectional descriptive study was carried out on 342 students who were in the ninth, tenth and eleventh grades in a public school in Suba (Bogotá). An anonymous and voluntary survey was applied. The questionnaire inquired about sociodemographic characteristics, knowledge, practices and attitudes about the use of condom. A debate was held based on two videos to know the students' position on the use of condom.

Results: 35,4 % already started their sex life with an average age of 14 years. Men used the condom more in their last sexual relation.

Conclusions: No differences were found between men and women in terms of knowledge, practices and attitudes about condom use, except in the last sexual relation and, in the number of sexual partners. It was shown that both men and women have information gaps related to protection around sexuality, which leads to an increased risk of unwanted pregnancies and for contracting a sexually transmitted disease.

Keywords: Adolescent, sexuality, contraceptive agents, risk, health knowledge, attitude, practice.

INTRODUCCIÓN

La importancia de la sexualidad

La educación en salud sexual y reproductiva ha sido un tema de importancia manifiesta, en particular en la adolescencia. Se refiere a la integración de aspectos emocionales, mentales y sociales del ser sexual para potenciar positivamente el amor y la personalidad y, a través de ello, las decisiones en torno a cómo vivir su sexualidad (1).

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

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





Adolescencia y sexualidad

La sexualidad es un componente importante en el proceso de desarrollo de los adolescentes. Con el fin de explorar su sexualidad, los jóvenes comienzan a experimentar diferentes comportamientos, muchos de los cuales los exponen a situaciones adversas, por ejemplo, a adquirir infecciones, no siendo conscientes, en su mayoría, de las consecuencias que ello acarrea (2). Las conductas sexuales de los adolescentes se ven influenciadas por varios aspectos, entre los cuales se destacan el entorno sociocultural (como las anécdotas sexuales de amigos o compañeros), la comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad y, además, en el caso de los varones, la influencia biológica en el deseo sexual por la acción de la testosterona en esta etapa (3).

Diferencias de género

Dentro de los factores influyentes para el inicio de la vida sexual de los adolescentes en Colombia, así como en otros países latinoamericanos, están los esquemas sexistas. Según Campo (3), "por lo general, entre los adolescentes varones se promueve la actividad coital como un indicador de masculinidad, mientras que en las mujeres adolescentes se invita a la virginidad o la abstinencia". Sin embargo, la situación ha cambiado en los últimos años como lo demuestra la evaluación de comportamientos realizada a través de referentes previos (4). Como lo menciona González, "en la actualidad se observa una mayor liberalización de los comportamientos y actitudes sexuales, manifestada en forma especial en las adolescentes y, aunque se mantienen las diferencias entre los patrones de comportamiento sexual, hay una tendencia al acercamiento" (5).

Una mirada a la realidad colombiana

En el contexto nacional, según la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud, "el referente más importante para los indicadores sobre la evolución y caracterización de la población colombiana en los aspectos relacionados con salud sexual y salud reproductiva, derechos sexuales y derechos reproductivos" (6), el porcentaje de las adolescentes que son madres o están embarazadas de su primer hijo, ha disminuido desde 2010 (19,5 % frente a 17,4 % en 2015). Además, las mujeres inician el rol reproductivo antes que el hombre (por cada 10 mujeres que han sido madres (14 %), un hombre, en el mismo rango de edad, ha sido padre (1,5 %) y, "una mujer de 15 a 49 años sin educación tiene en promedio 3,9 hijos o hijas mientras que una mujer con educación superior tiene en promedio 1,6". (7).

Los adolescentes inician cada vez más temprano su vida sexual (7, 8), situación que aumenta el riesgo de embarazos no deseados o de adquirir enfermedades de transmisión sexual, y hasta la predisposición a padecer de cáncer de cuello uterino por infectarse con el VPH (3, 9). A su vez, la edad de inicio de la vida reproductiva en las mujeres influye de forma importante en la incidencia de mortalidad materna, mortalidad infantil, abortos, abandono de estudio (9). Por otro lado, cuánto más precoz es el primer coito, mayor es el número de parejas sexuales que se tienen (8), un indicador (número de parejas sexuales al año) que expone cifras aumentadas cada vez más (4), propiciando de esa forma el incremento de los riesgos mencionados. La ENDS 2015 (7) expone que 5 % de las mujeres han tenido dos o más parejas sexuales en el último año, en tanto que 1 de cada 5 hombres las ha tenido (7).

El género: marca diferencias

Según algunas investigaciones, hay diferencias por género en cuanto a comportamientos sexuales. Por ejemplo, que los hombres tienen conductas como la masturbación, tocamientos, observación de genitales, fantasías sexuales explícitas e intentos de sexo ocasional -relaciones sexuales sin sentir amor o sin compromiso- (4, 10). En cambio, las mujeres, tienen conductas de masturbación con objetos,

imitación de besos, caricias, conductas de seducción y enamoramientos, que involucran un contenido afectivo más explícito (10). Lo anterior permite afirmar que la sexualidad de las mujeres es más afectivo-relacional y la de los varones está más directamente relacionada con la excitación y el placer sexual.

¿Por qué los adolescentes no utilizan el condón?

La respuesta a este planteamiento es múltiple. Los adolescentes no usan el preservativo por el hecho de tener una relación sexual con una pareja estable, por la supuesta pérdida de placer durante la relación sexual, por la presión de los amigos que hablan negativamente del uso del condón y por la falta de habilidades de comunicación en la actividad sexual; también están implicados el entorno sociocultural y las creencias erróneas respecto al uso del condón (11).

En su estudio con 201 adolescentes embarazadas, González (12) encontró que las principales razones para no usar el condón fueron: no pensar en riesgo de embarazo (37 %), deseo de embarazo (22,8 %), falta de conocimientos en

anticoncepción (15,3 %), razones morales -como que no está bien usarlo- (9,9 %), oposición de la pareja (5 %), coito ocasional no planeado (5 %), temor a posibles daños, especialmente vinculados con la fertilidad (3,5 %) y, no saber dónde acudir (1,5 %). Esto contrasta con algunas de las razones expuestas por Uribe (11) para usar el preservativo que se relacionan con el nivel de conocimientos sobre sexualidad segura, la percepción de riesgo, el haber recibido información acerca de VIH/SIDA y el tener un estrato socioeconómico medio y alto en los hombres, así como el nivel de escolaridad.



Otros métodos de anticoncepción

No obstante, el método de barrera para la anticoncepción no es el único usado por los adolescentes. Los anticonceptivos hormonales son utilizados en los adolescentes, aunque en Colombia menos de un 30 % lo hacen (7). Se pueden evidenciar muchos mitos y creencias erróneas en cuanto a este tipo de anticoncepción, entre ellos, "los anticonceptivos hormonales producen esterilidad femenina que se presenta muchos años después", "los anticonceptivos hacen mal al organismo", "los anticonceptivos hacen engordar, salir pelos y producen cáncer" o, "la abstinencia periódica afecta la salud mental de las personas" (13). Estas creencias suponen un

alto riesgo de contraer una ETS o de tener un embarazo no deseado.

Como razones de abandono de la anticoncepción hormonal, se han encontrado la finalización de la relación de pareja, la presencia de cefalea, las náuseas, el aumento de peso, la presión de los padres, el deseo de embarazo, un viaje o estadía fuera de la ciudad, el embarazo, la dificultad para consultar, una enfermedad, la incompatibilidad de horario y el olvido (14).

El problema de la educación

A pesar de la obligatoriedad a la educación sexual en las instituciones educativas impuesta por el Ministerio de Educación Nacional (9) y de las frecuentes campañas de prevención de embarazo adolescente no deseado y de enfermedades de transmisión sexual realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, los conocimientos de los adolescentes sobre sexo seguro no han sido suficientes y,

además, algunos adolescentes tienen creencias infundadas. Por otro lado, de acuerdo con Acosta, cuando la información se ofrece de manera informal, los valores respecto a lo que es necesario o no tener en cuenta a la hora de tener una relación sexual, se transmiten de manera diferente para cada género, dejando de esa manera que la decisión del uso de anticoncepción recaiga sobre el hombre (7).

Esta investigación

El objetivo de esta investigación es conocer algunas de las prácticas, actitudes y conocimientos de un grupo de adolescentes escolarizados que asisten a un colegio público sobre el uso del condón y ver si existen diferencias entre hombres y mujeres. Se busca con esto, que se puedan

diseñar, desde una perspectiva de género, campañas de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva de los niños y adolescentes en instituciones educativas que generen solución a esta problemática que se presenta no solo a nivel nacional sino a nivel mundial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Población objeto: Adolescentes escolarizados de un colegio distrital de la localidad de Suba. Se presentó a las directivas del colegio la propuesta y ellos consultaron con los padres de familia quienes aceptaron. A los jóvenes se les aseguró la confidencialidad y la voluntariedad. El análisis realizado por los investigadores y el tutor no identificó riesgo para los encuestados.

Criterios de inclusión: Adolescentes entre los 14 y 19 años de edad y que estuvieran cursando los grados noveno, décimo o undécimo.

Variables de estudio: Se indagó por **características demográficas** (edad, sexo, si era el hijo mayor, estrato y estructura del hogar); por **prácticas en torno a la sexualidad** (ya inició vida sexual, a qué edad la inició, número de parejas sexuales hasta el momento, número de parejas sexuales en el último año, uso del condón en la primera relación sexual, uso del condón en la última relación sexual); por **creencias relacionadas con el uso del condón** con variables como, cuáles son los motivos para usarlo o no hacerlo. Se investigaron los **conocimientos acerca del uso del condón** (fuente de información, con qué personas ha hablado sobre el uso del condón, si cree que el condón lo protege contra el SIDA, si cree que las píldoras anticonceptivas previenen las ETS y si cree que se puede contraer más de una ETS en una relación sexual sin protección). Después de la aplicación de la encuesta, se realizó un debate durante el cual los estudiantes participaron

voluntariamente expresando ideas acerca del uso del condón y/o aclaraciones sobre los mitos y verdades del uso de este, con base en dos videos tomados del sitio web *Youtube* sobre el embarazo adolescente y las ETS.

Prueba piloto: Se efectuaron cerca de 50 encuestas a adolescentes de 13 a 20 años lo que permitió identificar y modificar las variables del cuestionario que no se entendían con claridad.

Recolección de información: El 31 de agosto de 2016 se realizó el trabajo de campo en un colegio público ubicado en la localidad de Suba, donde los encuestadores, aclarando la voluntariedad en la participación y el tiempo que tomaba contestarlo (aproximadamente 10 minutos), administraron un cuestionario individualizado a estudiantes de noveno, décimo y undécimo grados en las jornadas de la mañana y la tarde. Posterior a esta actividad, se realizó un debate con los estudiantes de los grados décimo y undécimo con el objetivo de conocer sus opiniones específicas sobre del uso del condón basándose en los dos videos transmitidos (uno sobre el embarazo en la adolescencia y, otro que explica diferentes enfermedades de transmisión sexual).

Manejo estadístico: Se utilizó el programa Excel para tabular la información y obtener las frecuencias, teniendo en cuenta el número de respuestas dadas en cada variable para calcular los porcentajes respectivos. Para comparar las variables independientes con el género, se utilizó el programa Epi Info, obteniendo los odds ratio con sus intervalos de confianza y los valores de la prueba p en cada caso.





RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas y percepción de ánimo de estudiantes adolescentes de los grados noveno, décimo y once de un colegio público de la localidad de Suba en el año 2016.

VARIABLE	N°	%
Jornada académica		
Mañana	178	51,0
Tarde	171	49,0
Género		
Femenino	180	52,3
Masculino	164	47,7
Posición en el hogar		
Hijo mayor	132	38,3
Percepción del estado de ánimo		
Feliz	105	31,9
Normal	197	59,9
Triste	27	8,2
Estrato socioeconómico		
Uno y dos	39	11,4
Tres	241	70,3
Cuatro y cinco	63	18,4
Estructura del hogar		
Nuclear	185	53,5
Incompleto	109	31,5
Extendido	23	6,6
Reconstituido	11	3,2
Huérfanos	18	5,2

Tabla 2. Frecuencias de prácticas, actitudes y conocimientos en torno al uso del condón de estudiantes adolescentes de los grados noveno, décimo y once de un colegio público de la localidad de Suba en el año 2016.

VARIABLE	N°	%
Ya iniciaron vida sexual	123	35,4
Edad de inicio	14,3	
De los que iniciaron relaciones sexuales (n=123)		
Número de parejas sexuales		
Una	53	43,1
Dos a tres	52	42,3
Cuatro o más	21	17,1
Uso de condón en su primera relación	71	57,7
Uso de condón última relación	67	54,5
Motivos para usar condón		
La pareja lo exige	76	61,8
Evitar embarazo	8	6,5
Prevención ETS	38	30,9
Motivos para no usar condón		
Pérdida de placer	43	35,0
Costo	35	28,5
Vergüenza	6	4,9
Ha tenido más de una pareja sexual en el último año	45	36,6
De toda la población estudiada		
¿Cree que el uso del condón lo puede proteger contra el VIH?		
Lo cree y está seguro	160	46,6
Lo cree pero no está seguro	125	36,4
No lo cree	38	11,1
No lo sabe	20	5,8
De quiénes ha recibido la mayor información sobre uso del condón		
Familia	143	46,7
Amigos	86	28,1
Servicio de salud	58	19,0
¿Cree que las píldoras anticonceptivas protegen contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?		
No lo cree	137	40,3
Lo cree pero no está seguro	79	23,2
Lo cree y está seguro	47	13,8
No sabe	77	22,6
¿Cree que en una relación sexual sin protección, se puede adquirir más de una ETS?		
Lo cree y está seguro	191	55,7
Lo cree pero no está seguro	108	31,5
No sabe	33	9,6
No lo cree	11	3,2

Los hombres iniciaron su vida sexual a los 13,8 años y las mujeres a los 14,8 años.



Tabla 3. Diferencias entre hombres y mujeres de conocimientos, prácticas y actitudes sobre el uso del condón en adolescentes escolarizados entre noveno, décimo y once de la localidad de suba en 2016

VARIABLE	N°	%	N°	%	OR	LI	LS	Valor p
Ya inició su vida sexual		Sí		No				
Hombres	63	38,0	103	62,0	1,3	0,8	1,9	0,3142425
Mujeres	59	32,8	121	67,2				
De los que iniciaron relaciones sexuales (n=123)								
Parejas sexuales		Más de una		Solo una				
Hombres	43	58,9	21	40,4	2,1	1,02	4,36	0,0411811
Mujeres	30	41,1	31	59,6				
Usó condón en su primera relación sexual		Sí		No				
Hombres	37	60,6	24	39,3	1,1	0,54	2,34	0,7357838
Mujeres	34	57,6	25	42,3				
Usó condón en su última relación sexual		Sí		No				
Hombres	43	71,6	17	28,3	3,5	1,61	7,5	0,0012345
Mujeres	24	42,1	33	57,8				
Motivos para usar condón		La pareja lo exige		Evitar embarazo				
Hombres	39	90,7	4	9,3	1,1	0,25	4,79	0,8843858
Mujeres	35	89,7	4	10,2				
		Prevención ETS		Evitar embarazo				
Hombres	18	81,8	4	18,2	0,9	0,19	4,13	0,8922718
Mujeres	20	83,3	4	16,7				
		La pareja lo exige		Prevención ETS				
Hombres	39	68,4	18	31,6	1,2	0,56	2,71	0,5928883
Mujeres	35	63,6	20	36,4				
Motivos para no usar condón		Pérdida de placer		Costo				
Hombres	20	50,0	20	50,0	0,6	0,24	1,51	0,2829235
Mujeres	23	62,2	14	37,8				
		Pérdida de placer		Vergüenza				
Hombres	20	90,9	2	9,1	1,7	0,28	10,5	0,5432151
Mujeres	23	85,2	4	14,8				
		Costo		Vergüenza				
Hombres	20	90,9	2	9,1	2,9	0,45	17,8	0,2472318
Mujeres	14	77,8	4	22,2				
Ha tenido más de una pareja sexual en el último año		Sí		No				
Hombres	24	36,9	41	63,1	1,2	0,58	2,47	0,6242917
Mujeres	21	32,8	43	67,2				
De todos los participantes								
¿Cree que el uso del condón lo puede proteger contra el VIH?		Lo cree y está seguro		No sabe				
Hombres	76	90,5	8	9,5	1,5	0,58	3,78	0,4021892
Mujeres	83	86,5	13	13,5				
		Sí lo cree pero no está seguro		No sabe				
Hombres	61	88,4	8	11,6	1,6	0,6	4,06	0,3463269
Mujeres	63	82,9	13	17,1				
		No lo cree		No sabe				
Hombres	19	70,4	8	29,6	1,6	0,54	4,81	0,3795084
Mujeres	19	59,4	13	40,6				
De quiénes ha recibido la mayor información sobre uso del condón		Familia		Servicio de salud				
Hombres	72	71,3	29	28,7	1,0	0,52	1,8	0,9462954
Mujeres	71	71,7	28	28,3				
		Amigos		Servicio de salud				
Hombres	38	43,7	49	56,3	0,7	0,38	1,46	0,3970101
Mujeres	29	50,9	28	49,1				
		Pareja		Servicio de salud				
Hombres	6	17,1	29	82,9	0,5	0,15	1,46	0,1933732
Mujeres	12	30,0	28	70,0				
Cree que píldoras anticonceptivas protegen contra ETS		No sabe		No lo cree				
Hombres	39	40,6	57	59,4	1,5	0,84	2,59	0,1724381
Mujeres	37	31,6	80	68,4				
		Lo cree pero no está seguro		No lo cree				
Hombres	43	43,0	57	57,0	1,7	0,95	2,92	0,0686683
Mujeres	36	31,0	80	69,0				
		Lo cree y está seguro		No lo cree				
Hombres	21	26,9	57	73,1	1,1	0,58	2,21	0,7127994
Mujeres	26	24,5	80	75,5				
Cree que en una relación sexual sin protección, se puede adquirir más de una ETS		No lo cree		Lo cree y está seguro				
Hombres	5	5,1	94	95,0	0,9	0,25	2,91	0,8000000
Mujeres	6	5,8	97	94,2				
		Lo cree pero no está seguro		Lo cree y está seguro				
Hombres	48	33,8	94	66,2	0,9	0,53	1,37	0,5157954
Mujeres	58	37,4	97	62,6				
		No sabe		Lo cree y está seguro				
Hombres	16	14,6	94	85,5	0,9	0,44	1,9	0,8167744
Mujeres	18	15,7	97	84,4				



Las comparaciones por sexo de todas las frecuencias de las variables no mostraron diferencias significativas salvo en dos variables, el número de parejas y el uso de condón en la última relación sexual.

La opinión que los adolescentes expresaron en el debate sobre el uso del condón no coincidió con el grado de utilización encontrado en los resultados de la encuesta.

DISCUSIÓN

Las limitaciones

Esta investigación tiene como limitaciones el tamaño de la muestra y el sesgo derivado de toda encuesta, a saber, la veracidad de las respuestas dadas. Para enfrentar el segundo aspecto, se aseguró el anonimato de las encuestas y la participación voluntaria. Además, los docentes no estuvieron presentes cuando los estudiantes respondieron las encuestas y estas no se clasificaron por cursos. Tanto los resultados de la encuesta como la información obtenida en el debate se manejaron de forma confidencial. La percepción que se obtuvo del proceso es coincidente con lo expresado por

algunos autores sobre la alta confiabilidad de las encuestas sobre comportamientos sexuales aplicadas a los adolescentes (3). Respecto a la discrepancia encontrada en los resultados del debate, donde los adolescentes se manifestaron a favor del uso del condón, frente a los resultados de la encuesta (no se alcanzó el 100 % de uso), se puede pensar que cuando un joven se enfrenta a una experiencia sexual, lo hace de forma diferente a la expresada en público, lo que permite concluir que en las discusiones de grupos mayores de 10 personas no se pueden interpretar las realidades individuales.

La edad de inicio

La edad del inicio de las relaciones sexuales en esta población fue de 13,8 años en el caso de los hombres, similar a encontrada en la ENDS 2015 (7), en donde, además, 1 de cada 6 mujeres y 1 de cada 3 hombres iniciaron su vida sexual antes de los 15 años (en este estudio el promedio de edad para las mujeres fue de 14,8 años. Tabla 3), siendo más frecuente en los hombres el iniciar la vida sexual más temprano (3, 4).

tuvieron la primera relación alrededor de los 16 años (no hubo datos para las mujeres). Casi dos décadas después. González (4), en un colegio de la localidad de Suba, constató la disminución de la edad de inicio de relaciones sexuales (alrededor de los 14 años), siendo esto *per se* un factor de riesgo alto y que predispone al aumento de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual, pues de seguro aún no tienen todos los elementos ideales para una vida sexual responsable.

En contraste con lo anterior, estudios como el de Campo (3), realizado en 1990, refieren que para esa época los varones

Parejas sexuales

Comparado con lo encontrado, Uribe (15) encontró que el número de parejas sexuales en el último año era mayor (tabla 2), diferencia que se puede explicar por ser su estudio realizado con estudiantes universitarios.

Uso de condón

Respecto al uso del condón en la primera relación sexual, el resultado (tabla 2) mostró ser similar con el estudio de Uribe (15), quien encontró que el 32 % de los hombres y el 30 % de las mujeres reportaron no haberlo usado. Asimismo, González (4) en 2009, encontró que el 33 % no planificó en la primera relación. Sin embargo, se encontró diferencia al

comparar el uso del condón en la última relación sexual (aquí el 54 %) con lo hallado por González (29 % planificó en la última relación) (16). Aun así, estos porcentajes deberían estar alrededor del 100 %, lo que pone de manifiesto todo lo que hay por hacer.

Motivos para usar

Las únicas diferencias en este estudio entre hombres y mujeres se hacen por relaciones con más de una pareja y el uso de condón en la última relación (tabla 3), en donde el hombre se protege más que la mujer (tabla 3). Cuando la pareja habitual lo exige (tabla 2) se establece uno de los criterios predictivos de mayor protección (17), situación que sin duda se debe promover en la educación de la sexualidad de los adolescentes.

situación se propone como explicación a la diferencia encontrada entre los géneros en el uso del condón (tabla 3) teniendo en cuenta que, al menos en nuestra cultura machista, el llevar condón es más propio de hombres que de mujeres (15) y, como lo menciona Jiménez, son ellos quienes proponen con más frecuencia el uso del condón en la primera relación sexual (18). De lograrse demostrar este hecho, ha de ser un aspecto a tener en cuenta en la educación de los adolescentes.

El sexo ocasional, que claramente es un factor de mayor riesgo, por no conllevar la protección del condón (15). Esta

El problema del conocimiento

La falta de información o el no entendimiento de temas relacionados con la sexualidad son factores que contribuyen a aumentar los riesgos de embarazo no deseado y de adquirir infecciones de transmisión sexual (3, 4). Situación que se presenta tanto en Colombia como en otros países latinoamericanos como México (15), lo que evidencia un

problema en los procesos de enseñanza-aprendizaje en este campo. Por ejemplo, esta investigación (tabla 2) pone de manifiesto cómo casi 1 de cada 5 jóvenes no sabe bien qué tanta protección brinda el condón y poco más de 1 de cada 3, tiene dudas al respecto, lo que puede determinar su no uso.



Aún con los incrementos encontrados en el uso del condón (54 %), es realmente alarmante que 1 de cada 6 jóvenes en este estudio (16 %) no crea que el condón lo pueda proteger. De igual forma, el estudio realizado por Uribe en México, mostró que el 54 % tenía ideas erróneas o poco conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual. Es sorprendente, además, que cerca del 60 % de los adolescentes de este estudio no sepan con certeza que las píldoras anticonceptivas no los protegen contra las ITS y la pregunta sobre la posibilidad de adquirir más de una ITS deja en entredicho la forma como se está impartiendo la educación en torno a sexualidad responsable.

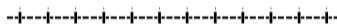
Este estudio no mostró diferencias en el inicio de vida sexual entre hombres y mujeres, lo que puede explicarse por tener ahora una igualdad en torno a sus vidas; aspecto que difiere de lo encontrado por González (4) en 2009, adicional al hecho de que los hombres reportaron tener más relaciones sexuales (dos veces más). Claro que aún los hombres tienden a tener más de una pareja, siendo una explicación probable esa visión machista en la cual ello es aceptado (4, 9).

Los servicios de salud, según los resultados de esta investigación, brindan información relacionada con el condón en un 20 %, esto podría ser esta la razón por la cual los jóvenes adquieren el condón en mayor proporción en las farmacias y menos en los servicios de salud (como la Ley propone), lo que es similar con los datos reportados por la ENDS (5, 19). Esto evidencia las falencias en el cumplimiento de algunas disposiciones legales en el marco de los servicios de salud como la distribución gratis de los condones a los jóvenes con vida sexual activa (19), teniendo en cuenta que el costo del condón fue el segundo porcentaje más alto encontrado para no usarlo.

