



CARTA COMUNITARIA

Temas de interés en Medicina de la Comunidad

Caso
Clínico

Salud Mental
Comunitaria

Nuestro
Invitado

Carta de
lectores



Medicina
Familiar

Noti Comunitaria

Revisión
de
artículo

La Lección
de Medicina



http://www.academiadecirugiaplastica.org.co/images/blog/32731996_2256210424441384_8440909646419460096_n.jpg

Salud
Pública

Medicinas
Alternativas

Investigación

Bioética y
Ecología



sobre
Medicamentos

Pedagogía

El peregrino
que toca

Seguridad Social





TABLA DE CONTENIDO

EDITORIAL

Acerca de la ley de las residencias médicas y nuestro programa

Juan Carlos González Q.

INVESTIGACIÓN

Prevalencia de trastornos del sueño en niños y adolescentes

Juan Carlos González Q., Paula Alarcón C., Geraldine Acevedo R., Ángela Casas V., Glendy Ardila R., Julián Bernal A., Javier Avella R.
Colaboración: Jenny Pinzón.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Requisitos europeos de formación para especialistas en Medicina Familiar

Resumen: Adriana Galindo, Ángela María Álvarez H., Camilo Rodríguez, Mayer Cahuasango, Juan Carlos González Q.
Edición: Jenny A. Pinzón

SEGURIDAD SOCIAL

Texto definitivo aprobado en comisión al proyecto de Ley 261 de 2017 Senado, 272 de 2017 Cámara

Transcripción. Juan Carlos González Quiñones

SALUD PÚBLICA

Cómo debe ser un hospital universitario para preparar médicos

Guillermo Restrepo Ch.

CASO CLÍNICO

Análisis de caso: Disfunción sexual

Camilo Ayala Méndez, Juan Carlos González Q.

REVISIÓN DE ARTÍCULO

La vida está en lo más sencillo. Apropósito de la recuperación de la falla cardiaca

Jairo Echeverry Raad

SOBRE MEDICAMENTOS

“Efectos adversos de los antihipertensivos que no suelen monitorearse ni se tratan”

“Medicamentos y conducción”

“Cómo reducir el riesgo de errores en la prescripción”

Juan Carlos González Quiñones

EL PEREGRINO QUE TOCA

La humildad

Gabriel Sáenz

NOTICOMUNITARIA

Escenarios de práctica de Medicina Comunitaria

Erika Paola Benitez, Saúl Hernando Guevara



Editorial



ACERCA DE LA LEY DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS Y NUESTRO PROGRAMA

Juan Carlos González Quiñones[‡]



¡Qué momento interesante están viviendo los residentes medico quirúrgicos del país! La ley que les brinda un poderoso apoyo está por consolidarse y convertirse en realidad, faltando tan solo la sanción presidencial (1). Sin duda lo hará; es cuestión de justicia elemental.

Con este contexto es que he considerado importante abrir este diálogo sobre nuestro programa de posgrado hacia el cual siento un profundo vínculo. Por supuesto, lo que voy a expresar, solo me compete a mí y en ningún momento es el pensamiento oficial de mi facultad. Eso sí, forma parte de la ineludible exposición de opiniones que la vida académica necesita. Con esta necesaria aclaración comencemos.

Su origen



No me cabe duda de que este posgrado es, junto con el pregrado de Medicina, las razones originales que tuvo el doctor Piñeros para crear esta entidad conocida en su momento como Escuela de Medicina, hoy Fundación Universitaria.

Ambos desarrollos académicos están íntimamente unidos en su origen. La facultad en su momento quiso formar un médico con la capacidad de resolver el 85 % de los problemas a los que se podría enfrentar en la Colombia de la década de los años 1970. Cuando se graduaron las primeras promociones, surgió un cuestionamiento frente al cumplimiento de tal

anhelo; aún les faltaba, y una probable explicación estaba en que, si eran especialistas los que les enseñaban a los estudiantes, entonces ellos les inculcarían la necesidad de especializarse, alejándose de ese objetivo de formación integral que el doctor Piñeros intuía. Es así como piensa en formar un nuevo docente, al que concibe de forma integral, es decir, como un ejemplo en su asistencia (debe atenderlo todo) a cargo de la docencia de los estudiantes (docencia corporativa integral), al que denominó *Cirujano Interista* (2). En 1981 inició la apertura de los cupos con un programa que se fue construyendo sobre la marcha y al que le asignó cinco años de duración.

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



Un modelo



Residentes como futuros Cirujanos Internistas, 1985.

Cada uno de los médicos que nos fuimos vinculando a este programa, asumíamos un servicio, donde, acompañados por los especialistas, desarrollábamos la habilidad de enfrentar los casos, pero, además, dirigíamos las actividades de los estudiantes de pregrado. A ello se le agregó la participación con los especialistas en las clases magistrales que se dictaban

en la Escuela. Pretendía el doctor Piñeros que fuéramos un ejemplo; por eso, entregaba la clínica a dos o tres de nosotros a partir de las 5:00 p.m. para que asumiéramos la atención de todos los servicios, junto con los estudiantes. Por supuesto que podíamos acceder a los especialistas cuando los casos así lo ameritaban.

La actividad clave

Si algo nos podía representar de forma emblemática era que conocíamos a los pacientes asignados de forma completa y comprometida, siendo la fuente de comunicación con ellos y sus familias. ¡Nos identificaban!

Cambios

Así nos formamos las promociones hasta el año 1998; con un enfoque eminentemente hospitalario y un actuar por completo docente-asistencial. Cuando concluíamos, a los cinco años, accedíamos al título de Especialistas en Medicina Familiar Integral, denominación que se impuso en 1993 cuando oficialmente fue aprobada la especialidad (3) y, además, se recibía el título de Profesor Agregado de la carrera docente de la Escuela de Medicina. A partir de ese año, el programa tuvo una duración de solo tres años y la función académica se disminuyó. Por cierto, hasta 1998, todos los que ingresábamos recibíamos una bonificación y,

por supuesto, no se nos cobraba matrícula alguna. Éramos los instructores de carrera docente.

Desde entonces (1998), el programa se convirtió en una residencia médico-quirúrgica, homologable con otros programas y debidamente reconocida, donde los residentes pagan una matrícula y donde no tienen una responsabilidad docente para con los estudiantes de pregrado. Desde el inicio (1981), y hasta la fecha, se han formado alrededor de 100 especialistas. En el momento actual está en trámite la certificación de la acreditación del programa y, muy probablemente, se conseguirá.



¿Cómo concibe el Ministerio de Salud a la Medicina Familiar?



Imagen tomada de: <https://goo.gl/sqAzLp>

El Gobierno promueve esta especialidad por considerarla clave para la implementación de la Política Integral de Salud (4). La concibe como un punto de encuentro en los equipos de cuidados primarios con los complementarios. De hecho, nuestra facultad se comprometió a promoverla a través de un aumento de cupos y el acompañamiento a otras facultades.

Creería que a nivel primario, un Médico Familiar ha de estar a cargo de la asesoría de varios equipos de Atención Primaria, los que a su vez, tendrían a su cargo a las familias y serían los responsables de la atención integral entendida como

“atención” cuando alguno de los miembros de la familia se enferme; “prevención”, entendida como el acompañamiento de los miembros de la familia en tanto estén y se mantengan sanos o, “rehabilitación”, donde el equipo asesorado por la especialidad (Medicina Familiar) deberá hacer frente a las enfermedades crónicas (5). Por ende, y por sobre todo, este Médico Familiar ha de ser un clínico formidable, pues él, junto con los equipos de APS, deben tener la capacidad de ser altamente resolutivos. Volviendo a nuestro pasado, ser capaces de resolver el 85 % de las consultas de los miembros de esas familias.



Además, lo concebimos como responsable de los servicios de hospitalización, en los cuales, con el apoyo de las especialidades, acompaña de forma integral al paciente hospitalizado, asumiendo el papel de ser ese interlocutor permanente, que coordina a los especialistas en torno a la atención y está dispuesto a comunicarse con la familia y coordinar lo necesario dentro del sistema de salud.

Por supuesto que, con base en la experiencia, hemos visto también el inmenso desempeño que puede tener en los servicios de urgencia, en donde su preparación integral, junto con la capacitación en procedimientos vitales, permite ser una respuesta inmediata a las situaciones prioritarias, siendo una excelente forma de resolverlas de manera cabal en esta puerta de entrada al sistema de salud.



La situación de las residencias médico-quirúrgicas



Explica la doctora Borrell (6) que existen dos dimensiones que se deben analizar en todas las residencias médico-quirúrgicas, la política y la educativa.

En torno a la política, insiste en que los países, a través de sus gobiernos, deben promover la cantidad de especialistas que necesitan y en las áreas que requieran. La atención de la población así lo exige. Claro, asimismo, deben analizarse las necesidades del mercado laboral con el fin de promover lo que en salud es clave, un futuro laboral justo para los especialistas. Esa combinación, necesidades de la población y condiciones dignas de ejercicio, han de determinar una

sana regulación donde el Estado y los gremios que representen a los especialistas busquen una adecuada planificación. De no hacerlo (como hoy sucede), se formarán menos especialistas de los que el país necesita, perjudicándose la población y permitiendo que los centros formadores fijen las tarifas que deseen, poniendo lo económico (el precio de las matrículas) como un factor restrictivo, lo que conlleva a la pérdida de la razón social de la especialidad (cuando egresa, el objetivo del especialista es ver retribuida tan alta inversión). ¿Cuál será la posición de Colombia en torno a esto? Mi impresión es que es ambigua, pero ciertamente se han hecho propuestas al respecto (7).

Lo educativo



European Training Requirements for GP/FM specialist training

En torno a lo educativo, el asunto es garantizar que los programas brinden la mejor preparación a los futuros especialistas (8). En tal sentido, uno de los aspectos claves son los docentes y, de ellos, los **tutores**, referidos como esos docentes que acompañan de forma directa a los residentes, siendo los responsables de inculcar y garantizar en ellos la preparación práctica. Ellos, junto con los estímulos para estudiar (**exigencia y dedicación**), constituyen dos ángulos en la preparación del residente; claro, en un escenario de prácticas (tercer ángulo) que asegure la casuística del desempeño (triángulo de la calidad). Dichos escenarios son, para la mayoría de las especialidades, los hospitales universitarios, hoy reconocidos en la mayoría de los casos como de tercer nivel (por el acceso a las especialidades),

donde, además de los residentes, están los estudiantes de pregrado. El equilibrio entre asistencia, tutoría y autoestudio probablemente constituya la triada en la que se sustenta la calidad.

En el caso de la Medicina Familiar, como escenario adicional están los ambientes comunitarios, donde, en particular, está el nivel básico de la APS, junto con los equipos primarios, como contexto propicio para esta especialidad. Por supuesto que en Colombia hemos de reconocer que aún el sistema de salud no avanza como debería y, de ahí, la crisis que existe en buena parte de los hospitales, incluidos aquellos que habitualmente han implementado la docencia y, que de forma muy breve y nítida explica Juan Carlos Giraldo (9).



La realidad de las residencias

Creo que en los hospitales donde hay residentes, ellos son los que asumen buena parte de la responsabilidad en la atención y son, de hecho, los profesionales con los que más se relacionan los pacientes. No es cierto (al menos a mis ojos) que ellos sean estudiantes sin responsabilidades asistenciales... No, ison eminentemente asistenciales! Y, habitualmente, sobrecargados de trabajo (10); pero, si al dar esa asistencia son guiados por buenos tutores, entonces la calidad de su formación cubre dos aspectos de los tres con que concibo la calidad (docencia-asistencia y autoestudio).