Esta investigación confirma que el inicio de las relaciones sexuales es cada vez más precoz, que los hombres tienden a usar más el condón y que el porcentaje de uso no alcanza el 100 % como debería ser, generando con ello, y con la desinformación en torno al mismo y a los métodos anticonceptivos, la imperiosa necesidad de estimular más los procesos educativos en tal sentido.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Salud sexual [citado 4 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- (2) Ramos MT, Cantú PC. El VIH/SIDA y la adolescencia [Internet]. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad autónoma de Nuevo León. México. 2003; 4(4). Disponible en: <http://respyn2.uanl.mx/iv/4/ensayos/vih-adoles.htm#top>
- (3) Campo A. Relaciones sexuales en adolescentes colombianos y las implicaciones para la salud pública: una revisión de la prevalencia y algunas variables asociadas. Medunab [Internet]. 2009 [citado 4 marzo 2017]; 12:86-90. Disponible en: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=articulo&op=view&path%5B%5D=35&path%5B%5D=33>
- (4) González JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. Rev salud pública. 2009; 11(1):14-26.
- (5) González E, Molina T, Montero A, Martínez V, Leyton C. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario [Internet]. Rev Méd Chile 2007; 135: 1261-1269. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000005
- (6) Minsalud. Gobierno de Colombia [Internet]. Ministerio de Salud y Profamilia entregan resultados de la ENDS 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ministerio-de-Salud-y-Profamilia-entregan-resultados-de-la-ENDS-2015.aspx>
- (7) González J C. Resumen ejecutivo de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Carta Comunitaria [Internet]. 2017; 25(142): 7-62. Disponible en: <http://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/articulo/view/72/66>
- (8) Mendoza T, Luis Alfonso, Arias G, Martha, Pedroza P, Marly, Micolta C, Paul, Ramírez R, Andrés, Cáceres G, Christian et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. Rev. chil. obstet. ginecol [Internet]. 2012 [citado 12 de marzo de 2017]; 77(4): 271-279. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400006>
- (9) Acosta D, Lapeira P, Vásquez M. Conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes de la cultura caribe en anticoncepción. Revista Cuidarte [Internet]. 2016; 7(1): 1204-1209 [citado 4 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359543375008>.
- (10) Kilani A, Fernández N, López F, Carcedo R, Blázquez MI. Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. Anales de Psicología [Internet]. 2011; 27(3): 791-799 [citado 4 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720048026>.
- (11) Uribe JI, Andrade P, Zacarías X, Betancourt D. Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. Revista Intercontinental de Psicología y Educación [Internet]. 2013; 15(2): 75-92 [citado 26 de febrero de 2017]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/260210366_Predictores_de_l_Uso_del_Condon_en_las_Relaciones_Sexuales_de_Adolescentes_Analisis_Diferencial_por_Sexo.
- (12) González E, Luengo X, Sandoval J, Molina T, Caba F. Estudio comparativo de factores familiares y personales en adolescentes consultantes por embarazo y anticoncepción. Rev SOGIA [Internet]. 1998; 5(2): 42-48. Disponible en: <https://www.cemera.cl/sogia/pdf/1998/V2estudio.pdf>
- (13) Montero. Anticoncepción en la adolescencia. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2011; 22(1):59-67. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70393-5](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70393-5)
- (14) González E, Molina T, Molina R, Caba F, Meneses R. Factors that are associated to the contraceptive method abandonment in Chilean adolescent users, Contribution to IX European Congress of Pediatric and Adolescent Gynecology". Florencia, Italia (2002).
- (15) Uribe J I, Amador G, Villareal L. Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud [Internet]. 2012; (10)1: 481-494 [citado 5 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77323982030>
- (16) González JC y col. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana Rev. Salud pública. 2012; 14(3): 404-416. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n3/v14n3a04.pdf>
- (17) Canaval GE, Valencia CP. Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. Revista de Salud Pública [Internet]. 2012; 14(5):810-821 [citado 13 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42229127008>.
- (18) Jiménez MI. Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. Enseñanza e Investigación en Psicología [Internet]. 2010; 15(1):107-129 [citado 4 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213133008>.
- (19) Compartir Palabra Maestra [Internet]. Premio Compartir: Maestro Luis Miguel Bermúdez. 2017; 30 de junio <https://compartirpalabramaestra.org/recursos/videos/finalistas-premio-compartir/premio-compartir-maestro-luis-miguel-bermudez>





Atención Primaria en Salud

PIPSA: PROGRAMA INTEGRAL DE PROMOCIÓN DE SALUD DEL ADOLESCENTE

Jenny Paola Salamanca P.^{††}



Introducción



¿Cómo se puede comprometer la universidad con las comunidades donde tiene sus escenarios de práctica? Eso es precisamente el PIPSA: un programa creado en 2005 y que pretende impactar en los adolescentes a través de la intervención de la universidad.

A continuación, se presentará este programa visto a través de los ojos de uno de los docentes. Nuestra intención es que, si este artículo es leído por otras universidades, puedan, a través de lo que ha sido nuestra experiencia, vincularse con los colegios y replicarla o, a partir de la misma, organizar otras similares, pues estamos convencidos de lo mucho que se debe hacer y aprender en torno a los jóvenes.

^{††}MD. Docente Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC- jenny-salamanca@juanncorpas.edu.co



¿Cuál es la razón de este proyecto? Ni más ni menos ellos... Es comprometernos como universidad y buscar intervenciones que contribuyan al desarrollo de la población adolescente, en nuestro caso, la que está vinculada a la nuestra facultad a través de los diversos programas que venimos realizando en la localidad de Suba.

Contexto y objetivos

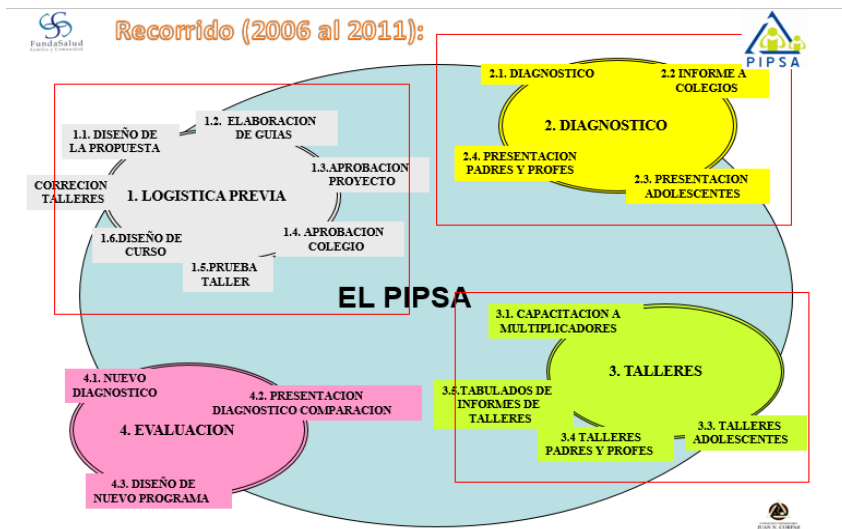
Fecha en la que inició el proyecto: 2005.

Tras un período de evaluación, y, además, como parte de un requerimiento académico, uno de nuestros docentes llegó a la conclusión de que, a pesar de los esfuerzos de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas y su Departamento de Medicina Comunitaria por trabajar con la comunidad, la adolescencia, era un ciclo vital descuidado por la profesión médica. ¿La razón? Tal vez, por ser una etapa donde pocas enfermedades

biológicas se presentan, poco acuden a la consulta. En cambio, existen numerosos cambios psicosociales. Dado que los médicos nos hemos preparado más para atender lo biológico, ahí se abre un distanciamiento. Este programa se crea para cerrar esa brecha y acercarnos más a la Medicina integral que tanto predicamos en nuestra facultad.

Imagen de las etapas

El primer paso consistió en hacer una extensa revisión de programas escolares por parte del personal de salud. Con base en tal revisión surgió una idea... comprometernos con un grupo de adolescentes y acompañarlos a través de su vida escolar.





Lo fácil: el diagnóstico

Con el fin de reconocer el mundo de los jóvenes, se efectuó un ambicioso diagnóstico de situaciones psicosociales de los jóvenes. Se hizo con recursos y apoyo de la rectoría y con el

compromiso del Departamento de Comunitaria de la FUJNC. Así surgió lo que fue la **fase de diagnóstico**, que servirá de línea de base en todo nuestro trabajo con los adolescentes.

La acción social de relacionarnos

Con ese estupendo insumo y sus sorprendentes resultados, comprendimos que lo que seguía era unirnos con otros sectores para propiciar cambios. Las orientadoras de los colegios, en particular algunas, se unieron con pasión, con lo que creamos las bases para construir un proyecto piloto. Ellas nos abrieron las puertas de los colegios. Entró en juego una fundación (la Fundación Salud Familia y Comunidad,

financiada por la FUJNC) encargada de consolidar nuestras relaciones con la comunidad (orientadoras), la cual decidió disponer de una persona clave para ello. Cuatro docentes se vincularon, más una experta en manejo de información. Finalmente nos vinculamos con una facultad de Psicología que decidió poner a nuestro cargo dos estudiantes avanzados para realizar las intervenciones.

Las intervenciones preliminares

Inicialmente, el equipo original (donde deben estar los "dolientes", queriendo decir con ello, personas comprometidas hasta los "tuétanos"), después de buscar, leer, discutir y analizar intervenciones previas usadas en situaciones similares, aceptó el reto de realizar talleres de intervención para algunos de los jóvenes (prueba piloto), previamente diagnosticados de uno de los tantos colegios que se ofrecieron para hacer parte del proyecto. Estos talleres estaban orientados a la toma de decisiones. La metodología usada fue la de resolución de problemas hipotéticos, las sesiones se llevaron a cabo todos los sábados durante seis meses, con un grupo de adolescentes líderes. Una vez más, la Fundación Salud Familia y Comunidad junto con la rectoría de la Corpas, se comprometieron con la logística para asegurar la comodidad de los jóvenes. ¡Esto es clave! Atenderlos con refrigerios y ofrecerles un espacio para las discusiones, resultó fundamental. De esa primera experiencia

surgió el material escrito en forma de guías para hacer las intervenciones de los jóvenes.

Un par de años después, un proyecto similar se llevó a cabo, pero en diferentes escenarios pues las intervenciones se realizaban fuera del colegio, con el fin de ofrecer a los jóvenes un cambio de ambiente que favoreciera su participación. Sin embargo, todos los involucrados en estas intervenciones sabían que estos esfuerzos no eran suficientes, un sinnúmero de limitaciones y dificultades surgieron de estos talleres; trabajar con adolescentes no era fácil. Era evidente que la preparación y la formación de equipos multidisciplinarios eran necesarios y, la continuidad era esencial para tener un impacto verdadero. En ese momento era claro que cuantas más dificultades encontrábamos, más retos debíamos y queríamos asumir.

DESARROLLO

Entonces...



Con estos resultados, teniendo tanto una propuesta para la realización de los talleres (se crearon diferentes estrategias de intervención) como las prevalencias de los riesgos que enfrentan los adolescentes, en 2011 se logró la articulación con las(os) orientadoras(es) de los colegios de la localidad y con dos estudiantes de Psicología de la Corporación Universitaria Iberoamericana (talleristas) para programar una semana de intervenciones anuales (cuatro sesiones para cada uno de los grupos de estudiantes participantes), durante cinco años consecutivos (acompañamiento de los jóvenes durante toda la secundaria). El equipo docente del Departamento de Medicina Comunitaria se comprometió con la capacitación y el acompañamiento de los talleristas.



El equipo



Una de nuestras docentes asumió la coordinación de las prácticas; nuestra enfermera docente, la capacitación de los estudiantes replicadores (los estudiantes de Psicología y los estudiantes de Medicina); una médica, el acompañamiento de los psicólogos; la ingeniera de sistemas, las bases de datos para el procesamiento de la información obtenida y, la comunicadora de la Fundación Salud Familia y Comunidad, el acompañamiento de las orientadoras.

El “arrancón”

Estas intervenciones iniciaron con estudiantes de 7º grado pertenecientes a tres colegios públicos de la localidad de Suba que habían hecho parte de la fase diagnóstica. Las sesiones semanales tienen como objetivo guiar al adolescente hacia la toma de decisiones asertivas al

enfrentar los riesgos psicosociales encontrados en los diagnósticos previos. Los estudiantes son encuestados cada año, con el fin de conocer sus entornos y realidades, lo que nos ayuda a ajustar las intervenciones futuras y, a su vez, a evaluar el impacto que el programa tiene en ellos.

Esos talleres iniciales y su evolución

Se prepararon cuatro cartillas integrales para realizar la intervención en los adolescentes, combinando los mensajes y la lúdica que implicaba su ejecución. Sin embargo, a lo largo del proyecto, los estudiantes de Psicología fueron girando los talleres más a la implementación de prácticas lúdicas y

videos, dado el acceso a los video beams en los colegios. De eso existe registro y, sin duda, es sumamente valioso pues muestra las mejores prácticas de acuerdo al momento de los adolescentes.

Del diagnóstico inicial



En 2005 se evaluaron diferentes cuestionarios y encuestas y, después de un par de pruebas piloto y ajustes, finalmente fueron aplicados. La información obtenida de este proceso fue abrumadora. Cerca de 13270 jóvenes, hombres y mujeres, de 12 colegios públicos de Suba respondieron los cuestionarios.

Los resultados mostraron los riesgos psicosociales a los que estos jóvenes de entre 12 y 19 años se ven enfrentados a diario. La funcionalidad familiar, la autoestima, las adicciones no farmacológicas, los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, la violencia, los desórdenes de alimentación, la salud sexual y reproductiva y, la depresión y el pensamiento suicida, fueron las temáticas evaluadas en este diagnóstico.



Papel de la familia

Estos primeros resultados mostraron que la funcionalidad familiar puede ser un factor protector o de riesgo; 66 % de los jóvenes encuestados no conocían o no entendían el ciclo menstrual o su relevancia, teniendo un conocimiento mínimo y casi nulo acerca de los métodos de planificación familiar. 32 % de los adolescentes estaban en alto riesgo de padecer desórdenes de alimentación.

Uno de los resultados más impactantes fue que, el 40 % de ellos ya habían incurrido en actos violentos. Además, cerca del 17 % ya habían experimentado problemas relacionados con el uso del cigarrillo y/o del alcohol.

Este tipo de diagnósticos se repitió en 2006 y, de nuevo en 2011, con el fin de evaluar la realidad adolescente y sus cambios a través del tiempo. Luego de estos hallazgos, el siguiente paso era evidente. ¡Era el momento de intervenir!

Lo cierto

¡Estamos abrumados de información! y se ha creado la necesidad de abrir espacios en nuestro currículo para analizar todo lo que hemos conseguido. Hemos procurado presentar informes a los colegios, a los padres, a la localidad, pero somos conscientes de que, a la fecha, solo hemos utilizado una mínima parte de todo lo encontrado.

Un trabajo intersectorial



Vale la pena contar que esta experiencia, el PIPSA, en sus primeros cinco años buscó la ayuda de diferentes entidades públicas y privadas en pro de la adolescencia. En tal sentido, en el año 2007 se creó el RAAS (**Red de Apoyo al Adolescente de Suba**) y así empezamos a unir fuerzas con el fin de ayudarnos los unos a los otros en las dificultades que se presentaban al abordar problemáticas adolescentes. Hemos intentado el mantenimiento del RAAS (se trata de personas vinculadas a entidades diferentes y que tienen como objetivo común apoyar a los adolescentes).

Pero, ¡carambas! ha sido difícil sostener y darle continuidad a esta red. A las personas de estas entidades las reasignan a otros lugares y eso afecta el compromiso hacia esta red. Aun así, algunas de sus reuniones mensuales (hemos sido constantes) nos ayudan al unir fuerzas para dar soluciones a

diferentes problemáticas y dificultades a las que se ven enfrentados nuestros adolescentes y sus familias.

Ciertamente hemos podido mantener las redes de apoyo con diferentes instituciones y asegurar la continuidad del programa. Hemos tenido la fortuna de trabajar con entidades como el Hospital de Suba, la Red Unidos, el CADEL, la Fundación Gamma Idear, la Corporación Universitaria Iberoamericana, las universidades Santo Tomás y Manuela Beltrán, la Fundación Salud, Familia y Comunidad y, por supuesto, nosotros en representación de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas y su Departamento de Medicina Comunitaria. Tener una persona a cargo de esto resulta fundamental.

Sin embargo...

Reconocemos que la consolidación de estas personas y de las entidades que representan está siendo sometida a una desbandada dado que el compromiso, y lo repetimos, ha sido más personal que de las instituciones y cuando la persona cambia de sitio, encontrar otra que se "comprometa" no ha sido la pauta. No por ahora, pero lo seguiremos intentando... ¡Este es uno de los retos!



Desde que pudimos formar un equipo multidisciplinario con los estudiantes de Psicología, la fase de intervención se convirtió en realidad en 2011. Teníamos experiencia previa y conocíamos las problemáticas que se debían abordar gracias a los resultados de la fase diagnóstica y, después de analizar y discutir, decidimos continuar con la metodología de toma de decisiones asertivas centradas en cinco temáticas básicas:

1. Violencia y resolución de conflictos.
2. Pubertad, salud sexual y reproductiva.

3. Consumo y abuso de sustancias psicoactivas y adicciones no farmacológicas.
4. Autoestima y depresión.
5. Trastornos de alimentación.

Nosotros, como equipo médico, proveemos a los estudiantes de Psicología las bases biológicas y médicas de las problemáticas mencionadas; ellos en retorno nos ayudan con los aspectos psicológicos y emocionales, así como con el manejo didáctico de las sesiones.

El “arrancón”



Así, dimos inicio a la intervención. Comenzamos con tres colegios, lo que se tradujo en cerca de 360 adolescentes que cursaban séptimo grado. Los talleres consistían en cuatro sesiones para cada grupo (curso) en cada colegio. Los estudiantes se dividieron en pequeños grupos de 4 o 5 personas, para trabajar en competencia entre ellos en diferentes actividades lúdicas, bien fuera dibujar, discutir, actuar o escribir acerca de la temática propuesta.

Al finalizar cada sesión, se aplicaron cuestionarios similares a los usados en la fase diagnóstica. En ese primer año (2011) el promedio de edad de los adolescentes fue de 12,9 años. Los grupos estaban conformados por un 48 % de hombres y 51 % de mujeres. Algunos de los hallazgos durante esta evaluación fueron:

1. El 30 % había consumido alcohol en la última semana.
2. EL 5 % había tenido contacto previo con marihuana y el 1 % con cocaína.
3. El 78 % tenía autoestima alta.
4. El 12 % tenía acceso a armas de diferentes tipos.
5. El 14% estaba en riesgo de depresión y el 10 % de trastornos de alimentación.
6. Un mínimo conocimiento acerca de los cambios físicos y funcionales de la pubertad, así como del ciclo menstrual.

La continuidad

Ahí está uno de nuestros éxitos. Gracias a los mismos estudiantes de Psicología que abrieron el PIPSA en sus universidades como un campo de práctica, cada año el grupo de psicólogos entrega a otros el proceso y, eso, junto con nuestro acompañamiento, permite la continuidad del

proceso. Las reuniones de nuestro equipo con los tutores de Psicología de los estudiantes son claves. Todo esto le da la seriedad suficiente al proyecto como para sostenerse académicamente.



Con los adolescentes

Una de las ventajas ha sido, hasta el momento, el que los jóvenes recuerdan fácilmente lo trabajado en el año anterior y tenemos pruebas de que les gusta (sumado al hecho de que les encanta no hacer las clases habituales que el PIPSA reemplaza). En el polo opuesto, una de las dificultades encontradas, estaba relacionada con la alta rotación de estudiantes, pues no siempre seguían en el mismo colegio o habían cambiado de grupo por pérdida de sus deberes académicos.

Un reto es diseñar la metodología pertinente para cada año y tener el cuidado de abordar las temáticas de forma diferente, pero, con el mismo objetivo preventivo. Aquí

reconocemos que son los estudiantes de Psicología los que llevan la batuta. Ellos a través de ese contacto con los jóvenes van generando las metodologías.

Lo cierto es que, para nuestra sorpresa, la última medida de 2015 nos mostró que las prevalencias de riesgo de los adolescentes que esperábamos modificar no alcanzaron las expectativas que teníamos. Nos reconforta saber que la participación es bien respaldada por los mismos adolescentes y que los padres y las directivas del colegio, a través de las orientadoras se muestran más comprometidos. Pero nos falta analizar más lo conseguido y, tal vez, reforzar aspectos claves.

¿Qué ha resultado de este proyecto?

Desde la creación del PIPSA, hemos podido monitorear la información básica obtenida en la fase inicial de diagnóstico y, aunque no hemos podido medir (por ahora) la disminución o aumento de los riesgos a los que se ven enfrentados nuestros adolescentes, sí hemos podido ver (percepción) el cambio en su proceso de toma de decisiones. En el comienzo, muchos de ellos no sabían a dónde ir o a quién buscar por ayuda o asesoría al enfrentarse a este tipo de riesgos psicosociales, al igual que por situaciones que generaran en ellos vergüenza o pena, lo que los llevaba a guardarse muchas de sus dudas y preguntas. Ahora, después de casi 10 años de trabajar con adolescentes, podemos ver que la comunicación entre ellos, las orientadoras(es), sus padres y el equipo médico y psicológico fluye en diferentes direcciones, colaborando en soluciones integrales para cada caso, lo que para nosotros es uno de los más grandes logros del programa. Creemos que construimos un laboratorio social por demás interesante.

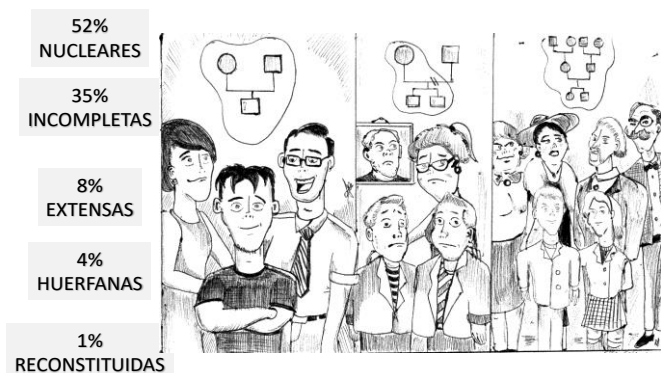


¿Cómo medir?

Estamos en esa tarea. Queremos creer que nuestro programa ha influenciado la vida de estos jóvenes. Pero ¿qué tanto? No lo sabemos. Propusimos medir los cambios en las encuestas perceptivas, pero, al revisirlas, no encontramos las medidas que esperábamos. Estamos tratando de interpretar los cambios conseguidos y sabemos que aun debemos analizar más y más. Lo que, sin duda, hemos aprendido, son distintas metodologías para el abordaje de adolescentes. Nuestra decisión ha sido, y sigue siendo, continuar, pues creemos que, sobre la marcha, iremos ajustando.

Un logro: la retroalimentación comunitaria

EN TORNO A LA ESTRUCTURA FAMILIAR



Cada intervención en alguno de los cursos de los colegios participantes, genera un informe de las encuestas aplicadas. Este se entrega a las orientadoras; además, se ha implementado una presentación a los padres de los jóvenes, encontrando realmente muy interesante la sorpresa que se llevan en particular con los más pequeños, al identificar situaciones que no se esperaban (por ejemplo, inicio de vida sexual).

Tales presentaciones han resultado claves para que los padres se comprometan, al menos con la autorización del programa del siguiente año. Desde ya tenemos en mente la necesidad de hacer una escuela de padres, que se prepare con base en los resultados para seguir acompañando a sus hijos. Sabemos que, si la logramos construir y además unimos a los profesores, la fuerza del programa se incrementa y con ella, la posibilidad de ofrecerles más oportunidades a estos adolescentes.



¿Cuál es el estado actual del proyecto? ¿Y el futuro?

Ya terminamos (diciembre de 2015) las intervenciones de esta primera cohorte de adolescentes. Tenemos toda la información. Hemos empezado los análisis de resultados y estamos revisando. Por asuntos de cambios estructurales en nuestro departamento, nos hemos tomado más tiempo del que creíamos para el análisis y por ello, y para no perder el compromiso que tenemos con los colegios, hemos iniciado

una nueva cohorte (febrero de 2016) y ya estamos en el segundo año.

Estamos sorprendidos de la inmensa cantidad de información recogida y sabemos que tenemos el reto de presentarla y con base en ella hacer las adecuaciones pertinentes.

Lo que hemos reiniciado

Las cinco temáticas básicas no han cambiado y a través de los años hemos tenido la oportunidad de identificar y poner en práctica diferentes estrategias para abordarlas.

Hemos aprendido que intervenciones como esta, en la que los adolescentes reciben un abordaje integral de sus riesgos y realidades, pueden tener un mayor impacto (intuición) que los procesos convencionales de conferencias donde el profesor explica y el joven oye.

Somos conscientes de que nos ha faltado el cierre formal según lo propuesto en la cohorte iniciada en 2011, pero,

celebramos que, a pesar de ello, iniciamos una nueva cohorte para no perder nuestro compromiso hacia los adolescentes.

Sabemos que tenemos ante nosotros la oportunidad de cumplir uno de los objetivos de este programa, como es el de tener la habilidad de formar replicadores en los estudiantes de Psicología, en los maestros y orientadores(as) que nos han ayudado a través de los años y, por supuesto, en los padres y en los mismos adolescentes buscando así la expansión del programa que el equipo de inicio esperaba cuando comenzó la fase diagnóstica.