Estoy seguro de que la realidad es que los costos aseguran ingresos a los hospitales que preparan residentes, -valdría la pena hacer un estudio si existen dudas y puede servir de referente el efectuado por el Hospital San Ignacio (11)-, de ahí que creo que es un acierto que se piense en dejar de cobrarles las matrículas y que se les cancele una remuneración. Estos dos aspectos deben asegurar que los residentes se dediquen a estudiar en los momentos en que no están prestando asistencia y aprendiendo a través de las prácticas. Estudiar (12) se convierte en un elemento

fundamental que se ha de inculcar como hábito y, de ser posible, como gusto. ¿La razón? La tremenda velocidad con que cambian los conceptos, las prescripciones, determina que cualquier médico dedique parte de su jornada rutinaria a revisar (13), máxime hoy cuando el acceso a la información está prácticamente al alcance de todos. Será función de los tutores (14) estimular y evaluar su estudio, así como acompañarlos en la asistencia. Un buen programa debe garantizar que el residente no se sobrecargue con el servicio asistencial y concederle tiempo de recuperación cuando lo requiera. De no hacerlo, por supuesto que el agotamiento somete a los pacientes a riesgos tal y como lo demuestran diversos estudios (10, 12, 13).

La doctora Borrell considera que el tutor debe capacitarse debidamente como pedagogo pues la sola experticia, si bien es necesaria, no es suficiente. Tal vez tenga razón, pero creo que mucha de la calidad de los programas está determinada por el ejemplo integral del tutor a los ojos del residente; y, aunque no sea tan frecuente, lo concibo haciendo juntos la asistencia.

Nuestra residencia



Se trata de un programa bastante enfocado en la asistencia médica. Prueba de eso es la proporción de tiempo que pasan nuestros residentes en ambientes hospitalarios (75 % de los seis que constituyen la residencia) versus los ambientes comunitarios (sumadas las rotaciones en Faca, Medicina Comunitaria y consulta ambulatoria pueden equivaler a un semestre y medio, es decir el 25 %). Mi impresión es que no los impregnamos suficientemente de APS, pero debo reconocer que es más un problema del sistema de salud que no ha podido hacer real la Política de Atención Integral; la

fragmentación aún domina el panorama, sumado a una profunda crisis económica que determina que la situación de nuestro principal escenario de práctica sea tambaleante e inestable. Creo que hoy es muy difícil poner a disposición de las familias los equipos de cuidadores primarios responsables de unirse a ellas para darles el máximo de salud posible. Pero nosotros deberemos ser quienes luchemos por hacer de esto una realidad ¿Por qué? Porque somos el recurso humano capacitado.



Médicos generales solo resuelven 3 de cada 10 consultas que atienden

Gremio señala que limitaciones impuestas por el sistema es la principal causa.

- Comentar
- Facebook
- Twitter
- Guardar
- Enviar
- Google+



Imagen tomada de: <https://goo.gl/R2QXuQ>

Espero que esa preparación tan clínica nos forme muy bien y nos confiera la capacidad de resolver que tanto reclama el sistema.

El asunto

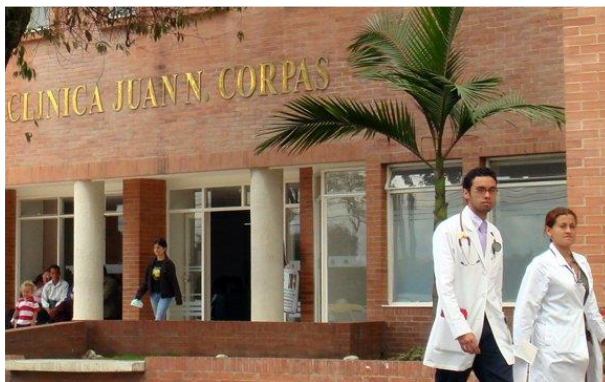
Es mi impresión que los escenarios hospitalarios académicos están luchando por sobrevivir debido a la incertidumbre del pago por la prestación, propiciando el predominio de la asistencia por parte de los residentes y resintiéndose la tutoría ideal. Diría que el déficit económico determinado por ese pago incierto de las EPS ha repercutido en la nómina de los hospitales docentes y ha hecho que se pierda una buena cantidad de los tutores que deberían tener para los posgrados (e incluso para el pregrado). El resultado es que los residentes, junto con los pocos docentes asistenciales que quedan en los hospitales, procuran atender todos los

pacientes quedando poco espacio para reforzar el aprendizaje (tiempo para revisar un caso o un artículo). A lo mejor, en forma práctica, los residentes tendrán un contacto desmesurado de casos, pero sin recibir la retroalimentación que deberían (14). De seguro las revistas asistenciales existen, siendo escasa la combinación de esta actividad con actividades académicas organizadas. Lo anterior somete al posgrado y al pregrado al inmenso riesgo de bajar la calidad educativa, lo que determinará un serio problema al sistema de salud.

Y ¿qué hacer?

No deben hacerse observaciones críticas sin propuestas. Así que para la situación que he planteado, propongo las siguientes alternativas.

Los hospitales académicos y las universidades se deben unir de forma sólida. Creo que tratar de separar la asistencia de la docencia es un error. La dirección de la clínica y la facultad han de ser una unidad docente asistencial. Eran una unidad en el pasado y deben volver a serlo.



La clínica se construyó como la principal aula de la Corpas y así debe permanecer. Concibo que lo mismo ocurrirá con el Hospital San Ignacio y la facultad de Medicina de la Javeriana o con la decanatura de la FUCS y el Hospital San José. Sin duda esas entidades y nosotros tenemos una condición privilegiada que siempre ha marcado y debe seguir haciéndolo. Pero, retomando nuestro programa, la misión

debe ser atender de la mejor forma posible a los pacientes, demostrando que el ser un centro docente fortalece tal misión (por encima de las IPS sin docencia). Insisto, en que, por tratarse de un centro académico, los pacientes reciben un plus que es el derivado del compromiso hacia ellos por parte de los estudiantes, tanto de pre como de posgrado, que asegura que sean vistos de la forma más integral posible.