Un reconocimiento



Las redes de apoyo creadas a través de este programa con las facultades de Psicología, los colegios, las orientadoras(es) y maestros y nosotros en pro del bienestar de los adolescentes se han mantenido durante los cerca de 10 años de actividad que lleva el programa y, esperamos, que continúen así. Como quien dice, acá estamos y no nos vamos.



CONCLUSIONES

¿Por qué funciona el PIPSA?



Este proyecto funciona, primero, gracias a las orientadoras y orientadores de los colegios públicos y a su compromiso con sus estudiantes; han trabajado arduamente a nuestro lado durante los últimos diez años hasta el día de hoy.

Segundo, gracias a los convenios que hemos podido realizar con las facultades de psicología de la Universidad Manuela Beltrán (y ahora estamos tras uno con la Universidad Minuto de Dios), quienes, cada semestre, nos han ayudado a dar continuidad al programa.

En tercera instancia, el PIPSA funciona gracias a la dinámica lúdica usada en los talleres por los psicólogos (figuras estelares de este proyecto), que permiten que los conceptos se formen de manera constructivista, para que los adolescentes los recuerden y pongan en práctica cada año, a pesar de sus dudas en ciertas áreas.

Finalmente, a través de los años, hemos logrado una mejor conexión con los padres de familia, quienes al comienzo no asistían a las charlas, talleres o actividades preparadas para ellos; de aproximadamente 120 padres, solo asistían 5 o 10 máximo; ahora podemos trabajar con un 50 % a 60 % del total de padres invitados.

Este programa puede funcionar en otros contextos; puede ser replicado en diferentes instituciones educativas o incluso en diferentes departamentos o países, por la sencillez de su metodología que permite a cada adolescente un aprendizaje significativo, necesitando únicamente el compromiso de otras facultades.

Para 2018, tenemos el reto de consolidar lo conseguido, producir los informes pertinentes y, por, sobre todo, promover que otras universidades se vinculen a proyectos similares. Nosotros estaremos listos a compartir todo lo aprendido.





Seguridad Social



SAN ANDRÉS Y SU Y SALUD: ENTRE LA OSCURIDAD Y LA ESPERANZA DE LA LUZ

Juan Carlos González**



En el mes de abril el senador Juan Manuel Galán expuso ante la plenaria del Congreso la dramática situación de la prestación de la salud en el archipiélago de San Andrés (1), poniendo como ejemplo cómo se está haciendo la prestación desde el Hospital Departamental Clarence Lynd Newball Memorial Hospital.



<https://www.youtube.com/watch?v=X2mh0cxoIFc>

Dicho centro, junto con la sede de la isla de Providencia, tiene la responsabilidad de atender a los habitantes de la isla, que, además enfrenta el fenómeno de la sobrepoblación (2), así como la inmensa cantidad de turistas que visitan el archipiélago de forma rutinaria. Para eso, desde 2012, la IPS

de la Universidad de Antioquia (3) ha sido la encargada de asumir la operación de estos centros y, a través de estos, la atención de la población. Las EPS presentes son Nueva EPS y Sanitas.

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



<https://www.youtube.com/watch?v=X2mh0cxoIFc>

El doctor Mario Villegas N. ha sido médico del servicio de urgencias del hospital desde hace aproximadamente cinco años y ha vivido de cerca y de lleno esta crisis -teniendo dudas de llamarla así pues no se trata de algo nuevo o circunstancial, sino que, más bien, es una situación cotidiana y permanente que tan solo cambia en la intensidad del déficit de recursos para atender a los pacientes-. ¡Ojo!, se les atiende, pero no con las condiciones que se debería hacer. Él ha dado su voz de alerta insistentemente a la administración y, éticamente, ha salido a través de los medios de comunicación (4) en donde, de forma por completo racional,

ha contado la situación que vive día a día como médico responsable de atender a sus pacientes. Digo éticamente porque nosotros los prestadores, pero en particular los médicos, deberíamos ser los garantes del derecho de salud de nuestros pacientes (5) (así lo expresa el doctor Villegas); situación que a mi juicio cada vez se ve menos porque nos hemos convertido en otras víctimas más de un sistema que de palabra suena tan bien, pero que en la práctica es, como se describe en el archipiélago y en el resto del país, un sistema con enormes limitaciones para atender a la población como es debido.

El problema

Desde un punto de vista eminentemente práctico, es un problema de recursos (6). La prestación no recibe los recursos suficientes para atender a la población. Eso genera retrasos innecesarios en la definición de las atenciones, lo que conlleva un incremento en los riesgos de eventos adversos en los pacientes y a sobrecostos, permitiendo que surjan en ese "desorden" situaciones propiciadoras de corrupción. En concreto, determina que no se cuente con los

insumos necesarios para la atención o que no lleguen en los momentos necesarios, con la consecuente pérdida de todas las condiciones de seguridad que implica el atender sin estar seguro de una prueba paraclínica o sin esterilizar apropiadamente los equipos. Pero, y no menos grave, el atender sin cancelar el salario a los prestadores (directos o indirectos).

Así las cosas, ¿qué del Modelo de Atención Integral en Salud?

POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD



OBJETIVO: Máxima salud, acceso, intersectorialidad, circunstancias

Pues que se coinvierte en una enorme utopía y, tan será así, que, en concreto en el caso del archipiélago, me atrevo a exponer que no existe ni siquiera una aproximación ingenua a la Política de Atención Integral en Salud (7).

Corrupción y desidia



Ignoro la magnitud de la corrupción en torno al flujo de recursos de la salud (8), así como la responsabilidad atribuible a esa política de desidia por la "tolerancia" (en el peor sentido), que se puede encontrar en muchos

funcionarios que, por ser raizales (9), tienen el derecho a no cumplir con sus deberes. Sé que en el complejo problema del "pastel causal" de la atención en salud a la población del archipiélago, asumen una gran responsabilidad.

La utopía del sistema propuesto

POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD



Lo que sí puedo afirmar con contundencia es que, hoy por hoy, la Política de Atención Integral de Salud (7) con sus estrategias, no es más y repito, que una utopía, pues no se ve en la prestación actual un desarrollo del autocuidado en la población (¿cómo pensar en otorgar recursos para prevenir

cuando ni siquiera se aseguran los recursos para atender las urgencias vitales?). Lamentablemente no existe un verdadero modelo de prestación basado en la Atención Primaria en Salud (APS) que llegue a las vidas de los raizales y de los "pañás" que viven en las islas.

¿Qué hacer?

Ciertamente el "poner el dedo en la llaga" sin proponer soluciones, no es útil. Por ello, y más como flujo de ideas, es que me permito hacer las siguientes observaciones tendientes a la búsqueda de alternativas viables.

El Modelo Integral de Atención en Salud (7) como documento referencial es clave.

Modelo Integral de Atención en Salud

LO QUE QUEREMOS

LO QUE DEBE TENER



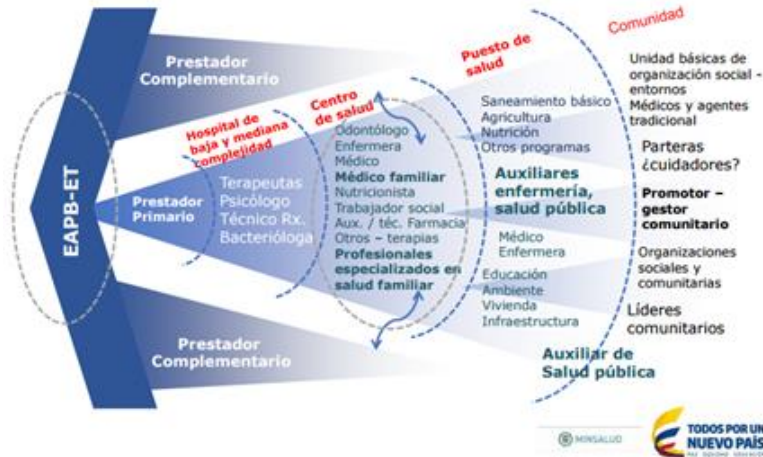
Tener todo lo necesario para no fragmentar

No tengo duda de que el diagnóstico de la situación de salud de la población del archipiélago ya existe (10). De hecho, creería (pues no lo he revisado) que el riesgo cardiovascular y la diabetes, junto con el trauma por accidente de moto, han de estar en los primeros lugares como problemas evidentes de salud.

A dónde apuntar

La construcción de los equipos de salud y la unificación de las redes integrales de salud resulta, a mi juicio, la más que obvia y necesaria acción a seguir, afirmando que ahí está la clave.

5. RED Integral Prestador primario



Construir una red de prestadores primarios (centros de salud familiares) a los cuales se adhieran las familias (raíces y de "pañías), idealmente construida por personal comprometido y, de seguro, originario del archipiélago, sería la base del modelo. Un modelo de atención cercano a la población tiene un enorme valor en su percepción. Costa Rica nos muestra la importancia de un modelo de atención cercano a su población (11), donde incluso forma parte de la percepción de felicidad de sus habitantes. Intuyo que esos centros de cuidado primario deben estar alrededor de los barrios donde viven los habitantes, con prestadores que vayan a cada casa y que,

con base en lo diagnosticado, se comprometan con los miembros de cada familia a modificar estilos de vida para lograr su bienestar (12). Intuyo que en cada centro los equipos de cuidadores primarios (médico, enfermera y demás prestadores) tengan el "mapa" de sus familias y que conozcan la situación de salud y que, con base en ello, puedan ver los progresos de la ejecución de los programas basados e implementados a través de las rutas integrales y, por supuesto, en los planes de gestión de riesgo. Eso, eso puede ser un criterio mayúsculo de felicidad (11).

El hospital

Lo intuyo muy apreciado por la comunidad por ser el único con la capacidad de resolver los problemas de remisión desde los centros primarios y de las consabidas urgencias (13). Claro, sé que allí se debe situar la red de atención complementaria a través de la atención de las distintas

especialidades (13). Intuyo que muchas de ellas deberán ser traídas del continente cuando se necesiten, pues la prevalencia de muchas situaciones de salud, no será suficiente para tenerlos de forma permanente.

Médicos familiares

Propuestas: Fortalecer a nivel del cuidado primario



Visualizo que sería la especialidad de base (14). Ellos acompañando a los equipos primarios y apoyando la atención hospitalaria. Reitero que sería ideal que estos profesionales fuesen raizales con el deseo de permanecer en su terruño y

comprometidos con sus gentes, pero, claro, también pueden ser "pañás" que desean vivir en el archipiélago, un paradójico paraíso (es difícil ir a Providencia y no quedar enamorado).

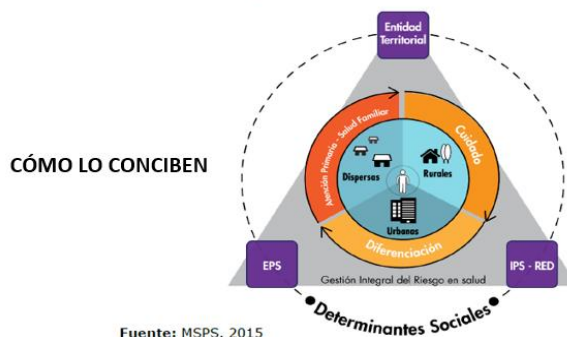
De hecho...

Crearía que es más que factible el sueño del doctor Villegas de que las facultades de salud tengan en el archipiélago una gran presencia. Estas con sus estudiantes podrían formar parte de los equipos de cuidado primario y, por supuesto, estar presentes en el hospital. Pero, además, asumirían la

responsabilidad de la educación continuada (15). Estoy seguro de que la manutención de los estudiantes es menor que el enorme beneficio que se puede derivar de su presencia.

La coordinación

Gráfico 6 Política Integral de Atención en Salud, PAIS



Tengo enormes dudas del papel de las EPS en la actual crisis (16). Dudo mucho que sean las defensoras de los pacientes y, mucho menos, que estén asumiendo la responsabilidad de

verificar la mejoría de la atención de la situación de salud de su población. No creo que se justifique su existencia.

La crisis de las EPS que está dejando a miles de colombianos sin servicios de salud

El mal momento que pasan Cafesalud, SaludCoop y Caprecom tienen en jaque y al borde de la quiebra al sistema. ¿Hay solución?

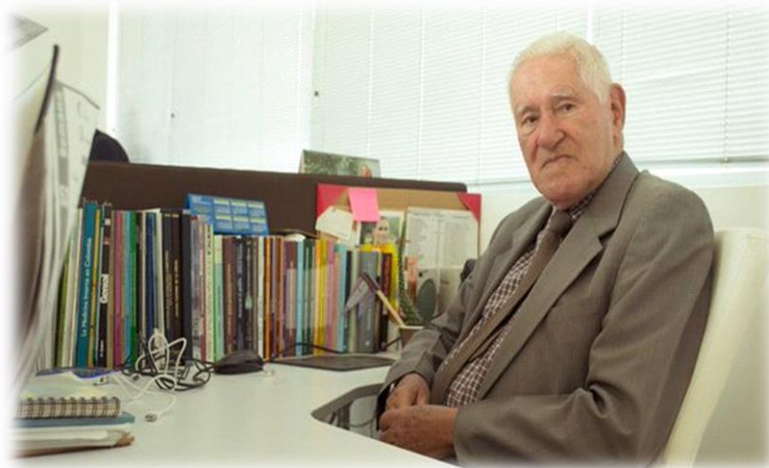


<https://goo.gl/vmL3H6>

Pero, dado que, al menos en una visión de mediano plazo, las EPS no desaparecerán, estoy seguro de que una sola de ellas debe asumir la responsabilidad de la afiliación de la población. Tal EPS ha de unirse con la Secretaría de Salud para fortalecer la prestación (la cual evidentemente sería única), incluyendo en los equipos primarios, por ejemplo, todos los aspectos de saneamiento. Es decir, los equipos primarios (12) deben integrar la atención de la población y

las labores de salud pública en su actuar. Los equipos de prestación (primarios y complementarios) son la clave de la efectividad del sistema. Es ahí donde la comunidad y los prestadores se integran en el modelo de atención y donde se genera la oportunidad de la atención en salud de la población. La EPS y la autoridad territorial solo han de preocuparse por garantizar las mejores condiciones para que dichos equipos hagan bien su trabajo.

Recordar lo expuesto por el profesor Restrepo



Nuestro maestro, el profesor Guillermo Restrepo Ch., afirma que bajo las condiciones actuales no es y no será posible implementar verdaderamente la Atención Primaria en Salud (17), la que él resume con la palabra "integración" que gire en torno a la familia y sus miembros. Afirma:

1. Integrar la prestación (equipos de cuidado primario y complementario) con la familia que asegure la atención cuando se necesita, la prevención y la rehabilitación de las enfermedades crónicas (12, 13).
2. Integrar a las familias con otros sectores, tales como juntas de acción comunal, bienestar social o

familiar, colegios, jardines o grupos de adultos mayores, reconociendo su inmensa importancia dentro de la búsqueda del bienestar de la población (18, 19) ¡La salud de las familias y sus integrantes va mucho más allá del consultorio!

3. Empoderar a la población (familias) en torno a sus redes de atención y organizaciones comunitarias; empoderamiento que debe traducirse en la posibilidad de participar (20) activamente con la certeza de que su voz será escuchada, pero, incluso, con la oportunidad de seleccionar e implementar propuestas (21) que surjan de la mismísima comunidad.

De la coordinación

¿Cómo integrar el trabajo de las EPS y de las entidades territoriales? Esto resulta clave para que el sistema pueda funcionar. EPS, Territorios e IPS han de tener un solo objetivo, la salud de la población. El asunto es que, en tanto

la finalidad de las EPS sea la rentabilidad y el de las entidades territoriales sea el ser fortines burocráticos de la politiquería, la posibilidad de ver a la APS desarrollada es improbable.

El sistema



Suspenden por tres meses al gobernador de San Andrés

Investigan contrato para la prestación de servicios de salud en el archipiélago.

<http://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/suspenden-por-tres-meses-al-gobernador-de-san-andres-207866>

Colombia se ha convertido en un país con un serio problema de corrupción en todas las áreas y niveles. Una razón es la impunidad, entendida como la ausencia de sanción para

quienes hacen uso inadecuado de los recursos de forma intencionada buscando enriquecerse. La salud del archipiélago no es la excepción.

Los políticos

La visión de que la salud es un fortín de puestos, debe cambiarse. De paso, ha de disminuirse el exceso de las normas que hicieron complejo y engorroso el sistema.

Un llamado al doctor Villegas



https://i.vimeocdn.com/video/292616664_1280x720.jpg

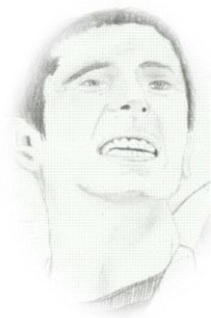
Conozco el trabajo del doctor Villegas. Creo que él me ha mostrado de forma muy especial lo que es atender a la población de forma comprometida y humana. Sé cómo y sin importar los déficits de insumos, cuando le llega un paciente, él pone toda su capacidad, e incluso a veces recursos económicos propios, para ayudarlo. He visto cómo ha luchado por construir un programa de educación continua que estimule a los médicos a un ejercicio más responsable. He sido testigo de cómo él le ofrece a los rurales del archipiélago, que así lo quieran, todas las asesorías que necesiten y a

cualquier hora. Sé de los innumerables diálogos con el sector directivo para proponer soluciones puntuales a problemas específicos. Sé que él se ha vinculado con sectores de la comunidad, buscando empoderarlos del hospital, haciéndoles ver la inmensa importancia que tiene para sus vidas (11). He escuchado su voz acudiendo a las facultades, proponiendo un vínculo sólido con la prestación donde, tanto el pregrado como el posgrado y la educación continuada, puedan aliarse para ofrecerles a los pobladores un proyecto de salud que fuese ejemplo. Lo ha expuesto en el Ministerio.



Si bien, hasta la fecha, toda la vehemencia de sus palabras y el compromiso que refleja en sus actos no han provocado los cambios que anhela, lo que veo en el diario vivir del profesor Mario Villegas me trae a la mente lo que expuso Eduardo

Galeano (22), a propósito de una entrevista sobre los Indignados de España, "no vale la pena vivir para ganar; vale la pena vivir para seguir tu conciencia".



Doctor Villegas, ¡qué gran ejemplo nos ha dado con su vida de lo que es vivir siguiendo su conciencia!

Referencias

- (1) Crisis de salud en el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [Internet]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=X2mh0cxoIFc>
- (2) Noticias Caracol [Internet]. San Andrés "es invivable" por la sobrepoblación, de cada 100 turistas al menos 30 se quedan [21 junio de 2017]. Disponible en: <https://noticias.caracol.com.co/colombia/san-andres-es-invivable-por-la-sobrepoblacion-de-cada-100-turistas-al-menos-30-se-quedan>
- (3) el Hospital [Internet]. IPS universitaria de Antioquia manejará salud en San Andrés y Providencia. Disponible en: <http://www.elhospital.com/temas/IPS-universitaria-de-Antioquia-manejara-salud-en-San-Andres-y-Providencia+8089207>
- (4) Canal 1 [Internet]. Reportajes con Mauricio Gómez: San Andrés y Providencia, los paraísos perdidos – primera entrega. [12 de diciembre de 2017]. Disponible en: <https://canal1.com.co/emision/reportajes-con-mauricio-gomez-san-andres-y-providencia-los-paraisos-perdidos-primera-entrega/>
- (5) Ley Estatutaria 1751 de 2015. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>
- (6) Los hospitales deberían ser mejor preservados por la institucionalidad estatal [Internet]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=KMQTcUPWNIQ>
- (7) Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. Informe final [14 de septiembre de 2012]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20y%20Propuesta%20para%20Atenci%C3%B3n%20Primaria,articulado%20al%20sistema%20de%20Salud%20Colombiano.pdf>
- (8) El Espectador [Internet]. Las irregularidades que tienen urgencias al hospital de San Andrés [15 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.elespectador.com/noticias/investigacion/las-irregularidades-que-tienen-en-urgencias-al-hospital-de-san-andres-articulo-750169>
- (9) TheArchipelagoPress.co [Internet]. Los raizales del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [13 de enero de 2014]. Disponible en: <https://thearchipelagopress.com/los-raizales-del-archipelago-de-san-andres-providencia-y-santa-catalina/>
- (10) Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Análisis de Situación en Salud (ASIS). Archipiélago de San Andrés. Frontera insular con Nicaragua 2011. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-San-Andres-Islas-2011.pdf>
- (11) Buettner D. Los lugares más felices del mundo. National Geographic. 2017; 41(5): 18-47.
- (12) Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS" Washington, D.C.: OPS, © 2008.
- (13) Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Organización Panamericana de la Salud 2008.
- (14) Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Salud y Medicina Familiar Comunitaria. Disponible en: <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/salas-tematicas/Paginas/Salud-Medicina-familiar-comunitaria.aspx>
- (15) Haddad J. Clasen MA. Davini MC. Educación Pariente de personal salud. OPS 1994.
- (16) Semana [Internet]. La crisis de las EPS que está dejando a miles de colombianos sin servicios de salud [17 de septiembre de 2016]. Disponible en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/crisis-en-las-eps-y-hospitales-afectan-servicios-de-salud-de-miles-de-colombianos/494041>
- (17) Informe OMS. Regreso a la Atención Primaria en Salud [Internet]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/news/release/2008.
- (18) Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2nd edition / edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot. World Health Organization 2003.
- (19) Social Determinants of Health-What Doctors Can Do? Disponible en: <http://health-equity.blogspot.com/2011/11/equity-social-determinants-of-health-what.html>
- (20) Villegas M, González JC, Buitrago W. Cómo hacer participación social en salud. Editado por Orión editores ISBN 958-9162-11-8 Primera edición 1997.
- (21) Gofin J. Gofin R. Atención Primaria Orientada a la Comunidad: Un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health, 2007; 21(2/3): 177-184.
- (22) Galeano: "No vale la pena vivir para ganar, vale la pena vivir para seguir tu conciencia" [Internet]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ICsnSAYJABY>



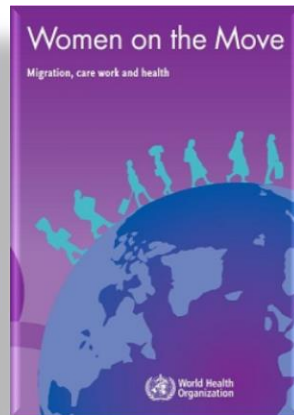


Salud Pública

MUJERES EN MOVIMIENTO

Resumen efectuado por Juan Carlos González^{§§}

Reseña del documento de la OMS
Policy Brief. Women on the Move. Migration, care work and health.
<https://goo.gl/BaWKDK>



Un llamado de la OMS a este nuevo fenómeno de migración poblacional.

La migración de mujeres de países con menos recursos en calidad de **cuidadoras de salud** se está presentando como resultado del crecimiento de la población de adultos mayores en países con mejores recursos económicos. Una primera avanzada de migrantes "cuidadores" ocurrió con mujeres que

se hacían cargo de niños en hogares de países desarrollados, lo cual fue ampliándose al cuidado de personas con discapacidad y, ahora en particular, para el cuidado de población adulta mayor que no pueden depender de sí mismos.

El asunto es que tal migración se está haciendo sin condiciones laborales justas.

La consecuencia



Ahí está la paradoja. Estas cuidadoras de salud benefician los sistemas de seguridad social de los países adonde llegan, pero sus situaciones personales no se benefician de las condiciones de tales países pues son asimiladas como trabajadoras informales a las que no se les otorga tal derecho.

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



Las cuidadoras de salud



Son mujeres, habitualmente con familias en sus lugares de orígenes, que asumen la inmensa carga laboral que implica atender a personas con discapacidad, lo que genera desgaste físico y emocional.

Desprotegido e infravalorado

Este importante y necesario trabajo no es valorado. La situación de la mayoría es la de no recibir, ni desde el punto de vista salarial ni de la protección social, los beneficios de los países adonde llegan. Habitualmente son subcontratados por menos de lo que deberían y, si bien una gran proporción

no ha estudiado y son empíricas en sus cuidados, también se ven trabajadores de la salud, incluso mujeres profesionales que trabajan haciendo tareas donde su preparación no es debidamente valorada.

No son reconocidos

Las leyes de los países migrantes habitualmente no están dispuestas para ofrecerles un reconocimiento ni otorgarles las protecciones labores, situación que determina que quienes los contratan se aprovechen ofreciéndoles un pago reducido.

Desigualdades evidentes

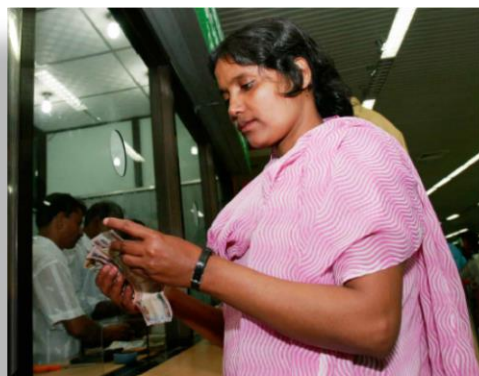
Estas injustas condiciones de demanda han determinado que, en los países migrantes, aquellos trabajos del área de la salud que tengan mayor riesgo (exposición a agentes biológicos,

por ejemplo), sean cubiertos precisamente de manera informal, creando además el problema de la falta de protección de estos trabajadores.

Sobrecargas

Además, por ser estas mujeres el apoyo de sus hogares, aceptan horarios extendidos y extenuantes, así como, en muchos casos, agresiones por parte de quienes atienden, acoso laboral y personal, creando situaciones esclavizantes más que laborales.

No es infrecuente que estas mujeres sean abusadas en todo sentido, golpeadas y violentadas. Dice el informe que el 44 % de los migrantes filipinos informó haber conocido a otro trabajador doméstico que había experimentado abuso físico, el 27 % conocía a alguien que había tenido relaciones sexuales hostigamiento, y el 22,4 % conocía a alguien que había sido violado.



La salud de las cuidadoras

En torno a la salud de esas cuidadoras poco se ha estudiado; pero, sin duda, están expuestas a inmensas sobrecargas físicas, resultado de movilizar a los que atienden, a caídas, lesiones músculo-esqueléticas e, incluso, al hambre por la imposibilidad de prepararse alimentos de su cultura, lo que

determina que estas mujeres se enfermen sin ser atendidas y trabajen incluso enfermas. De hecho, dada su situación "ilegal", muchas de ellas no consultan por el temor a ser inspeccionadas en torno a su estatus migratorio.

Otra injusticia



El vacío de la ausencia de estas mujeres en sus hogares de origen no puede ser cubierto y, es así como otros miembros de las familias, habitualmente niños o ancianos, asumen el

rol que ellas han dejado de madres de sus hogares, situación que procura ser "compensada" por las remesas que estas cuidadoras envían.

La paradoja

La gran paradoja es que estas cuidadoras de salud sin duda contribuyen a resolver y atender un gran problema de salud en la población de los países que los reciben, pero ellas están por completo desprotegidas. Se necesitan y se van a necesitar.

¿Qué hacer?

Figure 2. Seven drivers of women's economic empowerment



Source: UN High Level Panel, 2017 <http://hip-wee.unwomen.org/en> – Reference 23

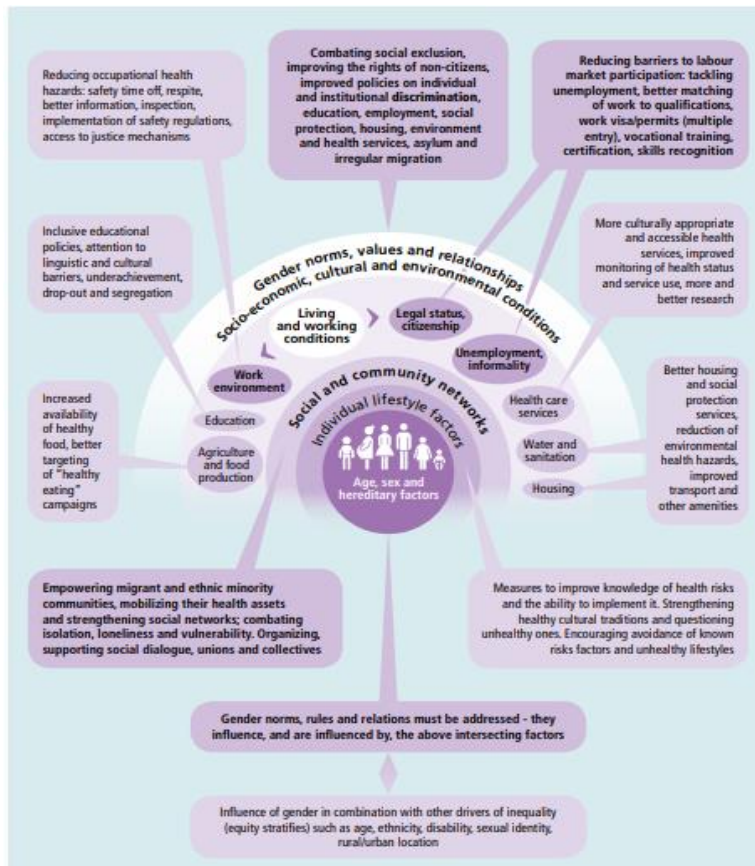
Propone la OMS que las legislaciones de inmigración y de trabajo hagan el esfuerzo de asimilar a las cuidadoras y las vinculen en los países migrantes, reconociendo plenamente sus derechos.

No existe duda de que el envejecimiento de la población va a generar un cambio importante en los servicios de salud y el papel de las cuidadoras se va a reforzar.



Prepararlas de forma más específica tiene una enorme proyección de bienestar tanto para ellas como para las personas que atienden. Se ha calculado que en Europa para antes de 20 años se necesitará cerca de 2,3 millones de personas que atiendan a los adultos mayores. Se hace necesario empezar a crear las condiciones para que este oficio sea formalizado.

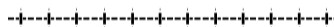
Social determinants of health diagram adapted for migrant women care workers



La OMS considera que el asunto de las cuidadoras debe asumirse con gran responsabilidad pues hacen falta, pero hace un llamado para que las condiciones sean justas y adecuadas para tan importante recurso humano.

Los invitamos a leer los dos artículos en:

Women on the move: migration, care work and health. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://goo.gl/jENPdk>
Women on the move: Policy brief <https://goo.gl/Bmq3s>





La lección de Medicina

¿CUÁL ES EL RENDIMIENTO OPERATIVO DEL SIGNO DE KERNING EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA MENINGITIS?

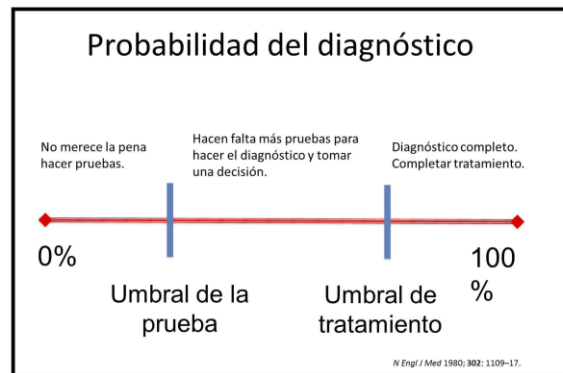
Gonzalo Bernal^{***}

Reflexión sobre un adecuado uso de la semiología médica

A mi modo de ver, una de las dificultades más serias que observo en la práctica clínica junto a los estudiantes de Medicina, es la aplicación diaria de los conceptos semiológicos en los pacientes y, de estos, los conceptos básicos que tienen que ver con la exploración del sistema nervioso central. La literatura nos muestra el rendimiento operativo, la confiabilidad, la precisión y la validez de las pruebas semiológicas realizadas en los mejores escenarios posibles y por los expertos más calificados para obtener los

mejores resultados. Así las cosas, ¿qué sucederá con estas características cuando son aplicadas por manos inexpertas?

Recordemos que con cada parámetro de la historia clínica o de los paraclínicos o de las imágenes diagnósticas, partimos de algo que llamamos *incertidumbre* y de allí debemos realizar pruebas que nos descarten o confirmen determinada patología y podamos iniciar un tratamiento.



<https://goo.gl/UaXyC7>

Para ilustrar este pensamiento tomaremos los datos publicados por el artículo *The Diagnostic Accuracy of Kernig's Sign, Brudzinski's Sign, and Nuchal Rigidity in Adults with Suspected Meningitis*⁺⁺⁺.

MAJOR ARTICLE

The Diagnostic Accuracy of Kernig's Sign, Brudzinski's Sign, and Nuchal Rigidity in Adults with Suspected Meningitis

Karen E. Thomas,¹ Rodrigo Hasbun,¹ James Jekel,¹ and Vincent J. Quagliarello¹

Departments of Internal Medicine and Epidemiology and Public Health, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut

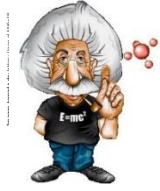
doi: 10.1093/cid/cir100

Downloaded from <http://cid.aphublications.aphapublications.org/> on 04 March 2018

^{***} MD. Familiar Integral. Profesor FUJNC - gonzalo.bernal@juanncorpas.edu.co

⁺⁺⁺ Thomas KE, Hasbun R, Jekel J, Quagliarello VJ. The Diagnostic Accuracy of Kernig's Sign, Brudzinski's Sign, and Nuchal Rigidity in Adults with Suspected Meningitis. *Clinical Infectious Diseases* 2002; 35:46-52.





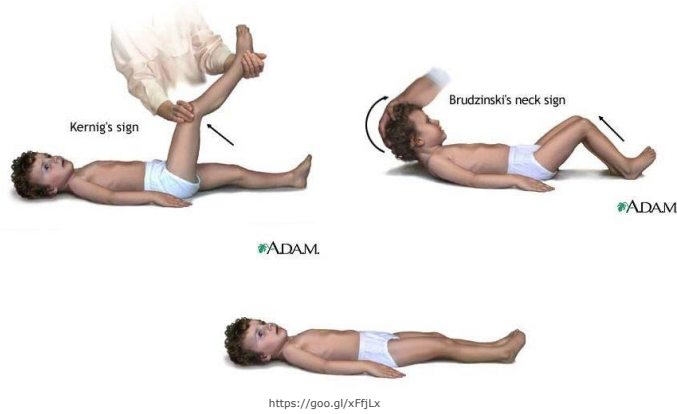
Para iniciar, le sugiero recapacitar en las siguientes preguntas:

¿Recuerda cómo se toman los diferentes signos meníngeos?

¿Recuerda cómo aprendió a tomarlos?

¿Lo hizo por medio de algún video, alguna clase, vio a un experto realizarlos, por imitación o se tomó su tiempo para leer un libro adecuado de semiología?

SIGNOS MENÍNGEOS



Identificación de la certeza

En el mencionado estudio nos cuentan que tomaron como "patrón de oro" la punción lumbar para el diagnóstico de meningitis en pacientes con sospecha de esta patología. Los hallazgos clínicos más frecuentes en estos pacientes fueron cefalea, fiebre, rigidez nucal, vómito y cambios de conciencia. Antes de realizar la punción lumbar se tomaron los datos de las historias realizadas por médicos internistas, residentes y

médicos del servicio de urgencias del hospital de Yale, New Haven Hospital Emergency Department, entre julio de 1995 y junio de 1999.

Para entender un poco mejor este artículo lo desarrollaremos repasando algunos conceptos epidemiológicos sobre pruebas diagnósticas.

Presencia del signo de Kerning

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		Meningitis	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40		"Sanos"	
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60		Meningitis y Kernig+	
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80		Sanos y Kernig positivo	
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100			
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120			
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140			
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160			
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180			
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200			
201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220			
221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237						

Según el artículo para el signo de Kerning, se tomaron 237 pacientes, de los cuales 66 presentaban meningitis confirmadas por el patrón de oro. De los 66 pacientes con meningitis, solo 3 presentaban el signo de Kerning positivo y, de los que no presentaban meningitis, 163 no evidenciaban signo de Kerning positivo y 8 no lo tenían (puede observar la gráfica y contar).



De la imagen a la tabla

Con esta información armaremos una tabla de 2 por 2 para evaluar el rendimiento operativo de esta prueba diagnóstica. En la tabla hemos colocado los diferentes valores y letras que se exponen en la literatura habitual.

Construyendo la "tabla mágica" de 2 por 2

PUNCIÓN LUMBAR, PATRÓN DE ORO PARA EL DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS

	SÍ	NO	TOTALES
Kerning positivo	3 (a)	8 (b)	11(a+b)
Kerning negativo	63 (c)	163 (d)	226 (c+d)
TOTAL	66 (a+c)	171 (b+d)	237 (a+b+c+d)



Para iniciar, pondremos en el título de la tabla el patrón de oro para el diagnóstico de meningitis. Luego, debajo de este título, escribiremos las palabras "Sí" y "No", que se refieren a que el patrón de oro sí confirmó o no confirmó el diagnóstico de meningitis. En las filas escribiremos la prueba a contrastar con el patrón de oro, que, para nuestro caso, será el signo de Kerning el cual puede ser positivo (marco resaltado en la gráfica 1) o negativo (sin marco resaltado). Según nuestro artículo, el total de pacientes fue de 237, esta cifra se debe ubicar en la casilla (a+b+c+d). Luego nos dicen que había 66 pacientes con meningitis, este dato lo escribimos en la casilla (a+c), ya que el patrón de oro confirmó la enfermedad en estos 66 pacientes. Ahora, si sabemos que el total de pacientes fueron 237 y los que tenían meningitis fueron 66, podemos calcular la casilla (b+d) restando 237 menos 66 y esto nos da como resultado 171 (b+d).

Continuando, el artículo nos dice que en 163 pacientes que no tenían meningitis, el signo de Kerning fue negativo, por lo que este dato corresponde a la casilla (d). En la casilla (a) ubicaremos los 3 pacientes a los que la prueba de oro confirmó la meningitis y tuvieron el signo de Kerning positivo. Los demás datos se obtienen por simple matemática de la siguiente manera:

La casilla (b) resulta de restar 171 menos 163.

La casilla (c) resulta de restar el 66 menos 3.

Y, las casillas (a+b) y (c+d), de la suma de las cifras horizontales o las filas.

Fíjense que la gráfica y la tabla expresan lo mismo.

Una vez obtenida esta tabla, veremos qué podemos obtener de ella e interpretarla.

¿Cuántos pacientes del estudio tenían meningitis?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66														

No se confunda, no son 237, son 66. Los 237 es el total de pacientes que conformaron el estudio, pero en realidad, y según el patrón de oro, solo 66 presentaban meningitis.

¿Cuántos pacientes no tenían meningitis?

							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	
55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	
75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	
95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	
115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	
135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	
155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171				

Correcto, son los 171 de la casilla (b+d) (¿Lo explica la imagen?).



¿Cuál fue la prevalencia de la enfermedad en este estudio?

Para obtener este dato debemos recordar que la prevalencia se expresa en porcentaje e indica el número de pacientes con la enfermedad durante ese período de tiempo. Es decir, qué porcentaje de pacientes estaban enfermos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220
221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237			

Para esto sabemos que los pacientes enfermos son 66 de un total de 237, pero, como anotamos, la prevalencia se expresa en porcentaje, por lo que la pregunta sería:

¿Si 237 es el 100 % de la población, 66 qué porcentaje será? La respuesta la obtendremos por una regla de tres simple. Su resultado es 27,8 %. Aproximémoslo a 28 %.

Si tengo meningitis, ¿cuál es la probabilidad (porcentaje) de tener un signo de Kerning positivo?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220
221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237			

SENSIBILIDAD



PUNCIÓN LUMBAR PATRON DE ORO			
DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS			
	SI	NO	TOTAL
KERNING POSITIVO	3		
	5%		
KERNING NEGATIVO	63		
	95%		
TOTAL	66		
	100%		



64	65	66																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66														

=4,5%

A este evento lo llamaremos **sensibilidad** o, lo que equivale a la probabilidad de estar enfermo y tener la prueba positiva. La imagen lo representa. Desarrollémoslo paso a paso.



PUNCIÓN LUMBAR, PATRÓN DE ORO PARA EL DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS

	SÍ		NO		TOTALES	
Kerning positivo	3	27 %	8	73 %	11	100 %
	5 %		5 %			
Kerning negativo	63	28 %	163	72 %	226	100 %
	95 %		95 %			
TOTAL	66		171		237	
	100 %		100 %			

Para obtener este dato buscaremos la columna (tenga en cuenta que las columnas son verticales y las filas horizontales) donde la prueba de oro dice que sí existe meningitis.

Recuerde que estamos trabajando en sentido vertical. Por ello ubicaremos el 3 de nuestro ejemplo y el 66 que es el total de enfermos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66														

Como la sensibilidad se expresa en porcentaje, buscaremos qué porcentaje es 3 de 66 de la siguiente manera:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

¿Si 66 es el 100 %, 3 qué porcentaje sería? La respuesta es 4,5 %. Para un mejor entendimiento diremos que es un 5 %. A esta casilla también se le llama porcentaje de verdaderos positivos.

¿Cómo interpretamos esta sensibilidad?

La interpretación para nuestro ejemplo sería así:

De cada 100 pacientes con meningitis, solo 5 de ellos presentarán un signo de Kerning positivo.

Como ven, acá ya usamos el porcentaje.

Si la sensibilidad es del 5 %, es decir, de cada 100 pacientes con meningitis solo 5 presentan la prueba de Kerning positiva, ¿qué pasa con el otro 95 %?

Pues bien, seguiremos trabajando en la misma columna de la sensibilidad, esto es, en forma vertical, pero ahora ubiquemos el valor de la casilla (c), es decir, el 63.

Ahora realicemos la misma operación, ¿si 66 es el 100 %, 63 cuánto será? La respuesta es 95 %.



Ahora vamos a la columna del patrón de oro donde dice "NO meningitis" y, al igual que la sensibilidad, la trabajaremos en forma vertical.

PUNCIÓN LUMBAR, PATRÓN DE ORO PARA EL DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS

	SÍ		NO		
Kerning positivo	3 5 %	Verdaderos positivos	8 5 %	Falsos positivos	11
Kerning negativo	63 95 %	Falsos negativos	163 95 %	Verdaderos sanos	226
TOTAL	66 100 %	Total de enfermos	171 100 %	Total de sanos	237

¿Qué probabilidad tengo de no tener la enfermedad y tener la prueba negativa?

O, "dado que **no** estoy enfermo, ¿qué probabilidad tengo de tener una prueba o signo de Kerning negativo? La imagen permite intuirlo.

ESPECIFICIDAD



=95%

PUNCIÓN LUMBAR PATRÓN DE ORO DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS			
	SÍ	NO	TOTAL
KERNING POSITIVO	3	8	11
KERNING NEGATIVO	63	163	226
TOTAL	66	171	237



Repitiendo

Desarrollémoslo paso a paso. Para responder a esta pregunta buscaremos en la tabla de 2 por 2 el título "prueba de oro", luego la palabra "No"; luego buscaremos "prueba de Kerning negativa" y, en la intersección de estas dos preguntas, encontraremos la casilla (d), donde se encuentra el número 163. Recuerde, haremos la operación en sentido vertical; es decir, diremos, si 171 pacientes no tenían meningitis, ¿el signo de Kerning en cuántos de ellos coincidió? O, "dado que

no tengo la prueba positiva, ¿qué probabilidad tengo de **no** tener meningitis?

A esto lo llamamos, **especificidad** o, lo que es lo mismo, **la capacidad de la prueba para detectar los verdaderos sanos**. Para ello diremos, si 171 (8+163) pacientes **no** tienen meningitis y son el 100 %, ¿los 163 pacientes con signo de Kerning negativo a qué porcentaje equivalen?

	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25					
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35					
36	37	38	39	40	41	42	43	44	45					
46	47	48	49	50	51	52	53	54	55					
56	57	58	59	60	61	62	63	64	65					
66	67	68	69	70	71	72	73	74	75					
76	77	78	79	80	81	82	83	84	85					
86	87	88	89	90	91	92	93	94	95					

La respuesta es 95 %. Esto quiere decir que, de cada 100 pacientes que presenten el signo de Kerning negativo, 95 no presentarán la enfermedad. La imagen lo representa.

NEMOTECNIA: ESPIN

Cuando una prueba es muy **ES**pecífica, un resultado **Pos**itivo **IN**cluye la enfermedad. Si una prueba es muy específica y su resultado es positivo, me confirma la enfermedad ya que la posibilidad de error es mínima, es decir, los falsos positivos son mínimos. De aquí que la utilidad de una prueba específica es cuando su resultado es positivo.

¿Y qué sucede con el otro 5 %?

Este 5 % corresponde al porcentaje de pacientes que no tienen la enfermedad, pero la prueba dice que sí. En otras palabras, el paciente no presenta meningitis, pero el signo de Kerning arrojó un resultado positivo. Para determinar este valor tomaremos el número de la casilla *b*, lo dividiremos por el número de la casilla (*b+d*) y lo multiplicaremos por 100.

Esto arroja un resultado aproximado al 5 %, lo que significa que la prueba se equivoca en 5 pacientes de cada 100 o, lo que es lo mismo, que, dado que el paciente no tiene meningitis, la prueba aparece positiva en cinco pacientes de cada 100. A este valor lo llamamos **falsos positivos**.

Una conclusión

Con lo anterior, por ahora diremos que el **signo de Kerning es más específico que sensible**, es decir, su utilidad radica más en descartar la enfermedad que en confirmarla, siempre y cuando se tome de manera correcta.

Estado respecto a la enfermedad según el estándar de oro		
Resultado de la prueba de estudio	Enfermo	Sano
Positivo	Verdadero positivo (VP)	Falso positivo (FP)
Negativo	Falso negativo (FN)	Verdadero negativo (VN)





Entonces

Aquí es importante aclarar que la sensibilidad y la especificidad nos muestran la validez de una prueba diagnóstica (cercanía con la realidad), pero su información no es lo suficientemente útil como para tomar una decisión clínica. Como vemos, se parte de la certeza de los "enfermos" y los "sanos". A lo que se enfrentan los clínicos es, si la prueba es positiva o si es negativa, ¿qué certeza tienen de

que el paciente esté enfermo? Por ejemplo, un paciente nos aborda en el corredor y nos muestra un determinado paraclínico y nos pregunta si se encuentra bien o mal. El paciente solo nos muestra la prueba, pero no sabemos si está enfermo o sano; o sea, lo que nos pregunta es, con ese resultado, qué probabilidad tiene de estar enfermo o sano.

Por ende...

Como veremos a continuación, los **valores predictivos** sí pueden aplicarse directamente sobre cada uno de nuestros pacientes, pero su inconveniente más importante es que dependen de la prevalencia de la enfermedad como trataremos de explicar un poco más adelante.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220
221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237			

No olviden la imagen de nuestra situación planteada. Con base en ella y con la tabla de contingencia, se explicará.

¿Qué son los valores predictivos?

El planteamiento es, ¿qué probabilidad existe de **sí** tener la enfermedad si la prueba (signo de Kerning) es positiva? O, ¿qué posibilidad es la de **no** tener la enfermedad si la prueba es negativa?

Para los valores predictivos, la tabla la interpretaremos en **sentido horizontal**; es decir, primero sabemos el resultado de una prueba, pero no sabemos si el paciente se encuentra sano o enfermo.

Veamos...

PUNCIÓN LUMBAR, PATRÓN DE ORO PARA EL DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS

	SÍ		NO		TOTALES	
Kerning positivo	3	27 %	8	73 %	11	100 %
Kerning negativo	63	28 %	163	72 %	226	100 %
	95 %		95 %			
TOTAL	66		171		237	
	100 %		100 %			

Recordemos las letras: **a=3, b=8, a+b=11, c=63, d=163, c+d=226**. ¿Las identifica en la tabla?



Aquí la diferencia

Si aplicamos esto a nuestra tabla de 2 por 2, la leeremos en sentido horizontal y se parafrasearía así:

“Dado que tengo signo de Kerning positivo, qué probabilidad tengo de estar enfermo de meningitis” o, “dado que tengo

una prueba negativa, qué probabilidad tengo de estar sano (no tener meningitis)”.

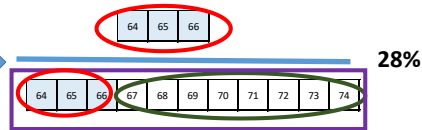
A esto lo llamaremos **valores predictivos**.

Apliquemos lo dicho a la tabla

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220
221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237			

PUNCIÓN LUMBAR PATRON DE ORO			
DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS			
	SI	NO	TOTAL
KERNING POSITIVO	3	8	11
KERNING NEGATIVO	63	163	226
TOTAL	66	171	237

VALOR PREDICTIVO POSITIVO



¿Cuál es el valor predictivo positivo del signo de Kerning? O lo mismo que decir, “¿si tengo el signo de Kerning positivo (**a+b**), qué probabilidad tengo de tener meningitis (**a**)? Para esto recuerde que se trabaja la tabla en sentido horizontal,

por lo cual se dividirá la casilla (**a**) sobre la casilla (**a+b**), 3/11 y lo multiplicamos por 100 y nos da como resultado 27,2% que, en este ejemplo, aproximaremos a 28 % para efectos de la explicación.

Es decir...

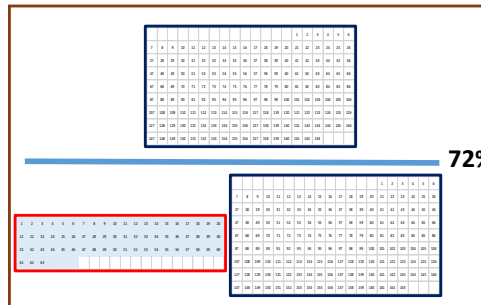
Este 28 % quiere decir que de cada 100 pacientes con signo de Kerning positivo y con esta prevalencia, solo 28 presentan meningitis.