En nuestro caso, donde la integralidad en la atención es uno de los pilares de nuestra creación, la actividad que mejor nos represente debe ser justamente eso: una historia clínica completa con enfoque biopsicosocial, con una atención donde cada paciente sabe e identifica cuál es el médico a cargo (que, sin duda, debería ser un Médico Familiar o un especialista igualmente comprometido), profesional que será el encargado de explicarle a él o a su familia su condición de salud. Él coordinará con otros especialistas toda la atención que requiera. Intuyo que tal profesional debe ser el tutor de los residentes (principalmente por el ejemplo que da en la atención de sus pacientes), que asuman ese compromiso de

conocer y ofrecer de la forma más integral la atención a los pacientes y las familias a su cargo.

De hecho, en nuestro caso particular, intuyo que el residente puede asumir la responsabilidad de dar la tutoría de los estudiantes de pregrado (cascada del aprendizaje, 15). Por eso, tanto el docente tutor de los residentes como ellos mismos (16), deberán recibir una formación pedagógica básica (8) que promueva el aprendizaje de esta cadena docente asistencial, sabiendo que es el ejemplo en la manera como atienden, la principal forma de enseñanza.

Los retos

Si la clínica y la universidad son una unidad, los docentes asistenciales deben ser presupuestados calculando el tiempo para hacer su labor asistencial y docente. De seguro será un estudio de costos (11) lo que permitirá dilucidar cuántos pacientes podrán atender, los que compartirán con los residentes a su cargo y con los estudiantes de pregrado. Su

función será ofrecer el máximo de salud posible a los pacientes que atienden, combinando esta actividad con actividades académicas que permitan que los residentes y los estudiantes se formen de la mejor manera posible. ¿Cómo se les medirá? Sin duda por la atención y la satisfacción de los pacientes atendidos.

La unidad docente asistencial

Solo, y de forma intuitiva, más como ejemplo, propongo que en la clínica cada docente tutor tenga a su cargo ocho pacientes por día, por los que debe responder de manera integral, compartidos con uno o dos residentes y, cada uno de estos a su vez, a cargo, como tutores, de dos internos, quienes compartirán con cuatro estudiantes. Así, la unidad docente asistencial sería, de 8 pacientes a cargo de un docente, dos residentes, 4 internos y 16 estudiantes. Han de cumplir con todas las responsabilidades asistenciales y académicas, que incluirían la atención de los pacientes

hospitalizados y la consulta de egreso para ver cómo evolucionan (esto es clave para medir las intervenciones efectuadas durante la hospitalización); dos actividades académicas a la semana bien preparadas (caso o tema o club de artículos) y la revisión individual de lo visto día a día. Intuyo que un número de ocho pacientes permitiría cubrir de la misma manera las actividades estrictamente derivadas de la atención y exigidas por la administración del Sistema General de Seguridad Social.

En consonancia

Digo y sostengo que los hospitales donde están las universidades presentes deben ser los pilares de la calidad en todo sentido. Allí, los pacientes deben ser tratados de forma impecable en torno al raciocinio científico y deben ser ejemplos de la cordialidad en la atención.

Involucrar a los residentes con el proyecto pedagógico resulta clave (15, 16). Por supuesto que deben recibir una inducción apropiada que incluya la capacitación en las exigencias de la administración hospitalaria actual. Intuitivamente creo que la

labor de los residentes en torno a la asistencia y a la docencia permite proponer que sus matrículas queden cubiertas y que, incluso, reciban una remuneración proveniente de la Seguridad Social para evitar que se sobrecarguen con empleos complementarios (los turnos en urgencias es la forma adicional como la mayoría de residentes sobreviven durante el tiempo de residencia), que lo único que determinan es que las condiciones de vida durante la residencia sean realmente deplorables.



En nuestro caso



La Medicina Familiar tiene un escenario adicional que es tan importante como el hospital, a saber, la comunidad. Creo que es justo reconocer que, al menos por ahora, la realidad de la APS a través de la Política de Atención Integral está aún lejana. No existen, al menos no como generalidad, esos equipos primarios a cargo de las familias bajo la estrategia denominada *Salud Familiar*. Mucho menos trabajos intersectoriales.

El Departamento de Medicina Comunitaria ha construido sus propios escenarios uniéndose con la comunidad. Muy seguramente en un futuro formarán parte del sistema de salud, pero hoy no sucede así. Por lo que hacemos, no se cobra al Sistema, así estemos haciendo salud colectiva. En dichos escenarios, la compensación del residente solo se puede hacer a través de la docencia.

Lo cierto

Es que esta nueva ley debe motivar una reflexión consensuada y justa del papel de los residentes en los hospitales, donde la calidad de su formación, así como la remuneración y el costo de las matrículas se evalúen de manera integral. Propongo volver a nuestros orígenes cuando los residentes eran tutores de los estudiantes y convertir la clínica, el pregrado y el posgrado en una unidad docente asistencial.

Así mismo...

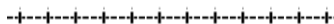


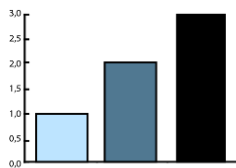
Para ello planteo convocar un gran encuentro entre la facultad, la clínica y los residentes (incluidos los egresados), donde se perfile una propuesta que nos guíe tanto en el pregrado como el posgrado y nos permita cumplir con la misión social que nos dio origen y que tanto necesita Colombia.

¡Corpas vive!

Referencias

- (1) Caracol [Internet]. A sanción presidencial la ley que otorga salario a médicos residentes. Disponible en: http://caracol.com.co/radio/2018/06/07/judicial/1528329656_574384.html
- (2) Piñeros J. El cirujano internista una respuesta al futuro. Fedicor 1988.
- (3) Documento maestro de la Especialización de Medicina Familiar Integral 2014.
- (4) FUJNC. Política de Atención Integral de Salud. Ministerio de Protección Social de Colombia. Enero 2016.
- (5) Campos F et al. Caminos para acercar la formación de profesionales de salud a las necesidades de la atención primaria. Revista Brasileira de Educação médica. 2001; (25):2.
- (6) Borrell RM. Residencias Médicas en América Latina. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=6mmpCGcuV7c>
- (7) Reyes G, Ortiz LC. Sistema de Residencias Médicas en Colombia: Marco conceptual para una propuesta de regulación. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Bogotá D.C., enero de 2013. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Documento%20de%20Residencias%20M%C3%A9dicas_versi%C3%B3n%206%20%282%29.pdf
- (8) Michels N., Maagaard R., Scherpbier N. Educational Training Requirements for GP/FM Specialist Training. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, 2018.
- (9) Los hospitales deberían ser mejor preservados por la institucionalidad estatal. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=KMQtCUPWNIQ>
- (10) Tasker F, Newbery N, Burr B, Goddard AF. Survey of Core Medical Trainers in the United Kingdom 2013 - Inconsistencies in Training Experience and Competing with Service Demands. Clin Med (Lond). 2014 Apr;14(2):149-56. doi: 10.7861/clinmedicine.14-2-149.
- (11) Dirección General Hospital Universitario San Ignacio [Internet]. Estimación de costos de la docencia en el HUSI. Disponible en: <https://www.opinionysalud.com/wp-content/uploads/2018/05/ESTUDIO-COSTOS-DE-LA-DOCENCIA-septiembre-28-de-2007-3-1.pdf>
- (12) McCoy CP, Stenerson MB, Halvorsen AJ, Homme JH, McDonald FS. Association of Volume of Patient Encounters with Residents' In-Training Examination Performance. Journal of General Internal Medicine. 2013;28(8):1035-1041. doi:10.1007/s11606-013-2398-0.
- (13) McDonald FS, Zeger SL, Kolars JC. Factors Associated with Medical Knowledge Acquisition During Internal Medicine Residency. Journal of General Internal Medicine. 2007;22(7):962-968. doi:10.1007/s11606-007-0206-4
- (14) Saedon H, Salleh S, Balakrishnan A, Imray CH, Saedon M. The Role of Feedback in Improving the Effectiveness of Workplace Based Assessments: A Systematic Review. BMC Medical Education. 2012; 12:25. doi:10.1186/1472-6920-12-25.
- (15) Méndez J, Mendoza H, Uri Torruco M. El médico residente como educador. In: Ed Med 2013;2(7):154-161
- (16) Bayter E, Cordoba A, Messier J. Residentes como docentes en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), proyecto de residentes formadores Repertorio de Medicina y Cirugía Volume 26, Issue 1, January-March 2017, Pages 27-34 <https://doi.org/10.1016/j.reper.2017.03.001>





Investigación

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Prevalence of Sleep Disorders in Children and Adolescents

Paula Alarcón C, Geraldine Acevedo R, Ángela Casas V, Glendy Ardila R, Julián Bernal A, Javier Avella R**
Tutor: Juan Carlos González Q**
Colaboración: Jenny Pinzón**



Resumen

Objetivo: Identificar la prevalencia de trastornos del sueño en niños y adolescentes de colegios urbanos y rurales (públicos y privados).

Población: 2548 niños y jóvenes que estuvieran cursando estudios de primaria y secundaria de colegios urbanos y rurales.

Método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para lo cual se utilizó la encuesta de cribado de trastornos del sueño BEARS.

Resultados: La prevalencia de trastornos del sueño es del 76 % en esta muestra poblacional, aumentando a medida que se tiene más edad, presentándose más en estratos socioeconómicos altos y en zona urbana.

Palabras clave: Sueño, trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño, trastornos del sueño-vigilia, adolescente, niño.

Abstract

Objective: To identify the prevalence of sleep disorders in children and adolescents attending urban and rural schools (public and private).

Population: 2548 children and adolescents studying in elementary and secondary schools.

Method: A descriptive cross-sectional study was carried out using the sleep disorder screening survey BEARS.

Results: The prevalence of sleep disorders was 76 % in this population sample, increasing as they get older, appearing more in high socioeconomic strata and in urban areas.

Keywords: Sleep, sleep initiation and maintenance disorders, sleep wake disorders, adolescent, child.

INTRODUCCIÓN

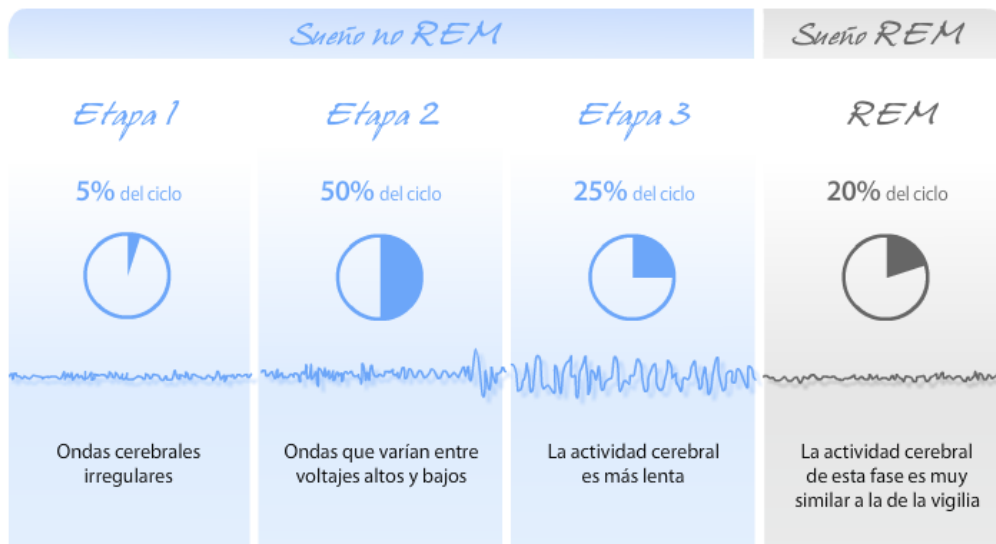


Imagen tomada de: <https://goo.gl/BdYdRN>

** Estudiantes VII semestre abril-junio 2018 – Facultad de Medicina FUJNC.
 ** MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC–
juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co
 ** Coeditora Carta Comunitaria.