Otra pregunta parafraseando: ¿Cuál es el valor predictivo negativo del signo de Kerning?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63																	
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106
107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146
147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163			

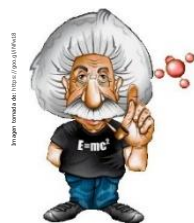
PUNCIÓN LUMBAR PATRON DE ORO			
DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS			
	SI	NO	TOTAL
KERNING POSITIVO	3	8	11
KERNING NEGATIVO	63	163	226
TOTAL	66	171	237

VALOR PREDICTIVO NEGATIVO



O, lo que es lo mismo decir, “dado que no tengo el signo de Kerning o el signo de Kerning es negativo, ¿qué probabilidad tengo de **no** tener meningitis? Para resolver esta pregunta de nuevo nos ubicaremos en la tabla en sentido horizontal y dividiremos la casilla d sobre la casilla (**c+d**). Tenga mucho cuidado aquí, no se confunda, esta respuesta corresponde al porcentaje de pacientes de la casilla (**d**) y no de la (**c**).

Observe bien que el enunciado dice “dado que no tengo signo de Kerning, qué probabilidad tengo de **no** tener meningitis”. Dividiremos entonces 163/226 y lo multiplicaremos por 100. Esto arroja un resultado de 72 %, que quiere decir que, de cada 100 pacientes sin meningitis, 72 de ellos no presentan signo de Kerning.



Aplicación clínica

Cuando la **prevalencia** de la enfermedad es **baja**, un **resultado negativo permitirá excluir la enfermedad con mayor seguridad**, siendo así el valor predictivo negativo mayor. Por el contrario, **un resultado positivo no permitirá confirmar el diagnóstico**, resultando en un bajo valor predictivo positivo.

Lo que no debe olvidar



→ A mayor sensibilidad de una prueba, mejor es su VPN; es decir; hay más seguridad de que no exista la enfermedad, cuando el resultado es negativo.

→ Cuanto más específica sea una prueba, mejor es su VPP; hay más seguridad de la existencia de la enfermedad, cuando una prueba es positiva.

Quizá este ejemplo sirve para entenderlo mejor:

Supongamos que en un país 1 de 5 personas tiene el virus del VIH (prevalencia del 20 %) y, en otro, el 0,5 %... Si la prueba sale positiva, ¿en cuál de los dos países es más probable tener la infección? Sin duda donde la prevalencia es mayor, ¿cierto?

Entonces, si la sensibilidad y especificidad no son los mejores indicadores para aplicar en nuestros pacientes y los valores predictivos varían de acuerdo a la prevalencia, ¿qué otras opciones tenemos?

Para esto, se crearon otros marcadores conocidos como **coeficientes de verosimilitud (CP)** o **likelihood ratio (LR)**, que no se modifican con la prevalencia de la enfermedad y que se pueden aplicar en cualquier ámbito médico sin modificar sus propiedades intrínsecas.

Estos **miden cuánto más probable es un resultado (positivo o negativo) según la presencia o ausencia de enfermedad.**

¿En qué consiste esto?

Se basa en la probabilidad de que la prueba salga positiva tanto en los pacientes enfermos como en los sanos, o la probabilidad de que la prueba salga negativa tanto en los pacientes enfermos como en los sanos.



Tabla 1

Prueba o test	Estándar o patrón		Total
	Presente	Ausente	
Positiva	81	1	82
Negativa	9	9	18
Total	90	10	100
Prevalencia	0,90	IC 95 %	
		LI	LS
Sensibilidad	0,90	0,84	0,96
Especificidad	0,90	0,71	1,09
VP+	0,99	0,96	1,01
VP-	0,50	0,27	0,73
CP+	9,00	1,40	57,85
CP-	0,11	0,06	0,21

La imagen muestra los resultados de unas de las tantas tablas calculadoras existentes y de acceso en Internet. La usaremos para calcular la diferencia que ocurre en torno a las prevalencias. ¡Ah!... No están usando porcentajes, sino que el referente es el número 1.

Tabla 2

Prueba o test	Estándar o patrón		Total
	Presente	Ausente	
Positiva	18	8	26
Negativa	2	72	74
Total	20	80	100
Prevalencia	0,20	IC 95 %	
		LI	LS
Sensibilidad	0,90	0,77	1,03
Especificidad	0,90	0,83	0,97
VP+	0,69	0,51	0,87
VP-	0,97	0,94	1,01
CP+	9,00	4,59	17,65
CP-	0,11	0,03	0,42

Observe bien estas dos tablas (**tabla 1 y tabla 2**).

Ambas tienen 100 pacientes, la sensibilidad de la prueba es del 90 % en ambos casos, lo mismo que la especificidad. La prevalencia de la enfermedad es del 90 % en la **tabla 1** y del 20 % en la **tabla 2**.

El punto clave

Con estas modificaciones vemos cómo cambiaron las cantidades de los valores predictivos, confirmando que estos se modifican de forma importante si las prevalencias varían, pero que los coeficientes de verosimilitud CP+ y CP- no se

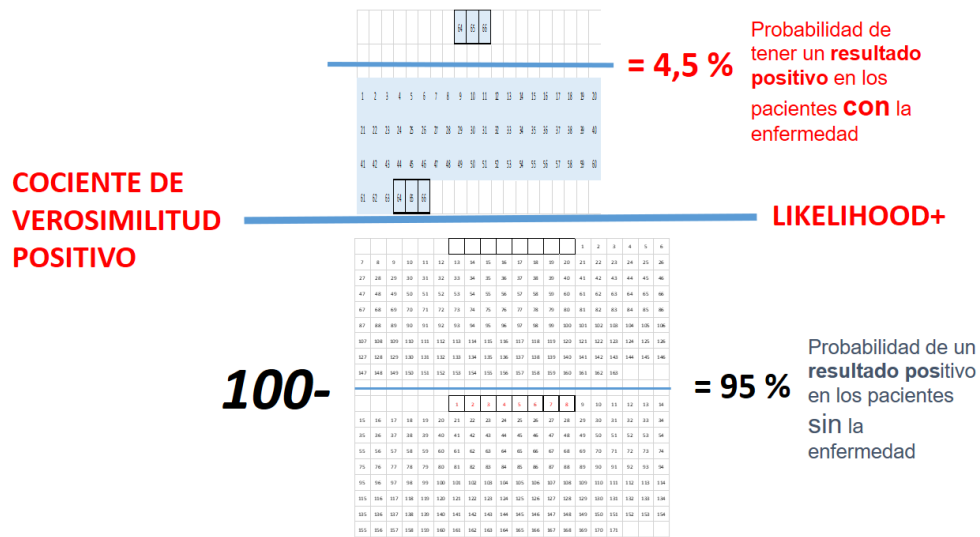
modificaron (verifíquelo en las tablas), lo que hace de ellos las medidas ideales y preferidas para la interpretación de los resultados en el paciente individual.

Uhm... ¿Cómo se obtienen?

Para obtener los coeficientes de verosimilitud (CP) o *likelihood ratio* (LR) se procede de la siguiente manera:

$$CP + (LR +) = \frac{\text{Probabilidad de tener un resultado positivo en los pacientes con la enfermedad}}{\text{Probabilidad de un resultado positivo en los pacientes sin la enfermedad}}$$

Veámoslo gráficamente:

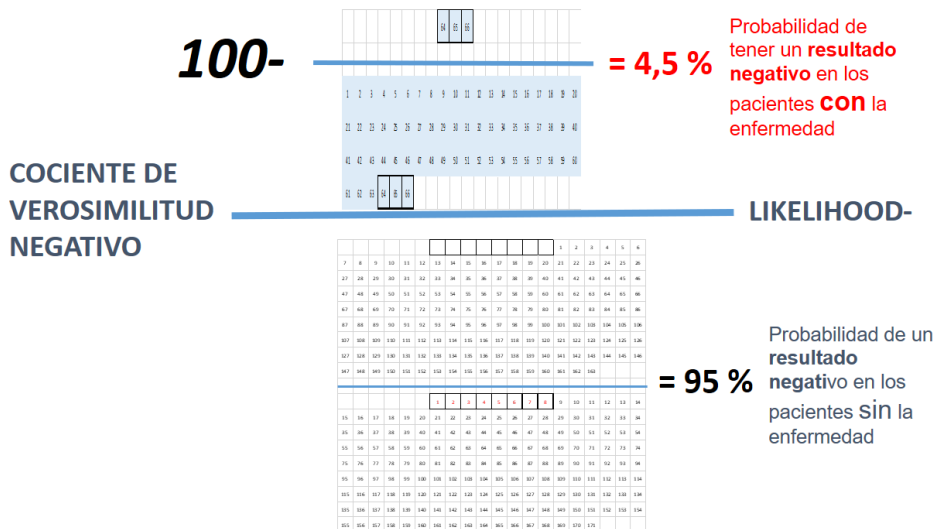


Si hemos entendido bien, la probabilidad de tener un resultado positivo en los pacientes con la enfermedad, **es la misma sensibilidad** y, la probabilidad de tener un resultado positivo en los pacientes sin la enfermedad, **es el complemento de la especificidad o el porcentaje de los falsos positivos**. Entonces nuestra ecuación sería:

$$CP(+) = \frac{\text{Sensibilidad}}{1 - \text{Especificidad}}$$

Y el coeficiente de verosimilitud negativo se obtiene así:

$$CP - (LR -) = \frac{\text{Probabilidad de tener un resultado negativo en los pacientes con la enfermedad}}{\text{Probabilidad de un resultado negativo en los pacientes sin la enfermedad}}$$



La probabilidad de tener una prueba negativa dado que se tiene la enfermedad, es lo que conocemos como complemento de la sensibilidad o los falsos negativos y la probabilidad de tener una prueba negativa en los pacientes sin la enfermedad es lo que conocemos como especificidad.



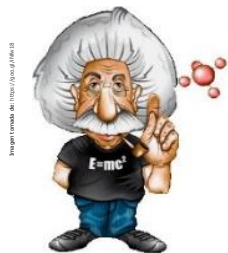
$$CP(-) = \frac{1 - \text{Sensibilidad}}{\text{Especificidad}}$$

Tabla 3

Prueba o test	Punción lumbar meningitis		Total
	ENFERMEDAD		
	Presente	Ausente	
Positiva	3	8	11
Negativa	63	163	226
Total	66	171	237
Prevalencia	0,28	IC 95 %	
		LI	LS
Sensibilidad	0,05	0,00	0,10
Especificidad	0,95	0,92	0,98
VP+	0,27	0,01	0,54
VP-	0,72	0,66	0,78
CP+	0,97	0,27	3,55
CP-	1,00	0,87	1,15

Aplicando esto a nuestro ejemplo sobre el signo de Kerning (tabla 3) vemos que el CP positivo es de 0,97 y el CP negativo es de 1.

¿Cómo interpretamos los valores de los coeficientes de verosimilitud (CP) o likelihood ratio (LR)?



Cuanto **más alto sea el CP (+), mejor es la prueba para diagnosticar la enfermedad** y, cuanto **más bajo el CP (-), mejor es la prueba para descartar la enfermedad**. Como regla general, son útiles clínicamente las pruebas con CP (+) mayor de 10 y con CP (-) menor de 0,1.

Otra forma de expresarlo

Sencillamente, un CP mayor de 10 significa que la *odds ratio* de la enfermedad es 10 veces mayor después de la prueba o, dicho en otras palabras, por cada 10 veces que la prueba

sea positiva en los pacientes con la enfermedad (numerador), es positiva en un paciente sin la enfermedad (denominador).

UNIENDO TODO

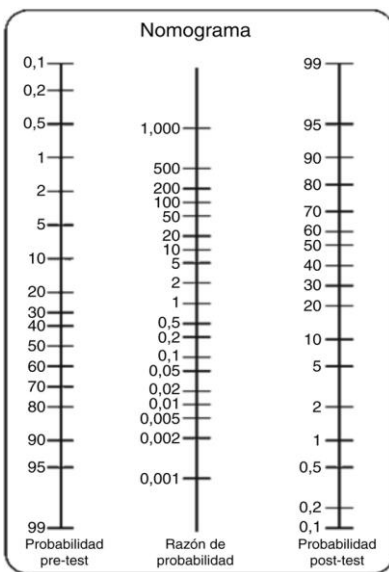
Supongamos que en nuestro sitio de trabajo la prevalencia de meningitis es del 5 % (a lo que llamaremos probabilidad preprueba) y realizamos una historia clínica completa a nuestro paciente, quien presenta datos sugestivos de meningitis.

Imaginemos que encontramos un signo de Kerning positivo. Según nuestra tabla 3:

El CP(+) es de 0,97 y el CP(-) es de 1.

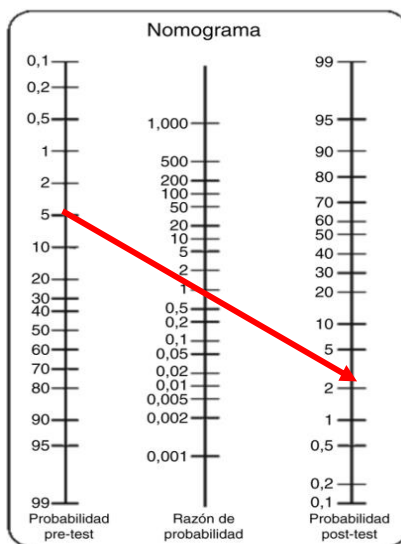


¿Qué hacemos con esta información?



Tomaremos el nomograma de Fagan, el cual tiene tres columnas:

- La **primera columna** es la **probabilidad pretest** que corresponde a la prevalencia de la enfermedad en nuestro sitio de trabajo o en nuestra población o, en caso de no saberlo, se toma de artículos de la literatura mundial.
- La **segunda columna** corresponde a los **coeficientes de verosimilitud**.
- La **tercera columna** corresponde al nuevo valor o a la **probabilidad de padecer la enfermedad una vez realizada una prueba diagnóstica**.



Aplicando lo aprendido, tenemos un paciente con una historia clínica que sugiere meningitis, pero nos encontramos ante la **incertidumbre**, es decir, no podemos descartar ni confirmar la enfermedad, por lo que debemos realizar pruebas diagnósticas. Para nuestro caso tomaremos el nomograma de Fagan y en la primera columna ubicaremos la probabilidad pretest que, en nuestro ejemplo, es del 5 % (la prevalencia de meningitis en nuestro sitio de trabajo). Y, si encontramos un signo de Kerning positivo, el LR o CP (+) es de 0,97. Así

que ubicamos en la segunda columna del nomograma el punto 0,97 y trazamos una línea y la proyectamos hasta la tercera columna (ver flecha roja de la figura anterior). Al proyectarla a la tercera columna vemos que no se modifica mucho nuestra incertidumbre y esto es lógico ya que, como mencionamos antes, cuanto más alto un CP positivo, mejor y, sobre todo, más alto de 10. En nuestro ejemplo es muy bajo, por lo que poco se modifica en nuestra enfermedad.



¿Qué sigue?

Tomaremos cada signo clínico o paraclínico que utilicemos y haremos la misma operación, pero, poniendo en el pretest lo obtenido de la probabilidad postest en el nomograma al aplicar cada signo o síntoma o paraclínico anterior.

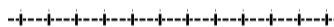
Para concluir, revise las tablas del final y analice lo siguiente:

GOLD ESTÁNDAR PUNCIÓN LUMBAR			
	SÍ	NO	TOTAL
Rigidez nucal presente	24	73	97
Rigidez nucal ausente	56	144	200
TOTAL	80	217	297

GOLD ESTÁNDAR			
	SÍ	NO	TOTAL
Brudzinsky presente	3	8	11
Brudzinsky ausente	63	162	225
TOTAL	66	170	236



- 1- ¿Existe entre estas pruebas una ideal?
- 2- ¿Cree usted que debemos buscar nuevas pruebas semiológicas con mejor rendimiento operativo para el diagnóstico de meningitis?
- 3- Si el rendimiento operativo de estas pruebas no es tan bueno como parece en las manos más expertas, ¿qué sucederá con la aplicación de estas pruebas en manos inexpertas?
- 4- ¿Cuál es la utilidad de practicar estos conceptos en cada enfermedad y en nuestra práctica clínica?
- 5- ¿Cree usted que esta lección sirve para concienciar sobre el uso racional de las pruebas diagnósticas?





Caso clínico

PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA ASOCIADA A UROLITIASIS MÚLTIPLE

Mario Villegas Neira^{***}



© Can Stock Photo - csp10369708
<https://bit.ly/2jt7wDT>

Se trata de un varón adulto, de 58 años, natural y residente de la isla de San Andrés. Casado y padre de tres hijos; con familia en plataforma de lanzamiento; vive con su esposa, un hijo y un nieto. Acude por dolor alternante en su flanco izquierdo desde el día anterior; además, por presencia de fiebre no cuantificada, escalofrío y astenia crecientes hasta el momento de su ingreso, así como un episodio de vómito durante el momento de dolor. Describe la orina turbia y posible hematuria durante los cuatro días previos a su ingreso.

Tiene disnea de larga data de clase funcional 1 en la Escala NYHA para la valoración funcional de insuficiencia cardíaca (1), con ligera limitación ocasional generada por la presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad pulmonar intersticial difusa asociadas a la inhalación de humo de cigarrillo (exfumador pesado con uso de más de 40 paquetes al año y en abandono desde cuatro años atrás).

Se mueve de forma funcional e independiente para todas sus actividades y es pescador artesanal de profesión.

En sus antecedentes anotó los siguientes:

Patológicos: enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad pulmonar intersticial difusa asociadas a la inhalación de humo de cigarrillo. Enfermedad litiasica urinaria bilateral, que en el año 2016 requirió de remisión a urología intervencionista en la ciudad de Medellín y, al parecer (el paciente no tenía claridad sobre sus tratamientos), requirió de ureterolitotomía bilateral. El reporte escrito en el sistema de una urotomografía del mes de octubre de 2016, describe múltiples urolitos bilaterales y distales generando obstrucción marcada.

Quirúrgicos: posibles ureterolitotomías bilaterales en el año 2016.

Toxicoalérgicos: exfumador pesado, con más de 40 paquetes al año; niega uso regular de otras sustancias de abuso. Niega alergias medicamentosas.

Transfusionales: niega.

Infecciones de transmisión sexual: niega.

Familiares: desconoce patologías familiares de importancia.

Al momento del ingreso presentaba un examen físico descrito como buen estado general.

^{***} MD. Especialista Med. Familiar Integral, Gerencia en Salud, Pedagogía, Educación Médica y Sistemas de Calidad-
mario.villegas@juanncorpas.edu.co



Signos vitales:

Presión arterial: 112/65.
Frecuencia cardíaca: 116 latidos por minuto.
Oximetría de pulso: 95 % al aire ambiente.
Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto.
Se describió como "Paciente afebril e hidratado. No signos de dificultad respiratoria.

Cinco horas después de su ingreso, la evolución médica describió:

"Paciente manifiesta que siente náusea y ha presentado un vómito. Además, aparece la sensación de opresión torácica. Tensión arterial 120/70, frecuencia cardíaca 108. SO2: 96 %. Frecuencia respiratoria 22 por minuto. Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Estertores crepitantes

Cardiopulmonar: RsCs rítmicos, no soplos. Estertores crepitantes secos bibasales. Abdomen: Blando, depresible, no se palpa masa ni visceromegalia".

Se solicitaron paraclínicos con hemograma, parcial, Gram y cultivo de orina; se solicitaron urotomografía simple y rayos X de tórax. Se colocó en camilla de observación y se generó la orden de revaloración con los resultados de laboratorios e imágenes.

Ocho horas después de su ingreso, la evolución médica describió:

"El paciente manifiesta persistente sensación de dolor torácico opresivo asociado a disnea de grandes-medianos esfuerzos.

Presión arterial 127/79 MMHG, frecuencia cardíaca 150 LPM, frecuencia respiratoria 34 por minuto.

Oximetría de pulso 88 % al aire ambiente y con oxígeno suplementario con cánula nasal a 3 litros por minuto asciende a 94 %. Ruidos cardíacos rítmicos, pero taquicárdicos. No

bibasales. Abdomen: blando, depresible, no se palpa masa ni visceromegalia. RX tórax: No consolidación neumónica ni derrame pleural. Se sospecha neumonía atípica versus tromboembolismo pulmonar.

Plan a seguir: Se solicita Dímero D".

soplos, a nivel pulmonar con estertores finos bibasales de predominio en el campo pulmonar izquierdo.

El abdomen blando, no visceromegalias, no signos de irritación peritoneal. Extremidades: simétricas, sin edema, con llenado capilar 3 segundos. Reporte de dímero D: 4.510 (normal < 100). Se decide toma de electrocardiograma, biomarcadores y evaluación por la unidad de cuidado intensivo por deterioro de función respiratoria".

Nueve horas después de su ingreso, la evolución médica describió:

"Se comenta paciente a médico intensivista, quien informa que no tiene disponibilidad de cama en unidad de cuidados intensivos e indica valoración por Medicina Interna. Además, de forma verbal, informa realizar ecocardiograma transtorácica, gases arteriales, descartar trastorno hidroelectrolítico y monitorizarlo en reanimación con anticoagulación formal teniendo en cuenta riesgo/beneficio. En el momento el intensivista se encuentra en procedimiento por lo que no es posible su valoración en este instante.

EKG rítmico, P picudas, frecuencia cardíaca 150 latidos por minuto, no cambios en las ondas T o segmento ST, o signos de bloqueos.

Escala de Wells 4,5 puntos (riesgo moderado). Troponina I menor de 0,05 nanogramos se interpreta como negativa para compromiso coronario.

Gasimetría arterial: Ph 7,216, PCO2 42,6, PO2 24,6, HCO3Na 17,3. Interpretado como acidemia respiratoria. Base exceso menos 10,5, latato 3,80 mmol/l; ionograma: sodio 144 Meq/l, potasio 3 Meq/l, glicemia 78 mg %. Gram de orina sin gérmenes. Parcial de orina amarillo, turbio, Ph 5,0, proteínas +, sangre en orina +++, células epiteliales bajas 0-2 x c; leucocitos incontables, eritrocitos incontables, bacterias +".

Se traslada a sala de reanimación con los siguientes signos vitales:

Presión arterial 126/78 mm Hg. Frecuencia cardíaca 150 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria 32 respiraciones por minuto. Oximetría de pulso 93 % con cánula de oxígeno a 3 litros por minuto. Ante esto se decide iniciar antibioticoterapia endovenosa con ampicilina + sulbactam y

valoración por Medicina Interna por infección de vías urinarias complicada por posible urolitiasis. Se ordena apoyo con oxígenos (ventury al 0,5), 40 cc de líquidos endovenosos hora, antibióticos y vigilancia permanente.

Doce horas después de su ingreso, la evolución médica describió:

Presenta disnea marcada, hipoperfusión marcada con frialdad tisular distal severa, evidente estado de sequedad de la mucosa oral, hipotenso y taquicárdico.

Presenta hipoperfusión marcada con frialdad tisular distal severa. Presión arterial 80/40 mm de Hg.

Frecuencia cardíaca 138 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria 38 respiraciones por minuto. Oximetría con FiO2 0,5 90 %.

Temperatura 36,5°C. Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y la acomodación; sequedad de la mucosa oral, cuello con tirajes supraesternales, sin ingurgitación yugular, tirajes intercostales, estertores finos secos bibasales, ruidos

cardíacos rítmicos y regulares sin soplos o agregados, un abdomen delgado, sin defensa, sin dolor, sin irritación peritoneal.

En miembros, pulsos simétricos, de amplitud disminuida, perfusión disminuida (a la presión llenado > 3 segundos) y frialdad distal. Se realizó ecografía de paciente en choque siguiendo el protocolo RUSH (2), evidenciando imágenes pleuropulmonares normales, contractilidad biventricular con hiperdinamia, sin derrames pericárdicos, en el abdomen aorta de configuración normal, vena cava en colapso, siluetas renales con imágenes de densidad intensa en cálices renales bilaterales.



CARTA COMUNITARIA

Se verifican laboratorios:

Creatinina 1,89 mg %, Bun 25 mg %.

Cuadro hemático: Leucocitos 11,2K. Neutrófilos 92 %. Hemoglobina 11gr %. Hematócrito 33 %. Volumen corpuscular medio 97,6 femtoitros. Hemoglobina corpuscular media 32,8 picogramos. Plaquetas 351K. Troponinas I negativas. Dímero D: 4510 (< 500).

Parcial de Orina: Ph 5, D: 1,015. Leucocitos incontables, eritrocitos incontables. Bacterias +, Gram sin bacterias. Velocidad de sedimentación globular 95 mm / hora.

Gasimetría arterial con FIO2 0,5: Ph 7,21, PaCO2 43 mm Hg, PO2 31,9 mm Hg (toma mixta), HCO3N: 17,4 Meq/litro.

Base exceso menos 10,5, lactato 2,61 mmol/litro, glicemia 67 mg %.