¿Qué es el sueño?

Barkoukis (1) define al sueño como un estado fisiológico, activo y rítmico, que aparece cada 24 horas, alternándose con la vigilia, siendo clave para preservar las funciones fisiológicas y sostener el equilibrio físico y mental. Su estructura y características propias han permitido identificar patrones normales y anormales en el ser humano (1). El estudio del sueño ha evolucionado desde el análisis a partir de electroencefalogramas hasta la polisomnografía, abriendo todo un campo de conocimiento.

Según Carrillo (2) el sueño fisiológico tiene dos fases, REM (*rapid eye movement*) y NO REM, que se van alternado en el transcurso de la noche, ambas necesarias para un descanso óptimo y para suplir la realización de actividades del día. La fase NO REM se divide en tres etapas más. La primera tiene

el componente de la somnolencia y el inicio del sueño ligero, siendo fácil despertarse y presentándose una disminución de la actividad muscular y algunas sacudidas breves; esta etapa coincide con la sensación de caída, llamada mioclonía hípica (2). La segunda etapa puede ocupar hasta un 50 % (del total de las dos fases) para llegar a la etapa tres de sueño profundo y reparador.

La fase REM, asociada con actividad neuronal y ensoñación, se caracteriza por la presencia de movimientos oculares rápidos y la disminución del tono de los músculos voluntarios. En esta etapa, la frecuencia cardíaca y respiratoria quedan influenciadas por los sueños y las personas tienden a despertarse y recordar lo que soñaron.

Sueño y edad

Cuánto debemos dormir

• La Fundación Nacional del Sueño de Estados Unidos emitió recientemente nuevas recomendaciones en relación a cuánto deberíamos dormir en base a una revisión de los criterios. Si bien los valores expresados en el gráfico remiten a lo recomendable según cada edad, existe en torno a ellos cierto margen aceptable de variabilidad.

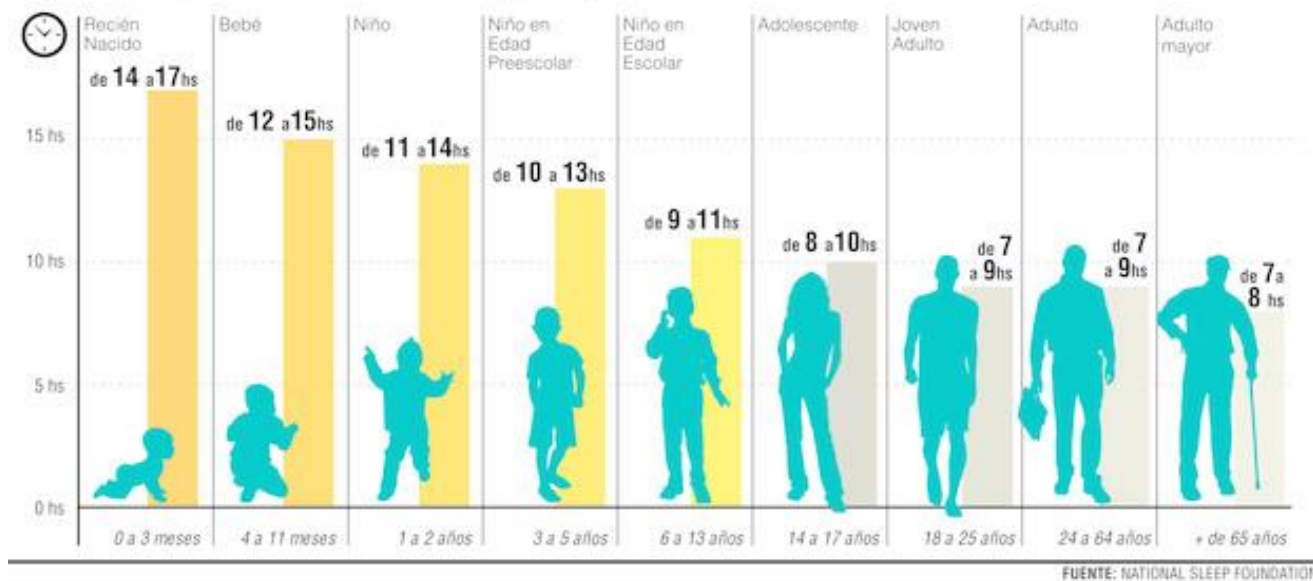


Imagen tomada de: <https://goo.gl/qYyMjF>

Lombardo (3) menciona que el sueño o su ciclo de descanso cambian dependiendo según cada etapa del ciclo vital. Por ejemplo, en los niños los períodos vigilia-sueño se repiten varias veces y es el patrón hasta los 3 o 4 años de edad. La proporción de la etapa REM es mayor que la NO REM. Sánchez (4) afirma que la edad es un factor decisivo para la

cantidad de horas de sueño. El recién nacido duerme entre 14 y 18 horas, el lactante entre 12 y 14 horas, el niño en etapa escolar entre 11 y 12 horas y, en la edad adulta, la mayoría duerme entre 7 y 8 horas por noche. En otras palabras, es fisiológico que el número de horas dormidas vaya disminuyendo progresivamente a lo largo de la vida.



Trastornos del sueño

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) señala:

4% de los hombres y 2% de las mujeres sufren algún trastorno del sueño.

10% de estos casos son diagnosticados.

1% es tratado adecuadamente; el resto desconoce su condición.

Para la Clínica de Trastornos del Sueño de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM):

15% padece hipersomnias en México y es la 2ª causa de accidentes automovilísticos y laborales, después del alcohol.

TRASTORNOS DEL SUEÑO
Cuando dormir no es un placer

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a los adultos dormir 7 a 8 horas diarias para conservar su salud; sin embargo, 40% de la población mundial sufre trastornos del sueño.