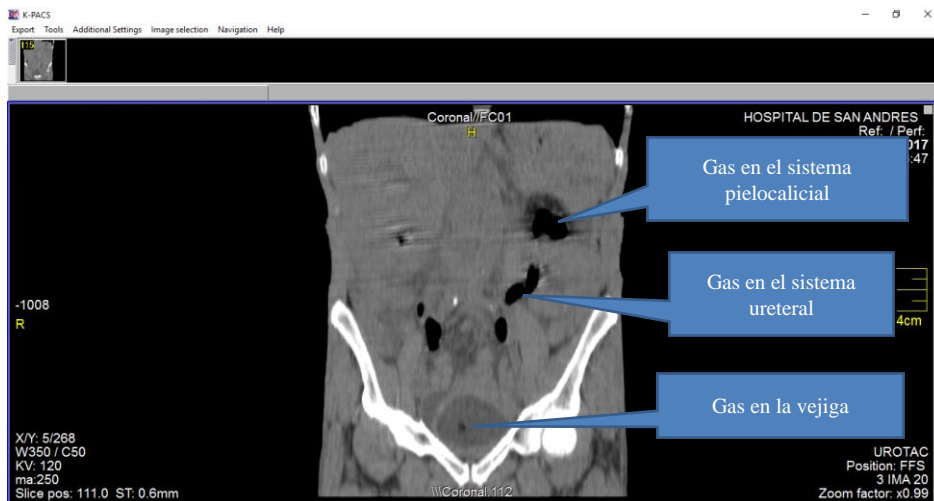
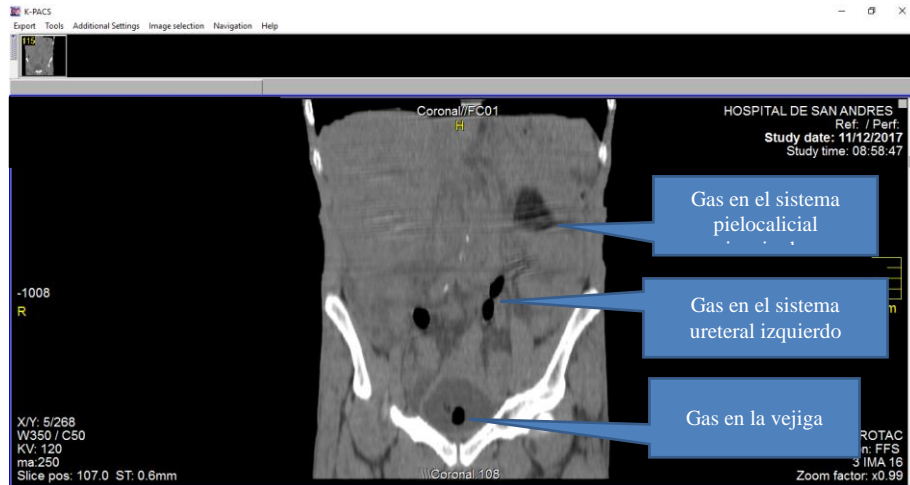
Se procedió rápidamente al rescate a través de un catéter central y reposición de volumen e inicio de infusión de norepinefrina a dosis inicial de 0,1 microgramo /kilo/minuto, calculando 65 Kg de peso.

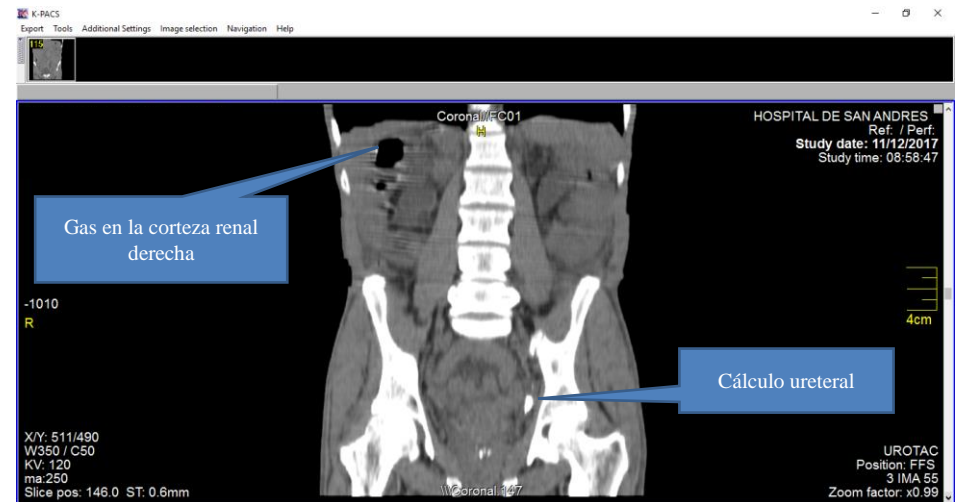
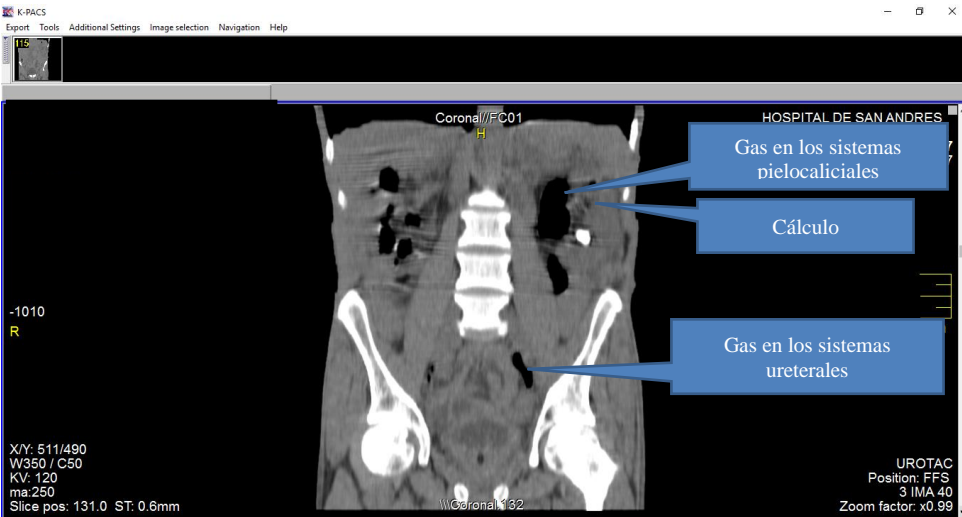
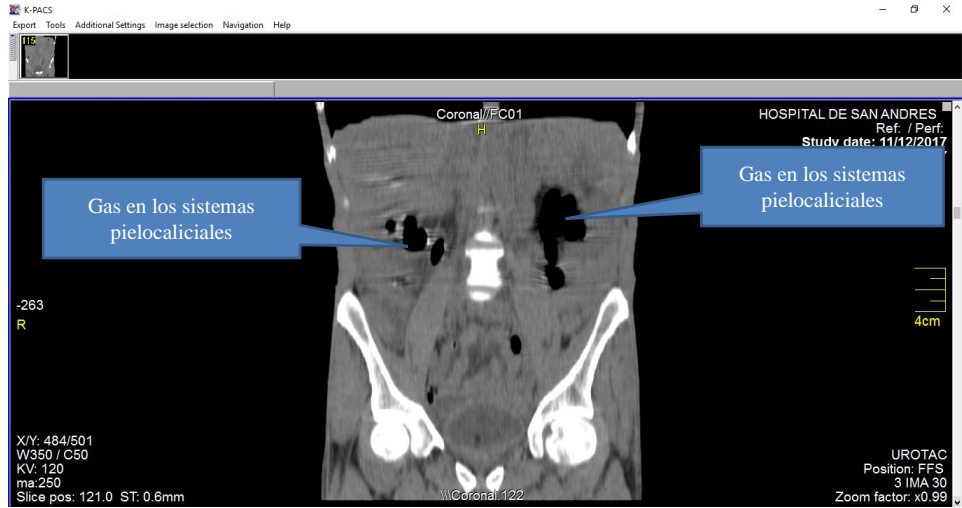
Se toman hemocultivos (2); se inicia rescate ventilatorio con ventilación mecánica no invasiva, FIO2 0,5. Presión soporte 10 centímetros de agua, PEEP 6 centímetros de agua. Modo

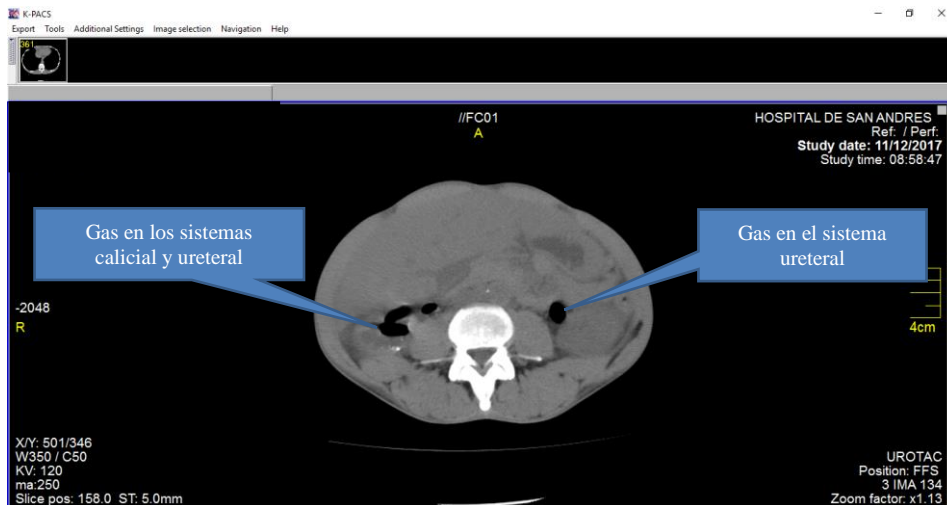
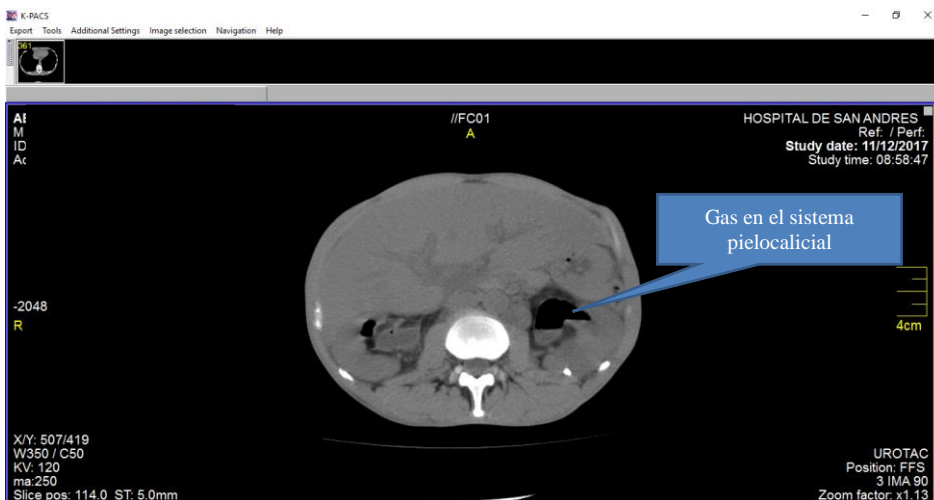
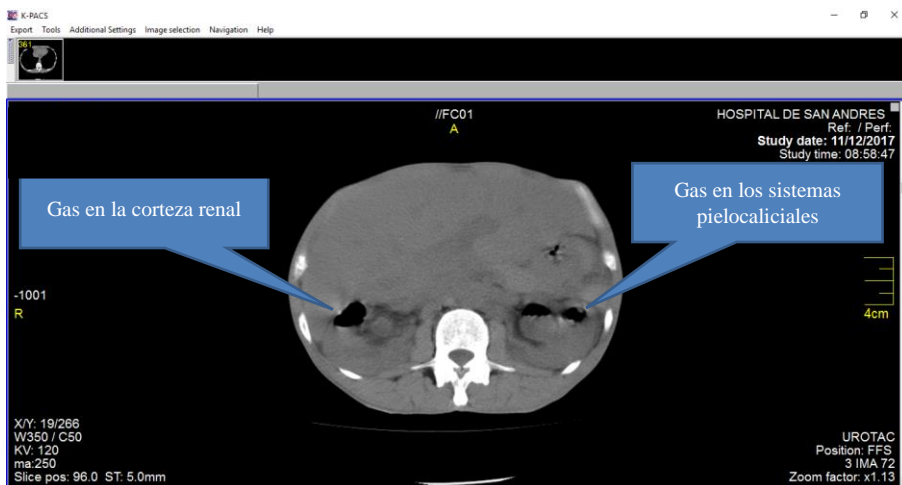
espontáneo, volumen corriente 430 cc, con acoplamiento adecuado, se solicitan gases arteriales y gases venosos mixtos, se genera cambio de cobertura antibiótica desde ampicilina/sulbactam a meropenem 1 gramo intravenoso cada 8 horas.

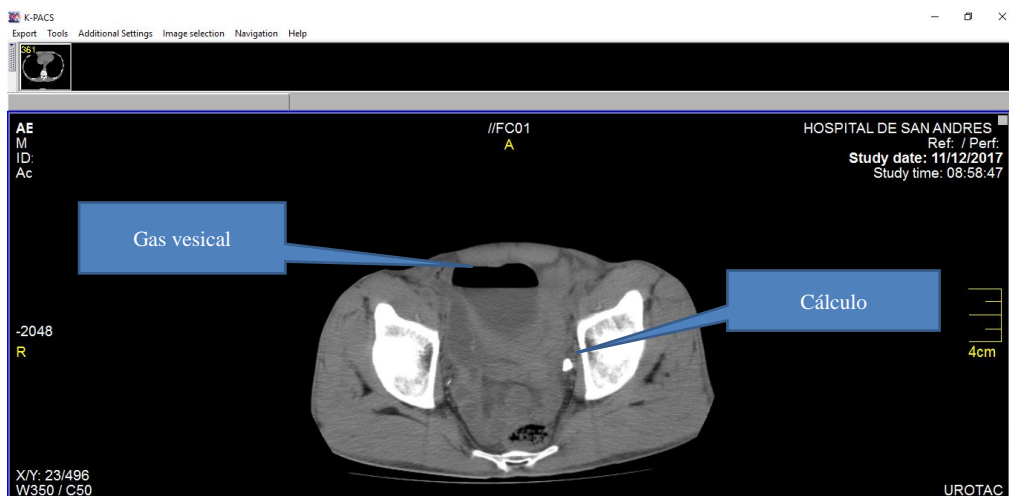
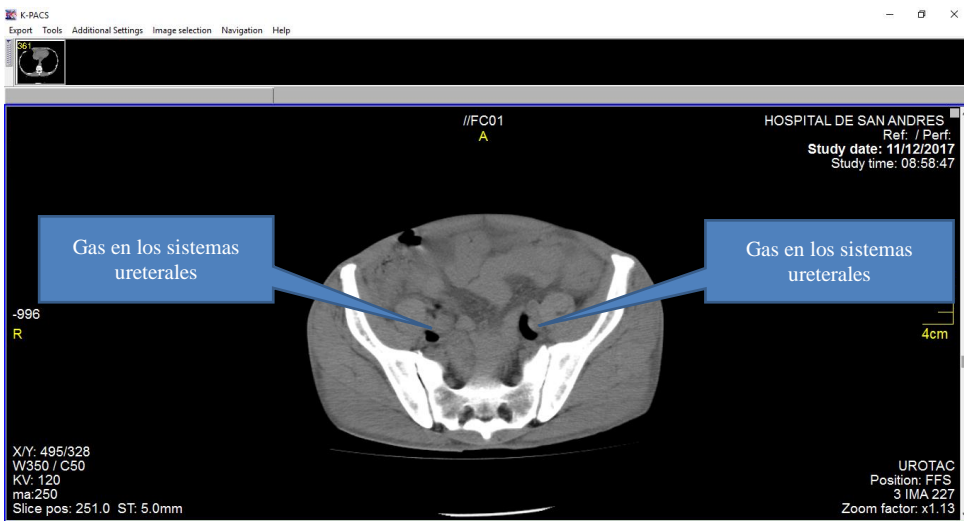
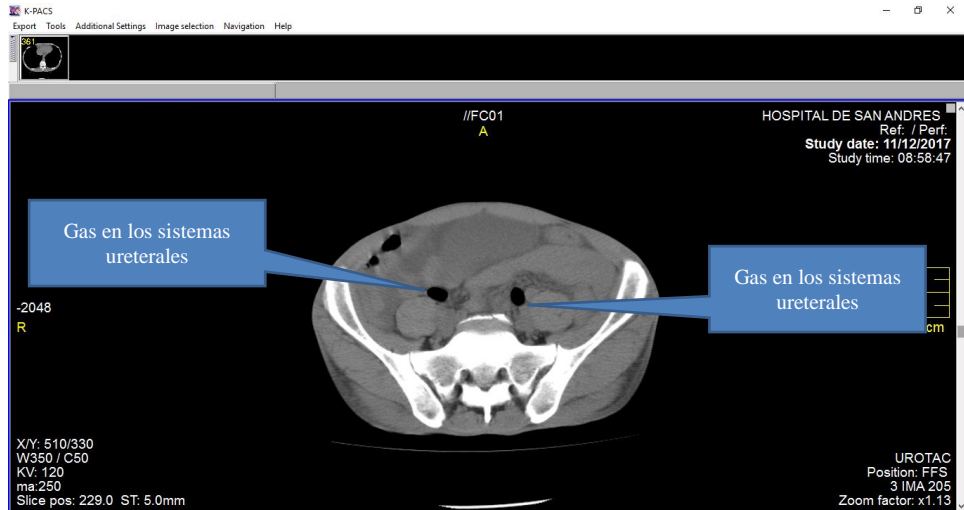
Se insiste en el traslado a la unidad de cuidados intensivos, pero no hay cama y se solicita remisión. Se continúa la vigilancia; manejo de líquidos siguiendo metas de RIVERS (3) el soporte inotrópico; se cambia el antibiótico a meropen y apoyo ventilatorio no invasivo.

Una hora después del inicio del rescate y tratamiento guiado a metas de "Rivers" (citando las metas de tratamiento identificadas en los famosos artículos del doctor Emanuel Rivers sobre sepsis severa y choque séptico) para choque séptico, se encuentra al paciente recuperado en torno a los signos vitales. La urotomografía muestra atrofia renal bilateral, dilatación marcada de los sistemas caliciales y pélvicos e impresiona la presencia de gas en abundante cantidad en todo el sistema renal, cálices, pelvis renales, uréteres y vejiga, se asocia a la presencia de ureterolito distal izquierdo y aumento marcado del espesor del piso pélvico, urolitos de pequeño tamaño bilaterales.











Ante eso, Urología valora y menciona la necesidad de colocar catéteres doble J bilaterales.

Gasimetría venosa mixta con Ph 7,25, PCO2 44,7 mm Hg, PO2 34,2 mm Hg. Saturación de oxígeno 56,1 %, HCO3 19,6 Meq/l. Base exceso menos 7,6. Lactato 2,44 mmol/litro. Glicemia 72 m g %. Sodio 140 Meq/l. Potasio 4,1 Meq/l. Depuración de creatinina en fórmula de Cockcroft 43 cc/kg/min.

Signos vitales:

Presión arterial 103/68 (presión arterial media 75 mmHg). Frecuencia cardíaca 120 latidos por minuto. Saturación de oxígeno con FiO2 0,5 95 %; se anota aún una muy mala perfusión distal. Temperatura 36,5° C. Un Gasto urinario de 1,4 cc/kg/hora. El cuello sin ingurgitación yugular; los ruidos respiratorios con murmullo vesicular disminuido en la base pulmonar izquierda; estertores finos secos universales, sin sibilancias; ruidos cardíacos rítmicos y taquicárdicos; un abdomen blando y depresible sin masas o megalias o dolor.

Los miembros superiores y los miembros inferiores con pulsos simétricos de amplitud adecuada, perfusión distal muy disminuida.

Luego de la colocación de catéteres doble J bilaterales, el paciente fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos. Se mantuvo en la unidad por espacio de nueve días, durante los cuales requirió ventilación mecánica invasiva, monitoría invasiva, requiriendo dosis elevadas de inotrópicos y norepinefrina a dosis elevadas y cobertura antibiótica.

Como complicación asociada, se evidenció la presencia de cianosis distal severa en dedos de manos y pies que requirió evaluación por ortopedia y, en tanto fue posible, uso de vasodilatadores endovenosos. A su traslado al piso de Urología-Medicina **Interna**, durante siete días se mantuvo el manejo integral, consiguiendo una adecuada recuperación funcional. No obstante, se mantuvo el desarrollo de necrosis de los gruesos artejos bilaterales y de los dedos 2, 3, 4 y 5 de la mano izquierda, desde la primera hasta la tercera falange. Los doppler arteriales de miembros superiores y de miembros inferiores reportaron flujos arteriales trifásicos adecuados y se remitió a un servicio de cirugía vascular periférica en el continente para el mejor manejo posible de las lesiones tisulares en manos y pies. Sin embargo, la información de seguimiento muestra que tuvo que realizarse amputación en la totalidad de los dedos comprometidos.

ANÁLISIS



<http://scielo.sld.cu/eng/revistas/san/v19n5/0109195.pdf>

La importancia de este caso radica, no solo en la baja frecuencia de su aparición (la revisión en la NLM solo muestra publicaciones de casos o series de casos), sino mejor aún, en la importancia del reconocimiento temprano de la sepsis severa, del choque séptico y de la intervención terapéutica buscando unos objetivos que hoy se reconocen de manera más o menos generalizada, a través de publicaciones conocidas como las del doctor Rivers o los resúmenes de revisión que sobre el manejo de la sepsis se engloban bajo los términos de "Surviving sepsis" o "Recognition and management of sepsis and septic shock".

Para terminar, las complicaciones asociadas con la infusión de vasoactivos del tipo de la norepinefrina, medicamentos de probada utilidad en el manejo del choque séptico, se han evidenciado en este paciente con la pérdida de los dedos de la mano izquierda y los hallux de ambos pies.

Sugerimos para una mejor complementación de este caso, la revisión de la siguiente literatura, solo como ilustración, lecturas que, aun siendo sencillas, resumen de manera adecuada el quehacer médico para pacientes como este en particular y, como respeto y admiración por su trabajo y la manera en que cambió nuestro actuar en la última década y media, uno de los muchos y muy famosos escritos del doctor Emanuel Rivers:

1. Keeley A, Hine P, Nsutebu E. Recognition and Management of Sepsis and Septic Shock: A Guide for Non-intensivist. Postgrad Med J. 2017; 93: 626-634.

2. Daroca R, Carrascosa M. Digital Necrosis: A Potential Risk of High-dose Norepinephrine. Ther Adv Drug Saf. 2017; Aug 8 (8): 259-261. Publicada en línea el 5 de junio de 2017 y accesible si usted busca en Google "digital necrosis norepinephrine".
3. Sanford TH, Myers F, Chi T, Bagga HS, Taylor AG, Stoller ML. Emphysematous Pyelonephritis: The Impact of Urolithiasis on Disease Severity. Transl Androl Urol. 2016 Oct; 5 (5): 774-779. Accesible como artículo de libre consulta en la National Library of Medicine
4. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B et al. Early Goal-Directed Therapy in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock. N Engl J Med. 2001; 345(19).

Referencias

(1) Escala NYHA (New York Heart Association) para valoración funcional de insuficiencia cardíaca [Internet]. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/nyha.pdf>
(2) Pérez AA, Anica ED, Briones JC, Carrillo R. Protocolos de ultrasonido en estados de choque. Revista Mexicana de Anestesiología. 2017; 40(1) S252-S254. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cmas171by.pdf>
(3) Carrillo S del C, Elguea PA. Choque circulatorio. Estableciendo metas en la reanimación con líquidos. Acta Médica Grupo Ángeles. 2017; 15(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2017/am171o.pdf>





Revisión de artículo

SIETE HABILIDADES QUE PROMUEVEN EL DOMINIO DEL “ARTE DE LA MEDICINA”

Resumen por Jenny A. Pinzón^{§§§}

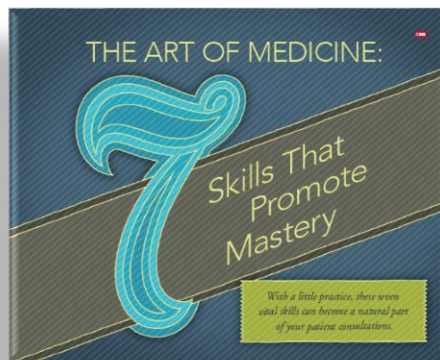
Reseña del artículo “*The Art of Medicine: Seven Skills that Promote Mastery*”.

Por Thomas R. Egnaw, EdD, LICSW

Fam Pract Manag. 2014 Jul-Aug; 21(4):25-30.

Disponible en: <https://www.aafp.org/fpm/2014/0700/p25.html>

Copyright © 2014 by the American Academy of Family Physicians. All rights reserved.



A continuación, se exponen siete habilidades importantes en la realización de la consulta descritas en el artículo del doctor Thomas Egnaw, coordinador de ciencias del comportamiento de *Tacoma Family Medicine*, en Tacoma, Washington, y profesor clínico en el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington, Seattle. Las habilidades se centran en la relación médico-paciente, aspecto que, pese a los enormes avances de la Medicina, sigue siendo parte clave en la atención.

1. Enfocarse en el paciente



<http://publicacionesmed>



<https://goo.gl/mjNT2x>

Incluye prepararse, incluso, antes de entrar al consultorio. Prestar atención a cómo se siente (si está afanado, tenso o pensando en el paciente anterior). Pensar en lo que se conoce y en lo que se desea conocer sobre el paciente; así como en

el motivo de consulta, si se sabe, y en cómo este puede orientar las necesidades que se deben suplir en la consulta. Una vez en la consulta, esta habilidad implica mostrar curiosidad por todo lo que diga el paciente.

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



2. Conectarse con el paciente



<http://www.bmrapchic.com/blog/wp-content/uploads/2016/11/7.jpg>

✓ Conexión a nivel interpersonal:

Se debe establecer en los primeros minutos de la consulta, antes de abrir la historia clínica electrónica. Es clave para desarrollar una buena relación con el paciente y conocer más sobre él. La importancia de invertir una pequeña cantidad de tiempo para hacerlo, se ve reflejada en la satisfacción del paciente. Una buena táctica es referirse a algún aspecto personal (la familia, la casa,

etc.) mencionado en previas consultas como una forma de reforzar la continuidad de la relación. Muchas veces, al observar y escuchar al paciente, se pueden encontrar claves sobre su estado emocional. Asimismo, envuelve el uso de interjecciones que demuestren que se está escuchando, el contacto visual y el lenguaje corporal que transmita franqueza y transparencia.

✓ Conexión a nivel intelectual:

Luego de haber establecido la conexión personal con el paciente, se da paso a la conexión intelectual, durante la cual se debe dedicar tiempo para asegurar al paciente que se está interesado en abordar aquello que es más importante para los dos. Además de preguntar por el motivo de consulta, es esencial indagar si el paciente tiene alguna otra preocupación y continuar preguntando hasta asegurarse de que ha expresado todas sus inquietudes. Priorizar y explicar cómo se irán abordando en la consulta los aspectos mencionados por el paciente (si es necesario, proponer una nueva cita), incluyendo cualquier trámite administrativo que sea necesario, de acuerdo con el tiempo disponible. Hacer lo anterior no implica mucho tiempo y redundante en la satisfacción del paciente.

- Pueden tener dificultades para soportar alguna faceta de su enfermedad.
- Pueden estar ansiosos de que sus síntomas pronostiquen consecuencias nefastas.
- Pueden tener problemas en la vida que se manifiestan en síntomas, tales como dolores de cabeza por tensión.
- Pueden necesitar un trámite administrativo.
- Pueden necesitar servicios de prevención.

Al establecer el orden de la consulta, puede ser útil comprender que los pacientes visitan a su médico por cinco razones básicas:

Los pacientes pueden tener más de una preocupación (por ejemplo, pueden tener un dolor intolerable y, al mismo tiempo, estar ansiosos por lo que dicho dolor significa). Entender la o las razones de la visita asegura que se dé atención a la razón principal que tiene el paciente para acudir a la consulta.

3. Evaluar la respuesta del paciente frente al dolor y al sufrimiento



<https://goo.gl/MqYb9H>

Escuchar lo que el paciente dice sobre alguna situación frente a la cual ya no pueda ser indiferente (por ejemplo, "Es muy difícil subir las escaleras" o, "simplemente no puedo pasar el día de trabajo sin una siesta"), ya que esto pudiera ocultar información clínica importante y está asociado con una mejor resolución de las preocupaciones del paciente. El sufrimiento del paciente es más que simplemente un dolor físico. Es el "estado de angustia asociado con eventos que amenazan la integridad de una persona".

Para evaluar el sufrimiento del paciente, se sugiere plantearse preguntas como:

- ✓ ¿Cómo se ve afectada su personalidad por la enfermedad?
- ✓ ¿De qué manera encuentra alivio cuando sufre?
- ✓ A pesar del sufrimiento, ¿se siente optimista en cuanto a su futuro?

Algunos pacientes son capaces de entender su sufrimiento o de expresar esperanza aun si su condición es incurable, mientras que otros pueden sentir desesperación y enfocarse solo en su enfermedad. Estos últimos requieren más atención en lo que respecta al fortalecimiento de las relaciones interpersonales ya que su plan de manejo será más efectivo si está dirigido a que encuentren consuelo en la fase de enfermedad y sufrimiento.



4. Comunicarse para fomentar la curación



<https://goo.gl/EEM98d>

El reconocido psicólogo Carl Rogers sugirió que quienes aconsejan a los pacientes deben mostrar tres cosas en su comunicación:

- ✓ Congruencia (ser auténtico, no poner una fachada).
- ✓ Aceptación (demostrar que se valora a la persona, incluso si no está de acuerdo con sus acciones).
- ✓ Comprensión (entender y ser sensible a lo que el paciente está experimentando).

Con los pacientes que tienen problemas psicosociales (problemas en la casa, desafíos socioeconómicos o problemas emocionales) que se manifiestan como problemas de salud, la comunicación es particularmente difícil y, a menudo, son etiquetados como "pacientes problemáticos". Manejarlos requerirá que se usen dos habilidades que pueden ser todo un desafío.

La primera es la *inmediatez relacional*, es decir, la capacidad de responder a una dinámica o comportamiento que esté sucediendo al momento de la consulta (se manifiesta, por ejemplo, al decir: "Siento que nos estamos malinterpretando. ¿Podemos comenzar de nuevo?").

La otra habilidad necesaria implica la *confrontación*. Es útil para ayudar al paciente a superar alguna situación que le esté causando dificultad, pero puede generar una reacción defensiva. La habilidad está en hacer una observación positiva y luego manifestar la preocupación con curiosidad o asombro (por ejemplo, "puedo decir que ama mucho a su familia y quiere que tengan una vida hogareña feliz. Pero, me pregunto si esconder su depresión pudiera tener el efecto contrario al crear una distancia en su relación familiar e impedir que obtenga el apoyo que realmente necesita").

5. Usar el poder del tacto



<https://goo.gl/2s5KLJ>

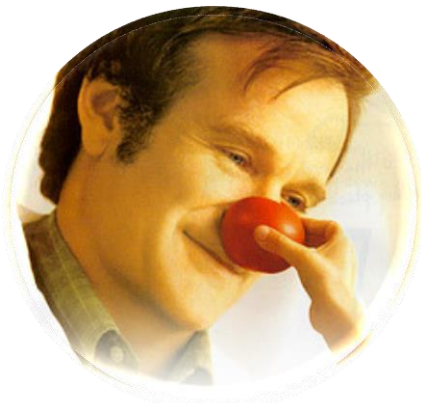
"Una regla general es tocar siempre la parte que duele, pero nunca tocar la parte que duele primero". Un cálido apretón de manos o una palmada en el hombro a menudo pueden ayudar a calmar a los pacientes angustiados.

Además, el tacto también puede tener beneficios para mejorar la salud. Por ejemplo, los masajes pueden fortalecer la respuesta inmune. Pero es necesario ser cuidadoso pues las reacciones al tacto pueden ser impredecibles en los pacientes que han sido maltratados físicamente y que asocian

el contacto con la explotación o el dolor, los pacientes con problemas psiquiátricos o de desarrollo y los pacientes con comportamientos seductores. Se puede usar el tacto con estos pacientes, pero se debe proceder con precaución. Por otro lado, es importante percibir si el paciente se siente incómodo con el tacto debido a su cultura o creencias; en ese caso, es necesario asegurarse de explicar qué implicará el examen físico antes de comenzar y, en algunos casos, pedir permiso para continuar.



6. Reírse un poco



<https://goo.gl/KpzyPy>

Aunque la atención de la salud es un asunto serio, el humor puede ser útil para establecer una relación, aliviar la ansiedad, comunicar mensajes y preocupación, favorecer la curación y proporcionar una salida aceptable para la ira y la frustración.

En general, tiene efectos fisiológicos favorables, pero, como cualquier otra herramienta, debe usarse de manera apropiada. El humor conlleva menos riesgos si se manifiesta con delicadeza, se enfoca externamente (no se dirige al

paciente), no se utiliza como el único medio de comunicación, se basa en la empatía y, además, si es recíproco.

Al manifestar humor, es necesario recordar que hay tres tipos de personas: las que no tienen sentido del humor, las que disfrutan el humor y las que generan humor. Si se percibe que el paciente no tiene sentido del humor, es mejor renunciar a este, pues, usarlo, solo lo enojará. Igual sucede si el médico carece de ese sentido. Siempre ser discernidor, pero darse licencia para reír un poco.

7. Mostrar empatía



<https://goo.gl/qUBmtb>

El psicólogo Carl Rogers incluyó la comprensión, o empatía, como un ingrediente importante en la comunicación y la definió como percibir el mundo del paciente "como si fuera propio". Aunque es una cualidad vital que rara vez se practica, el intento de comprender lo que experimenta el paciente no solo ayuda a establecer una relación donde se manifiesta bondad y preocupación, sino que también puede afectar la fisiología. Por ejemplo, se ha demostrado que los pacientes con médicos altamente empáticos tienen más control glucémico, mejores niveles de LDL y síntomas de resfriado que duran dos días menos que los de los pacientes cuyos médicos despliegan menos dicha cualidad.

Ser empático generalmente implica hacer un comentario explícito sobre los sentimientos o la experiencia del paciente. Se deben evitar expresiones que hacen referencia a los

propios sentimientos (por ejemplo, "lo siento") y no a los del paciente (mejor sería decir, "Eso debe ser muy frustrante" o, "Las escaleras realmente se están convirtiendo en una lucha para usted").

Es importante hacer un esfuerzo mental para cultivar la empatía ya que en el entrenamiento y la cultura médicos se alienta a considerar sospechosa la información subjetiva o a desconectarse de la experiencia del paciente para garantizar el dominio técnico en procedimientos desagradables o dolorosos. No obstante, el paciente sentirá que su médico lo entiende si percibe que este se muestra receptivo frente a su preocupación, situación que, además, puede alentar el intercambio de una información que sea más personal y clínicamente importante.





Los beneficios



Las habilidades descritas están basadas en datos empíricos (referenciados en el artículo original) que han incorporado un enfoque centrado en el paciente y que han demostrado que tal enfoque puede:

- ✓ Mejorar los resultados en salud.
- ✓ Aumentar la satisfacción del paciente.
- ✓ Disminuir la responsabilidad que conlleva la negligencia profesional.

Un beneficio adicional es que, al usar estas siete habilidades, se fortalecen las relaciones con los pacientes y se descubren nuevas perspectivas y situaciones que pueden marcar una importante diferencia en la vida de otros y, experimentar eso, da sentido al trabajo médico en un entorno donde cada vez se siente más presión y agotamiento.

La conclusión del artículo



<https://goo.gl/kvqFdT>

“La **ciencia** de la Medicina ha obrado milagros en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. Pero el **arte** de la Medicina sigue siendo el medio a través del cual se alivian la enfermedad y el sufrimiento y, se convierte en primordial cuando se descarta la biomedicina por tener poco que ofrecer al paciente. Al practicar el **arte** de la consulta, el médico puede redescubrir y nutrir las motivaciones altruistas que le llamaron a ser un sanador”.



A PROPÓSITO DE LA EQUIDAD DE GÉNERO

Jairo Echeverry Raad****

Un comentario desde la Medicina basada en la evidencia

Me permito compartir con ustedes tres sobresalientes piezas de información de alguna manera interrelacionadas.

JAMA Surgery | Original Investigation

Association of Time to Attrition in Surgical Residency With Individual Resident and Programmatic Factors

Heather L. Yeo, MD, MHS; Jonathan S. Abelson, MD, MS; Matthew M. Symer, MD; Jialin Mao, MD, MS; Fabrizio Michelassi, MD; Richard Bell, MD; Art Sedrakyan, MD, PhD; Julie A. Sosa, MD, MA

La primera de ellas (1), es un fantástico estudio de cohorte, con la inyección y seguimiento desde 2007, de más de 800 residentes de cirugía de los Estados Unidos, que tuvo como objetivo estimar la tasa de deserción (*atrición*) de estos residentes y sus factores más asociados.

El hecho de que 1 de cada 5 residentes de cirugía en Estados Unidos deserte es, para mí, un preocupante estimador; pero, que dos tercios lo hagan en el primer año de residencia y que las deserciones tardías se presenten preferentemente en mujeres, es algo descorazonador.



<https://goo.gl/FYJQmf>

Como verán, después de controlar, en un juicioso modelo, algunos factores de confusión conocidos para el desenlace, hubo dos variables significativamente predictivas de la deserción (origen hispano y sexo femenino) imposibles de modificar, aspecto que muestra claramente los sesgos clásicos de la formación quirúrgica en EE. UU.

Traigo a colación este asunto dado que hay una tendencia progresiva a haber más mujeres que hombres estudiando y egresando como médicas en todo el mundo, pasando de 1 mujer por cada 2 hombres en la década de los años 1970, a

1 mujer por cada hombre en 1994 (Colombia), e invirtiéndose las proporciones en 2016 (67 % a 33 %), pasando a 2 mujeres por cada estudiante varón, icon una proyección de 80 % de mujeres en 2030! (2, 3).

En los EE. UU., país del mundo donde esta "feminización" de los estudiantes es menor y más lenta, el estudio referido (1) muestra incluso cómo la razón es de 2 residentes masculinos por 1 residente femenino (63 % y 37 %, respectivamente), un hecho realmente insospechable en la década de los años 1970.

**** Profesor Titular, Head Professor. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia
jecheverryr@unal.edu.co - Docente investigador, Fundación Universitaria Juan N. Corpas. jairo.echeverry@juanncorpas.edu.co



Ahora bien, deseo matizar este primer artículo con un segundo (4) -conocido por algunos de ustedes- que menciona un estudio que, controlando por factores de confusión, encontró que las cirujanas de EE. UU., de manera estadísticamente significativa, tienen 12 % menos de mortalidad perioperatoria en sus pacientes, comparado con los cirujanos.



Deseo culminar con el último artículo, que es una perla económica (5). El reconocimiento económico por la labor docente-asistencial de las profesoras de cirugía (y en la mayoría de áreas quirúrgicas) en las universidades públicas de EE. UU., es menor que el reconocimiento a los varones, aun cuando las primeras ostenten las mismas cualificaciones, experiencia y formación.

Entonces, cada vez habrá proporcionalmente más médicas, más cirujanas, les va mejor en sus desenlaces clínicos, pero, tienen mayor tendencia a desertar y, finalmente, serán

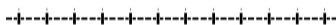
menos reconocidas económicamente. El dilema es, dado que estamos inmersos en la "formación" de talento humano para la salud, ¿cómo empezar a allanar el camino sesgado de la formación, en su origen y desarrollo, incluso, reciente de naturaleza masculina? ¿Cuántas rectoras o decanas de Medicina, tiene, por ejemplo, Colombia?

Mientras iniciamos las discusiones tendientes a cambiar estos paradigmas, podría empezar pidiéndoles el inmenso favor de que compartan esto con cirujanas porque mi base de datos machista no posee muchas.

"Por un mundo donde seamos socialmente iguales, humanamente diferentes y totalmente libres".

Referencias

1. Yeo HL, Abelson JS, Symer MM, Mao J, Michelassi F, Bell R, Sedrakyan A, Sosa JA. Association of Time to Attrition in Surgical Residency with Individual Resident and Programmatic Factors. *JAMA Surg.* 2018 Feb 21. doi: 10.1001/jamasurg.2017.6202. [Epub ahead of print]
2. Ng-Sueng LF, Vargas I, Mayta P, Pereyra R, Montenegro JJ, et al. Gender Associated with the Intention to Choose a Medical Specialty in Medical Students: A Cross-Sectional Study in 11 Countries in Latin America. *PLoS ONE.* 2016; 1(8): e0161000. doi:10.1371/journal.pone.0161000
3. Echeverry J. *Rev Fac Med.*2015; 63(1):33-45
4. Wallis JD, Ravi B, Coburn N, Nam RK, Detsky AS, Satkunasivam R, et al. Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeons: a population based matched cohort study *BMJ* 2017; 359: j4366
5. Jena AB, Olenski AR, Blumenthal DM. Sex differences in physician salary in U.S. public medical schools. *JAMA internal medicine.* 2016; 176(9):1294-1304. doi:10.1001/jamainternmed.2016.3284





Sobre Medicamentos

“LOS MEDICAMENTOS PARA SUPRIMIR LA ACIDEZ SE ASOCIAN A INFECCIONES SEVERAS Y DIARREA”

Juan Carlos González^{****}

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

http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/feb201801/03_los/
(Acid-suppressing drugs associated with serious infectious diarrhea)
Worst Pills Best Pills Newsletter, julio de 2017
Traducido por Salud y Fármacos

El problema



<https://goo.gl/Y5y9XB>

Existe un abuso en el uso innecesario de los inhibidores de las bombas de protones y los antagonistas de los receptores de histamina. Si bien están indicados en patologías o situaciones por un tiempo determinado, una tendencia ha

sido a usarlos de forma permanente lo cual supone el riesgo de un incremento de infecciones recurrentes por *Clostridium difficile*.

¿Qué hace esta bacteria?

Cohabita con otras bacterias en el colón contribuyendo a la degradación de distintos elementos de manera funcional y normal. Pero el uso de estos medicamentos altera la flora, lo que determina un crecimiento de esta bacteria que ocasiona

clínicamente la producción de una toxina que causa diarrea acuosa y cólicos estomacales y, en casos severos, la infección por *Clostridium difficile* puede ocasionar fiebre, náusea, deposiciones con sangre y otros síntomas.

¿Cómo es el mecanismo de infección?

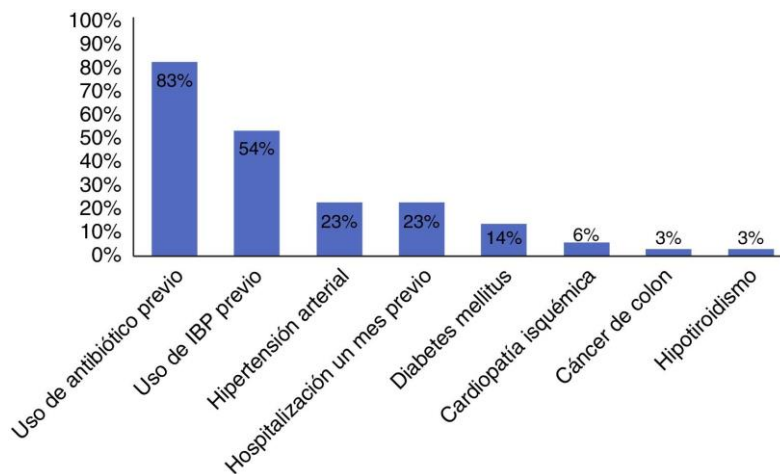
La pérdida de la acidez gástrica permite que esta bacteria se ingiera y llegue y prolifere en el colon.

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





La relación



<https://goo.gl/BPzHno>

En pacientes con infecciones por *Clostridium difficile*, se encontró que más del 38 % estaba recibiendo inhibidores de la bomba de protones; pero, además, las recaídas (66 % más) de estas infecciones son más frecuentes en los pacientes que reciben estos medicamentos.

El riesgo

Se incrementa dada la tendencia actual de abuso de estos medicamentos. Se ha calculado que 2 de 3 personas que toman inhibidores de la bomba de protones no los necesitan.

¿Cómo prevenir la infección por *Clostridium difficile*?

Dos medidas importantes desde el punto de vista de las medicaciones:

1. Evitar el uso de antibióticos, por ejemplo, en las tan frecuentes infecciones víricas del tracto respiratorio superior en donde no son útiles.

2. Tomar medidas preventivas sin medicamentos contra la acidez. Dice el artículo, “evite el exceso de alcohol, café, chocolate o comidas con alto contenido graso y, para la acidez nocturna, evite comer cerca de la hora de acostarse y levante la cabecera de la cama”. Si definitivamente ha de usar un medicamento, los antiácidos líquidos pueden ser mucho mejores

Bibliografía recomendada

1. Tariq R, Singh S, Gupta A et al. Association of Gastric Acid Suppression with Recurrent Clostridium Difficile Infection: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2017 Mar 27. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.0212.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Healthcare-associated Infections: Clostridium Difficile Infection. Clinician’s page. Disponible en: https://www.cdc.gov/hai/organisms/cdiff/cdiff_clinicians.htm
3. Tleyjeh IM, Abdulhak AB, Riaz M et al. The Association between Histamine 2 Receptor Antagonist Use and Clostridium Difficile Infection: A Systematic Review and Meta-analysis. PLoS One. 2013; 8(3): e56498.
4. Deshpande A, Pant C, Pasupuleti V et al. Association between Proton Pump Inhibitor Therapy and Clostridium Difficile Infection in a Meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012; 10(3): 225-233.
5. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: Clostridium Difficile Associated Diarrhea can be Associated with Stomach Acid Drugs Known as Proton Pump Inhibitors (PPIs). February 8, 2012. Disponible en: <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm290510.htm>
6. Huang JQ, Hunt RH. Pharmacological and Pharmacodynamic Essentials of H(2)-receptor Antagonists and Proton Pump Inhibitors for the Practicing Physician. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2001; 15(3): 355-70.
7. Ahrens D, Chenot JF, Behrens G, et al. Appropriateness of Treatment Recommendations for PPI in Hospital Discharge Letters. Eur J Clin Pharmacol. 2010; 66(12): 1265-71.
8. Mayo Clinic [Internet]. Drugs and Supplements: Histamine H2 Antagonist. Disponible en: <http://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/histamine-h2-antagonist-oral-route-injection-route-intravenous-route/before-using/drg-20068584> Accessed May 3, 2017.
9. Heidelbaugh JJ, Kim AH, Chang R, Walker PC. Overutilization of Proton-pump Inhibitors: What the Clinician Needs to Know. Therap Adv Gastroenterol. 2012; 5(4): 219-232.
10. Proton Pump Inhibitors: Dangerous and Habit-forming Heartburn Drugs. Worst Pills, Best Pills News [Internet]. November 2011. Disponible en: http://www.worstpills.org/member/newsletter.cfm?n_id=77 Accessed May 3, 2017.



“MEDICAMENTOS QUE ACABAN MANDANDO A LOS PACIENTES A LA SALA DE EMERGENCIAS”

http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/feb201801/04_medi/
(Drugs that are most likely to land patients in the emergency room)
Worst Pills Best Pills Newsletter article, junio de 2017
Traducido por Salud y Fármacos

El problema



Ya desde 1998 se había demostrado el riesgo de las reacciones a algunos medicamentos usados en la práctica ambulatoria que terminan enviando a los pacientes a urgencias, incluso a hospitalizaciones y ocasionan la muerte como resultado. En 2016 decidieron publicar la repetición del estudio encontrando este riesgo especialmente en la población adulta mayor.

Los responsables

Tomado directamente del artículo:

Cuadro 1. Reacciones medicamentosas adversas de las cuatro clases más importantes de medicamentos implicados en visitas a las salas de emergencia de EE. UU. entre 2013 y 2014.

Clase de medicamentos	Efectos adversos más frecuentes
Anticoagulantes	Sangrado del tracto digestivo (por ejemplo, estómago o colon), piel o heridas, nariz, tracto urinario (por ejemplo, riñón o vejiga) o cerebro, pruebas de sangre indicando que hay una cantidad excesiva de anticoagulantes o sobredosis.
Antibióticos	Reacciones alérgicas, efectos gastrointestinales (por ejemplo, náusea, vómitos o diarrea).
Antidiabéticos	Hipoglucemia (niveles bajos de azúcar en sangre) con cambios en el estado mental, <i>shock</i> , pérdida de conciencia, convulsiones, caídas, otras lesiones, mareos o desmayos.
Analgésicos opiáceos	Cambios en el estatus mental, pérdida de conciencia, problemas para respirar, mareos, desmayos, dificultad para andar, síntomas gastrointestinales, dificultades para orinar, reacciones alérgicas.

¿Cómo se hizo?

En 2004 se propuso un sistema de vigilancia epidemiológica de todos los servicios de urgencias de tamaños moderado y grande del país. Se indagó por toda la población que acudió al servicio por cualquier tipo de reacción a los medicamentos.



¿Cómo se clasificaron?



<https://aoo.qi/Ciw54q>

En seis tipos. Textualmente:

- 1) Efectos adversos (por ejemplo, vómito o sangrado).
- 2) Reacciones alérgicas.
- 3) Efecto medicamentoso excesivo o sobredosis.
- 4) Efectos secundarios (por ejemplo, atragantamiento).
- 5) Ingestión accidental por un niño.
- 6) Reacción a vacunas.

Principales hallazgos

1. La tasa de la que partieron (2005 a 2006) era de 2,6 reacciones a medicamentos por 1000 consultas.
2. La tasa a la que llegaron (2013 a 2014) fue de 4 reacciones a medicamentos por 1000 consultas.
3. 1 de cada 3 pacientes era adulto mayor, lo que pone de manifiesto que prácticamente se dobló el problema en esta población con los referentes temporales comparativos.
4. Las reacciones más frecuentes fueron la sobredosis, el efecto adverso y la reacción alérgica.
5. 1 de cada 4 pacientes requirió hospitalización, correspondiendo a adultos mayores de 65 años poco menos de la mitad de los casos. Un adulto mayor tiene 7 veces más riesgo de requerir la hospitalización.
6. Se considera que el estudio tuvo algunos sesgos y que, de seguro, son más los casos. Los errores que se detectaron corresponden al no registro de los casos que se hospitalizaron sin pasar por urgencias, tampoco se calcularon los casos en que el médico no reconoció la reacción ni los que fallecieron como consecuencia directa incluso antes de llegar a urgencias, ni los casos intencionales.