INSOMNIO
• Aproximadamente 20% de la población mundial, señala la Universidad Veracruzana.
• Afecta a 15 millones de mexicanos, indica el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
• 10% de la población en México sufre insomnio crónico, advierte la Clínica del Sueño del Instituto Nacional de Psiquiatría.

SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO
El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) estima que:
• Afecta de 2 a 15% de la población general.
• Cerca de 10% de adultos mayores de 65 años lo padece.

SONAMBULISMO
Es más frecuente en niños y adolescentes. La Universidad Veracruzana indica que:
• 15% de los niños tienen uno o más episodios de sonambulismo.
• 1 a 6% padece episodios recurrentes.

HIPERSOMNIA
Es causa de accidentes. El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez señala que la somnolencia excesiva diurna (hipersomnias) es más frecuente en:
• Ciudad de México (afecta a 31.5% de su población).
• Israel (la presenta 22.6%).
• Inglaterra (alcanza al 20.7%).

- Beneficios de dormir bien**
- Aumenta la resistencia del cuerpo a enfermedades.
 - Reduce el cansancio.
 - Combate estrés, irritabilidad y depresión.
 - Las células de la piel se regeneran con más facilidad.
 - Favorece el proceso de crecimiento y desarrollo mental.
 - La vista descansa y se regenera tras el esfuerzo diurno.

Imagen tomada de: <https://ano.nl/vdToF1>

Los trastornos del sueño son descritos por Smith (5) como aquellos que afectan la capacidad para dormirse y/o mantenerse dormido, provocan que se duerma demasiado o se produzcan conductas anormales asociadas al sueño.

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría en el DSM IV (6) clasifica los trastornos del sueño en primarios que incluyen el

insomnio primario, la hipersomnias primaria, la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano, la disomnias, las parasomnias, las pesadillas, los terrores nocturnos y el sonambulismo. Luego están los trastornos del sueño relacionados con desórdenes mentales, los causados por una enfermedad y, los inducidos por consumo de sustancias.

Importancia del sueño

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE DORMIR?

FUNCIONES DEL SUEÑO

- LIMPIAR EL CEREBRO DE TOXINAS
- RESTAURACIÓN FÍSICA
- PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN Y MEMORIZACIÓN
- REGULACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO
- FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA

Imagen tomada de: <https://goo.gl/StQbEK>



El sueño cumple un papel muy importante en el óptimo funcionamiento físico y mental del ser humano (7). Recientemente se ha comenzado a conocer y entender las consecuencias que puede tener una deficiente calidad del sueño a mediano y largo plazo. Por ejemplo, el sueño está íntimamente asociado con los neuromoduladores de los sistemas aminérgico, colinérgico y gabaérgico, dichos sistemas, a su vez, están fuertemente relacionados con las enfermedades mentales, en especial, los trastornos del ánimo (7). Además, intervienen genes implicados en las vías

de la serotonina, y muchos otros, desempeñando un papel en la relación sueño-ansiedad (8).

La evolución del sueño en niños y adolescentes muestra que a los seis meses se empieza a establecer el ciclo circadiano vigilia-sueño, con sueño nocturno hasta de cinco horas. Las siestas son lo habitual hasta los 3 o 4 años de edad (una en la mañana y otra en la tarde). Un 30 % de los niños tienen despertares nocturnos. Los adolescentes alteran la dinámica del sueño en la niñez retrasando su inicio (se trasnochan) y levantándose tarde.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/Y5mcD1>

El entorno familiar, según Thomas (8), tiene gran repercusión en la aparición tanto en trastornos del sueño como de ansiedad en niños y adolescentes. Factores influyentes pueden ser la ausencia de horarios fijos al acostarse, hijos de padres ansiosos, desorganización familiar, depresión materna, estrés y trauma, situaciones todas que predisponen la presencia de alteraciones del sueño. Se sabe (8) que los hijos de padres ansiosos muestran niveles elevados de cortisol, los cuales alteran el sueño y están presentes en el momento previo de la conciliación del mismo en niños con trastornos de ansiedad. Por otro lado, un sueño alterado puede interrumpir los procesos que ocurren en la corteza prefrontal. Es conocido que esta área del cerebro es importante en el funcionamiento ejecutivo necesario para controlar la emoción y la cognición. En consecuencia, los niños afectados podrían estar en riesgo del deterioro de esta función. En los jóvenes, igualmente, la ansiedad y las dificultades para dormir están asociadas. De hecho, el creciente avance de la literatura ha demostrado que, en ciertos casos, los trastornos del sueño en los jóvenes pueden

ser factores predisponentes para el desarrollo de la ansiedad (8).

Existen diversos instrumentos para identificar la calidad y las alteraciones del sueño. Sin duda, la historia clínica debe siempre incluir preguntas en torno a cómo duermen los niños y los adolescentes (9). La encuesta BEARS evalúa cinco aspectos claves más como tamizaje. De ser positivo alguno de estos, se puede usar un cuestionario más específico (9), como la escala BRUNI (SDSC: *Sleep disturbance Scale for Children*).

El objetivo de este artículo es estimar la prevalencia de alteraciones del sueño en niños y adolescentes escolarizados. Con estos resultados se puede pensar en realizar a futuro un trabajo más amplio de investigación con el ánimo de hacer propuestas y campañas para prevenir y/o mejorar estas alteraciones en los colegios, creyendo que en edades tempranas es más fácil hacerlo y, de esa manera, promover buenos hábitos de sueño que se mantengan en la edad adulta.



MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo de tipo corte transversal.

Población: Niños y adolescentes entre las edades de 5 a 19 años, de instituciones educativas públicas, privadas, urbanas y rurales ubicadas en Bogotá, Chía y Boyacá.

Criterios de inclusión: Niños y adolescentes pertenecientes a los colegios participantes que estuvieran dispuestos a contestar la encuesta, para lo cual se explicó previamente el estudio y sus beneficios, y se solicitó la debida autorización de cada institución educativa y la aprobación de los padres.