¿Cuáles son?



<https://aoo.qi/8TmtN7>



<https://goo.gl/zg7P4V>

Tomados textualmente del artículo:



Cuadro 2. 15 medicamentos implicados en las visitas a emergencias por reacciones adversas en adultos de 65 años o mayores en 2013 y 2014.

Nombre genérico	Algunos nombres de marca	Clase de medicamentos	Proporción de casos (%)
Warfarina	Coumadin, Jantoven	Anticoagulante.	32
Insulina	Humalog, Humulin, Lantus, Levemir, Novolin, Novolog.	Medicamento para la diabetes.	13
Clopidogrel*	Plavix.	Antiplaquetario	10
Aspirina	Durlaza.	Antiplaquetario/antiinflamatorio no esteroideo (AINE).	7
Rivaroxaban**	Xarelto.	Anticoagulante.	3
Lisinopril*	Prinivil, Zestril.	Inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina para la hipertensión.	3
Metformina*	Fortamet, Glucophage.	Medicamento para la diabetes.	3
Glipizida*	Glucotrol.	Medicamento para la diabetes.	2
Sulfamethoxazole-trimethoprim	Bactrim, Septra.	Antibiótico.	1
Dabigatran**	Pradaxa.	Anticoagulante.	1
Acetaminofen-hidrocodone	Anexsia, Norco.	Opiáceo analgésico.	1
Metoprolol	Lopressor, Toprol-XI.	Beta bloqueante, para la hipertensión.	1
Enoxaparina	Lovenox.	Anticoagulante.	1
Gliburida*	Diabeta, Glynase.	Medicamento para la diabetes.	1
Glimepirida*	Amaryl.	Medicamento para la diabetes.	1

* Clasificado como de uso limitado por el Public Citizen's Health Research Group.

** Clasificado como no usar durante siete años por el Public Citizen's Health Research Group (hasta julio de 2018 para el rivaroxaban y noviembre de 2017 para dabigatran).

¿Han cambiado de 2004 a la fecha?

Para nada. Los anticoagulantes, antibióticos, antidiabéticos y los analgésicos responsables de la gran mayoría de los casos. Claro, precisamente son los adultos mayores quienes se ven obligados a usar con mayor frecuencia estos medicamentos.

¿Qué se puede hacer?

Sin duda revisar con cuidado lo que prescribe y a quién se lo prescribe. Esta misma publicación recomendó en marzo de 2015**** las propuestas de la OMS, a saber:

1. Establecimiento de un órgano nacional multidisciplinario para coordinar las políticas sobre el uso racional de medicamentos.
2. El uso de guías clínicas o normas de atención clínicas y terapéuticas.
3. Desarrollo y uso de la lista nacional de medicamentos esenciales.
4. Establecimiento de comités farmacoterapéuticos en los servicios de salud y hospitales.
5. Inclusión en los programas de pregrado de las universidades de formación farmacoterapéutica basada en problemas.
6. Educación médica continua en los servicios como requisito para mantener la licencia profesional.
7. Supervisión, auditoría y retroalimentación.
8. Acceso y uso de información independiente sobre medicamentos.
9. Educación pública sobre los medicamentos - Educación comunitaria en salud.
10. Evitar incentivos financieros perversos.
11. El uso y cumplimiento de las regulaciones de forma adecuada y forzosa.
12. Inversión pública suficiente para asegurar la adecuada disponibilidad de medicamentos y de personal en salud.

Bibliografía recomendada

1. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients: A Meta-analysis of Prospective Studies. *JAMA*. 1998; 279(15): 1200-1205.
2. Shehab N, Lovegrove MC, Geller AI, et al. US Emergency Department Visits for Outpatient Adverse Drug Events, 2013-2014. *JAMA*. 2016; 316(20): 2115-2125.
3. Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach KN, et al. National Surveillance of Emergency Department Visits for Outpatient Adverse Drug Events. *JAMA*. 2006; 296(15):1858-1866.

**** http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/feb201502/feb201502_2/



“11 MEDICAMENTOS QUE DEBERÍA CONSIDERAR SERIAMENTE DESPRESCRIBIR”

http://www.saludyfarmacos.org/boletin-farmacos/boletines/feb201801/09_once/
(11 Drugs you should seriously consider deprescribing)
Douglas S. Paauw, *Medscape*, 5 de septiembre de 2017
Traducido por Medscape

Juan Carlos González^{§§§§}

El problema

¿POR QUÉ DESPRESCRIBIR?



Existe una tendencia a medicar con muchos fármacos a los pacientes y, lo realmente grave, es que buena parte de esos medicamentos, no solo no se necesitan, sino que son riesgosos. En EE. UU. se calcula que al menos el 50 % de las mujeres que acuden al *Medicare* reciben o toman cuando menos cinco medicamentos.

Medicamentos de dudoso efecto



<https://goo.gl/Loi27P>

Algunos de ellos son:

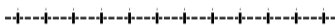
1. Los laxantes emolientes (no se ha demostrado su efectividad).
2. Antibióticos antes de intervenciones dentales. Adhiriendo las recomendaciones de la guía de prevención de endocarditis, no se justifica su uso en pacientes con prótesis de rodilla o de cadera.
3. Uso prolongado de inhibidores de la bomba de protones. Claramente se reconoce su uso excesivo con la aparición de infecciones por *Clostridium difficile*. Usarlos según su indicación, pero suspenderlos luego de logrado el efecto, es lo que se recomienda.
4. Uso de estatinas para prevención primaria, en particular en mayores de 75 años. El dolor muscular pone en tela de juicio el análisis de costo-beneficio.
5. Uso de benzodiazepinas. Claramente relacionado con el riesgo de caídas y, en particular, cuando se combinan con medicamentos para el insomnio tipo Z (zopiclona y derivados). Pero tal riesgo se incrementa exponencialmente en los adultos mayores, en particular en quienes toman inhibidores de la recaptación de la serotonina.
6. Betabloqueadores. Su uso como parte del manejo ulterior del infarto ha mostrado que, luego de tres años, el efecto es casi nulo y como antihipertensivo es muy pobre. En cambio, los efectos de una sobredosificación son más riesgosos.
7. Fármacos para el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Más como el resultado de diagnósticos equivocados (no confirman a través de espirometría), que conllevan a incrementos de los medicamentos en pacientes que no los necesitan.
8. Anticolinérgicos para la incontinencia urinaria. Es reconocido que el efecto es muy leve y, en cambio, los efectos indeseables son muy grandes, razón por la cual no se recomienda.
9. Inhibidores de la colinesterasa para la enfermedad de Alzheimer, siendo más bien pobre el beneficio y, en cambio, produciendo efectos adversos.
10. Uso de relajantes para la lumbalgia. No existen ensayos que demuestren su beneficio y, en cambio, los efectos adversos, en particular en adultos mayores que consumen alcohol, son frecuentes.
11. Los suplementos. No existe evidencia de la utilidad de vitamínicos para prevenir el cáncer o la enfermedad coronaria, incluso de su utilidad si no hay déficit, o de evitar el riesgo de fracturas, en el caso del calcio en las mujeres postmenopáusicas.

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



Lecturas recomendadas

1. Grnjic D, Hilmer SN, Blyth FM, et al. Polypharmacy Cutoff and Outcomes: Five or More Medicines Were Used to Identify Community-dwelling Older Men at Risk of Different Adverse Outcomes. *J Clin Epidemiol.* 2012; 65:989-995.
2. Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent Patterns of Medication Use in the Ambulatory Adult Population of the United States: The Slone Survey. *JAMA.* 2002; 287:337-344.
3. McRorie JW, Daggy BP, Morel JG, Diersing PS, Miner PB, Robinson M. Psyllium is Superior to Docusate Sodium for Treatment of Chronic Constipation. *Aliment Pharmacol Ther.* 1998; 12:491-917.
4. Dajani AS, Taubert KA, Wilson W, y cols. Prevention of Bacterial Endocarditis: Recommendations by the American Heart Association. *Clin Infect Dis.* 1997; 25:1448-1458.
5. Berbari EF, Osmon DR, Carr A, et al. Dental Procedures as Risk Factors for Prosthetic Hip or Knee Infection: A Hospital-based Prospective Case-control Study. *Clin Infect Dis.* 2010; 50:8-16.
6. Hamedani S. A Clinical Practice Update on the Latest AAOS/ADA Guideline (December 2012) on Prevention of Orthopedic Implant Infection in Dental Patients. *J Dentistry.* 2013; 14:49-52.
7. Kao FC, Hsu YC, Chen WH, Lin JN, Lo YY, Tu YK. Prosthetic Joint Infection Following Invasive Dental Procedures and Antibiotic Prophylaxis in Patients with Hip or Knee Arthroplasty. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2017; 38:154-161.
8. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Dental Management of the Organ or Stem Cell Transplant Patient. <https://www.nidcr.nih.gov/dental-management-organ-or-stem-cell-transplant-patient>
9. Xie Y, Bowe B, Li T, Xian H, Yan Y, Al-Aly Z. Risk of Death Among Users of Proton Pump Inhibitors: A Longitudinal Observational Cohort Study of United States Veterans. *BMJ Open.* 2017; 7: e015735.
10. Boghossian TA, Rashid FJ, Thompson W, y cols. Deprescribing Versus Continuation of Chronic Proton Pump Inhibitor Use in Sdulfts. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 3: CD011969.
11. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, y cols. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2014; 63(25 Pt B): 2889-2934.
12. Han BH, Sutin D, Williamson JD, et al. ALLHAT Collaborative Research Group. Effect of Statin Treatment Vs Usual Care on Primary Cardiovascular Prevention Among Older Adults: The ALLHAT-LLT Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2017; 177: 955-965.
13. Ridker PM, Lonn E, Paynter NP, Glynn R, Yusuf S. Primary Prevention with Statin Therapy in the Elderly: New Meta-analyses from the Contemporary JUPITER and HOPE-3 Randomized Trials. *Circulation.* 2017; 135:1979-1981.
14. Díaz MJ, Martínez M, Sáez E, et al. Relationship between the Use of Benzodiazepines and Falls in Older Adults: A Systematic Review. *Maturitas.* 2017; 101:17-22.
15. Yu NW, Chen PJ, Tsai HJ, et al. Association of Benzodiazepine and Z-drug Use with the Risk of Hospitalization for Fall-related Injuries among Older People: A Nationwide Nested Case-control Study in Taiwan. *BMC Geriatr.* 2017; 17:140.
16. Park H, Satoh H, Miki A, Urushihara H, Sawada Y. Medications Associated with Falls in Older People: Systematic Review of Publications from a Recent 5-year Period. *Eur J Clin Pharmacol.* 2015; 71:1429-1440.
17. Smith SC Jr, Benjamin EJ, Bonow RO, et al. AHA/ACC Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update: A Guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation Endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association. *J Am Coll Cardiol.* 2011; 58:2432-2446.
18. Dondo TB, Hall M, West RM, et al. Beta-blockers and Mortality after Acute Myocardial Infarction in Patients without heart Failure or Ventricular Dysfunction. *J Am Coll Cardiol.* 2017; 69:2710-2720.
19. Bangalore S, Makani H, Radford M, et al. Clinical outcomes with β -blockers for Myocardial Infarction: A Meta-analysis of Randomized Trials. *Am J Med.* 2014; 127:939-953.
20. Testa G, Cacciatore F, Della-Morte D, et al. Atenolol Use is Associated with Long-term Mortality in Community-dwelling Older Adults with Hypertension. *Geriatr Gerontol Int.* 2014; 14:153-158.
21. Carlberg B, Samuelsson O, Lindholm LH. Atenolol in Hypertension: Is it a Wise Choice? *Lancet.* 2004; 364:1684-1689.
22. Aaron SD, Vandemheen KL, FitzGerald JM, et al. Reevaluation of Diagnosis in Adults with Physician-diagnosed Asthma. *JAMA.* 2017; 317:269-279.
23. Heffler E, Pizzimenti S, Guida G, Bucca C, Rolla G. Prevalence of Over-/misdiagnosis of Asthma in Patients Referred to an Allergy Clinic. *J Asthma.* 2015; 52:931-934.
24. Jain VV, Allison DR, Andrews S, Mejia J, Mills PK, Peterson MW. Misdiagnosis among Frequent Exacerbators of Clinically Diagnosed Asthma and COPD in Absence of Confirmation of Airflow Obstruction. *Lung.* 2015; 193:505-512.
25. Shamliyan T, Wyman JF, Ramakrishnan R, Sainfort F, Kane RL Benefits and Harms of Pharmacologic Treatment for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2012; 156:861.
26. Agency for Healthcare Research and Quality. Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Adult Women: Diagnosis and Comparative Effectiveness. Comparative Effectiveness Review No. 36. April, 2012. <http://www.pcori.org/sites/default/files/PCORI-Executive-Summary-NonSurgical-Treatment-of-Urinary-Incontinence-120716.pdf>
27. Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt HP, van den Bussche H. Cholinesterase Inhibitors for Patients with Alzheimer's disease: Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *BMJ.* 2005; 331:321-327.
28. Sheffrin M, Miao Y, Boscardin WJ, Steinman MA. Weight Loss Associated with Cholinesterase Inhibitors in Individuals with Dementia in a National Healthcare System. *J Am Geriatr Soc.* 2015; 63:1512-1518.
29. Starr JM. Cholinesterase Inhibitor Treatment and Urinary Incontinence in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc.* 2007; 55:800-801.
30. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM, Cochrane Back Review Group. Muscle Relaxants for Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review within the Framework of the Cochrane Collaboration. *Spine (Phila Pa 1976).* 2003; 28:1978-1992.
31. Fortmann SP, Burda BU, Senger CA, Lin JS, Whitlock EP. Vitamin and Mineral Supplements in the Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Cancer: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2013; 159:824-834.
32. Jackson RD, LaCroix AZ, Gass M, e al. Calcium Plus Vitamin D Supplementation and the Risk of Fractures. *N Engl J Med.* 2006; 354:669-683.





El peregrino que toca

EL PERDÓN PERSONAL

Gabriel Sáenz*****



<https://goo.gl/tGYR7k>

En estos últimos años el anhelo universal ha sido la búsqueda de la paz entre los diferentes continentes y naciones, especialmente en Colombia, como una de las aspiraciones de los postreros presidentes. Para alcanzar esta pretensión se ha puesto como condición esencial e indispensable el perdón. Hasta ahí todo es comprensible y aceptado; sin embargo, se nos ha olvidado un paso muy importante. Se trata del autoperdón o perdón personal. ¿Cómo perdonar, si en nuestro corazón no hay paz, si nos odiamos o tenemos arraigados sentimientos de culpa que nos atorran y ahogan?

Nuestro peregrino quiere entrar entonces en nuestra conciencia y ayudarnos a hacer una reflexión sobre el perdón en nosotros mismos.

La primera inquietud por resolver es cómo reconocer que nos debemos perdonar. En este mundo moderno de bullicios, comercio, Internet, clubes, cines abarrotados de gente, etc., es imposible encontrar respuesta a esta pregunta. Para perdonarnos debemos conocernos, repasar nuestra historia íntima, es decir, nuestro pasado, nuestros errores y traumas.



<https://goo.gl/KqES7J>

Por lo tanto, para escuchar nuestro propio **yo**, es indispensable practicar el silencio interior. Para escuchar a quien nos habla, primero hay que bajar el tono de voz y hacer silencio. El corazón es lo más íntimo de nuestra personalidad, la profundidad de nuestra conciencia. Este clima ideal para escucharnos a nosotros mismos, es lo que San Juan de la Cruz llamó "la soledad sonora"; es decir, callar el ruido de tantas voces que nos invaden para captar lo que nos dice nuestra propia conciencia. Aun así, lograr ese silencio interior llega a ser un verdadero combate espiritual, especialmente si tenemos muchos problemas que resolver. El silencio interior es la pacificación del corazón, es aceptar nuestra verdadera personalidad, es admitir los defectos personales; es decir, conocerse, reconocerse y aceptarse. El análisis crítico de los defectos propios nos salva de nuestra propia autodenigración y baja autoestima. Sobre este concepto se basa la autenticidad, lo que significa reconocer lo que somos o no somos, la verdad de nosotros mismos. Recordemos que nadie es más porque lo alaben ni menos porque lo vituperen, uno es lo que es. En este concepto se basa "Santa Teresa de Jesús" para definir la humildad, reconocer lo buenos o malos que somos, oro y barro, luz y sombra, claro y oscuro, sublimes o ruines, cielo o infierno, yo y ego. En este mar de antagonismos navega nuestra vida, por la mañana somos una cosa y por la noche otra.

Ahora bien, existen cuatro reglas básicas que facilitan el perdón personal:

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





a) Enfrentar el ayer

Queramos o no, todos tenemos un pasado bueno o malo que afecta positiva o negativamente nuestro presente y futuro y, aunque ese pasado ya no existe, deja secuelas para un proyecto personal de vida. Ese pasado puede dejar satisfacciones o culpas y resentimientos; no podemos huir de él porque forma parte de nuestra vida irremediamente. Muchas veces ese pasado se nos convierte en cargas dolorosas y la única manera de sanarlo es enfrentándolo, no a través de sentimientos o recuerdos que nos lastiman, sino a través de la razón.

b) Aceptar nuestras fallas

Somos débiles, nos equivocamos, fallamos a través de una conciencia recta o torcida, porque somos humanos. Sin embargo, la inflexibilidad y la terquedad son características de quienes no son capaces de aceptar sus fallas, que son obsesivo-compulsivos, no ceden a la razón, se angustian por todo, son obsesivos por el perfeccionismo y, hasta tienen ideas suicidas. Debemos aceptar que muchas veces en la vida nos hemos equivocado, con o sin justa causa, en cosas pequeñas o grandes. Nos preguntamos por qué lo hicimos.

Hacer un análisis de nuestra vida es indispensable para aceptar nuestras equivocaciones.

c) Cicatrizar heridas abiertas

Una herida está sanada cuando, en lugar de amargura, refleja luz y paz, la paz del perdón, y entonces de ella brota una vida nueva. Como humanos que somos, nos esforzamos por mirar hacia atrás, es decir, a anclarnos en el rencor y el odio. Nos tortura el pensamiento de lo que pudimos haber hecho y no hicimos y nos acosa una culpabilidad insoportable. No intentemos regresar a ese pasado. Esforcémonos por avanzar hacia un lugar nuevo, donde la vida se llena de significado verdadero. De esta manera renacemos a una nueva vida llena de paz y alegría.

d) Responsabilizarnos de nuestras acciones

Significa la valentía de reconocernos y aceptarnos tal como somos. Es mirarnos ante el espejo de nuestra alma y ser auténticos, aceptar que debemos reparar los males causados a nosotros mismos o a nuestro hermano, mirarnos con benevolencia y no lastimarnos más.



<https://goo.gl/TMclJ5>

A modo de conclusión, pensemos que perdonarse a uno mismo es como una cirugía del alma, pero, como toda cirugía, debe ser a tiempo; de lo contrario, ese rencor avanza y carcome como el cáncer. Vale la pena preguntarse por qué me hago tanto daño y me resisto a ser comprensivo conmigo mismo. Perdonarse a uno mismo es viajar al pasado y autorestararse. El perdón personal es enfrentar nuestros errores, asumir nuestras fallas, no avergonzarnos de nuestras equivocaciones y aceptarnos como somos. De esta manera aceptamos al "otro" tal cual es.

En realidad, cada uno de nosotros somos nómadas que vamos con nuestros propios errores en busca del otro para que nos acoja tal como somos sin avergonzarnos por ello.

Hoy el peregrino te invita a orar:

*"Enfría Señor mi boca,
Señor, reduce mi brasa,
dame como te lo pido,
concordia de cuerpo y alma.*

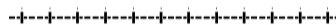
*Frente al perverso oleaje,
ponme costado de gracia,
dame como te demando,
concordia de cuerpo y alma.*

*Señor, mitiga mi angustia,
remite Señor mi ansia,
dame como te lo clamo,
concordia de cuerpo y alma.*

*No dejes que los sentidos
me rindan en la batalla,
Señor, Señor, no me niegues,
concordia de cuerpo y alma".*

¡Amen!

Liturgia de las horas tomo III, p. 1113)





NotiComunitaria



APOYO A LA JORNADA CORPAS-EJÉRCITO

Juan Carlos González Q.*****

El pasado 22 de febrero, el Departamento de Medicina Comunitaria apoyó la Jornada de Investigación Corpas-Ejército Nacional, a través de la conferencia "Familia y APS (Atención Primaria de Salud)".



Durante la jornada, la Facultad de Enfermería presentó el proyecto de investigación "Funcionalidad familiar y vivencias en la relación de pareja en familias pertenecientes al Ejército Nacional de Colombia", el cual busca establecer alianzas que contribuyan a enfrentar problemáticas presentes en la sociedad actual.

Vea la nota completa en:
<https://vimeo.com/257910918>

Corpas... ¡promoviendo la APS como estrategia clave para generar bienestar en la población!



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



CAMPAÑA EDUCATIVA EN SALUD... “BATALLEMOS CONTRA LA PEDICULOSIS”

Beselink Quesada N****

El día 23 de febrero los estudiantes del programa de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, pertenecientes al componente comunitario de IX semestre, bajo la dirección de la docente del programa, emprendieron una importante campaña de concienciación acerca de cómo realizar el abordaje inicial de la problemática de la pediculosis y todos aquellos aspectos que esta incluye, tales como la anatomía del parásito, signos y síntomas de la infección, el proceso del contagio y mitos de la comunidad, así como su tratamiento.



La campaña, que se realizó en el Jardín Social Piedra Verde de Cafam ubicado en el barrio Gaitana de la localidad de Suba, fue dirigida a los padres de familia de todos los niños inscritos en el jardín, logrando capacitar a esta comunidad en un tema importante que afecta de gran manera a la comunidad infantil y que representa un problema de salud pública.

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



Previo a la actividad se solicitó a los estudiantes de Medicina llevar material didáctico que sirviera como apoyo para la explicación a los padres. El propósito era ofrecer una exposición breve, concisa y entendible para todo público. De igual manera, se instó a los estudiantes a hacer un uso adecuado del espacio y a manejar una fluidez verbal que demostrara el dominio del tema, lo cual fue logrado satisfactoriamente, viéndose reflejado en la participación activa de muchos de los padres que hicieron parte de la actividad.



Con esta actividad buscamos impactar en la comunidad, realizando prevención y promoción, con el fin de reducir las cifras de casos de pediculosis que, en la actualidad, son bastante elevadas.



CAPACITACIÓN DIRIGIDA A DOCENTES Y PADRES DE FAMILIA DEL JARDÍN PIEDRA VERDE

Beselink Quesada N⁵⁵⁵⁵⁵

En el mes de marzo, los estudiantes de la rotación de Pediatría Comunitaria, bajo la dirección de la doctora Beselink Quesada realizaron una capacitación en enfermedad respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, dirigida al personal educativo y a los padres de familia del Jardín Piedra Verde Cafam ubicado en la localidad de Suba.



Esta serie de campañas de promoción y prevención se realizaron como respuesta a la problemática de salud observada en la zona. Se utilizaron estrategias lúdicas, creativas y analíticas con el fin de fortalecer conceptos que contribuyan a evitar la propagación de las mencionadas enfermedades.

iCorpas comprometida con la comunidad!

55555 MD. Docente Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC - beselink.quesada@juanncorpas.edu.co





RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR PRESENTE EN LA COMUNIDAD

Juan Carlos González*****

Este 2018 comenzó con la incorporación de los residentes de Medicina Familiar de la FUJNC en los programas extramurales del Departamento de Medicina Comunitaria.



Por ahora, se han vinculado de lleno al programa Adulto Mayor en el "Hogar Amor a Jesús" en Cota con el doctor Roberto Álvarez. En todos ellos se ha percibido ese deseo de comprometerse con este grupo de adultos mayores vulnerables y bien sabemos que están construyendo una ambiciosa propuesta.



Con la doctora Beselink Quesada han entrado a fortalecer el trabajo del Jardín Social Piedra Verde, aportándonos con su participación un importante apoyo asistencial, así como docente.



Aquí en una capacitación sobre maltrato infantil ofrecida por la Secretaría de Integración y Cafam.

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



CARTA COMUNITARIA

Con la doctora Ángela María Hernández y, junto con la Institución Educativa Distrital y sus orientadoras, han iniciado un ambicioso proyecto de consejería a los adolescentes.



Se han vinculado además en el programa de Salud Familiar en el barrio Bilbao, convirtiéndose en unos comprometidos defensores del grupo de adulto mayor, así como tutores de nuestros estudiantes.



Mucha falta nos hacían y mucho hay por hacer, ¡bienvenidos residentes!





Carta Comunitaria

ISSN 2539-0503

Departamento de Medicina Comunitaria
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Dirección: Juan Carlos González Q.

Coeditores:
Jenny Pinzón R.
William Buitrago

Colaboradores:
Luisa Noguera
María Lucía Iregui P.
Gonzalo Bernal F.
Gabriel Sáenz
Guillermo Restrepo Ch.
Mario Villegas N.
José Gabriel Bustillo P.
Carlo Rizzi
Juan Carlos Velásquez
Jaime Ronderos O.
Docentes Medicina Comunitaria