Variables de estudio: se incluyeron variables sociodemográficas (sexo, edad, estrato social), estado de ánimo y las variables propias de la encuesta BEARS que determinan si existe o no un trastorno del sueño (siglas "B" para *bedtime problems* o problemas para acostarse; "E" para *excessive daytime sleepiness* o excesiva somnolencia diurna; "A" para *awakenings during the night* o despertares durante la noche; "R" para *regularity and duration of sleep* o regularidad y duración del sueño y, "S" para *snoring* o

ronquidos, donde con cualquier pregunta que tenga respuesta afirmativa se considera el tamizaje positivo).

Prueba piloto: Se realizaron 20 encuestas en niños y adolescentes pertenecientes a las familias de quienes realizaron esta investigación con el fin de corroborar que las preguntas planteadas fueran fáciles de comprender.

Recolección de la información: La información de los más pequeños se obtuvo leyendo con ellos cada pregunta y ayudándolos a contestar; en los mayores el cuestionario fue autodilucidado. El promedio de tiempo que tomó la encuesta fue de diez y cinco minutos en cada caso respectivamente.

Manejo estadístico: Se tabuló la información en una base de datos creada con el programa Excel para obtener las tablas de frecuencias. A través del programa Epi Info se calcularon los odds ratio y el valor de la prueba *p* de los resultados positivo y negativo para presencia de alteración del sueño comparados con sexo, edad, estado de ánimo y estrato social.

RESULTADOS

Se logró aplicar un total de 2548 encuestas.

Tabla 1. Características sociodemográficas y percepción del estado de ánimo en niños y adolescentes de colegios estudiados en 2017.

VARIABLE	N°	%
Sexo		
Femenino	1374	54
Masculino	1174	46
Edad		
De 5 a 7 años	522	20
De 8 a 10 años	516	20
De 11 a 13 años	735	30
De 14 a 19 años	775	30
Estado de ánimo		
Feliz	1080	42
Normal	1342	53
Triste	126	20
Zona		
Rural	508	20
Urbana	2040	80
Estrato		
Uno	438	17
Dos	976	38
Tres	961	38
Cuatro	139	5
Cinco	30	1



Tabla 2. Resultados del test de BEARS en niños y adolescentes de colegios estudiados en 2017.

VARIABLE	N°	%
Total población estudiada	2548	100
Tiene problemas para dormir a la hora de acostarse.	566	22
Le cuesta despertarse por las mañanas y se siente muy cansado durante el día.	1206	47
Se despierta mucho por la noche.	405	16
No tiene un horario para ir a dormir y no duerme lo suficiente.	1286	50
Presenta dificultad para respirar en las noches.	277	11
Total de niños y adolescentes con al menos una respuesta positiva	1945	76

La tabla 2 muestra los resultados de las cinco variables que conforman la encuesta de cribado BEARS. La prevalencia de trastornos del sueño (76 %) se calculó teniendo en cuenta a quienes al menos tenían una respuesta positiva.

Tabla 3. Odds ratio de la variable trastornos del sueño versus sexo, edad, estado de ánimo, zona y estrato de vivienda en niños y adolescentes de colegios estudiados en 2017.

VARIABLE	TRASTORNOS DEL SUEÑO				OR	IC 95%		VALOR P
	SÍ		NO			LI	LS	
	N°	%	N°	%				
Sexo								
Femenino	1050	76	324	24	1,02	0,85	1,23	0,380000
Masculino	884	76	280	24				
Edad								
De 8 a 10 años	415	80	101	20	4,4	3,4	5,8	0,000000
De 5 a 7 años	251	48	271	52				
De 11 a 13 años	600	82	135	18	4,8	3,7	6,2	0,000000
De 5 a 7 años	251	48	271	52				
De 14 a 19 años	677	87	98	13	7,4	5,6	9,7	0,000000
De 5 a 7 años	251	48	271	52				
Estado de ánimo								
Triste	108	86	18	14	2,4	1,5	4,1	0,000460
Feliz	767	71	313	29				
Zona								
Urbana	1608	79	432	21	2,0	1,6	2,4	0,007000
Rural	332	65	176	35				
Estrato de vivienda								
Dos	770	79	206	21	2,6	2,0	3,1	0,000000
Uno	258	58	179	41				
Tres	771	80	190	20	2,8	2,2	3,6	0,000000
Uno	258	58	179	41				
Cuatro	117	84	22	16	3,7	2,2	6,0	0,000000
Uno	258	58	179	41				
Cinco	27	90	3	10	6,2	1,9	20,8	0,001500
Uno	258	58	179	41				

La tabla 3 muestra que el riesgo de padecer trastornos del sueño se incrementa a medida que se va alcanzando más edad. La zona urbana, así como los estratos sociales más altos, también mostraron significancia estadística.



DISCUSIÓN

En la presente investigación es factible el sesgo de información por parte de los participantes; sin embargo, este se trató de minimizar con el carácter voluntario de la encuesta y el acompañamiento en la realización de la misma.

En este estudio se encontró que la prevalencia de tener problemas para dormir a la hora de acostarse es del 22 % (Tabla 2). Con relación a esto, la Asociación Americana de Pediatría determina que la principal causa para padecer trastornos del sueño en niños y jóvenes son las actividades que se realizan antes de la hora de ir a dormir. En el estudio realizado por Dube (10), el impacto negativo del uso frecuente de dispositivos electrónicos de entretenimiento y comunicación antes de dormir obtuvo un promedio de 52 %, afectando la duración, calidad y eficiencia del sueño. Lo anterior resalta la importancia de establecer horarios para la utilización de estos dispositivos y una hora adecuada para dormir lejos de distractores que interrumpen la función vital del sueño. Las normas de familia resultan claves para promover buenos hábitos desde niños.

Una de las variables de mayor prevalencia (47 %) fue la referida a la dificultad para despertarse por las mañanas y sentirse muy cansado durante el día (tabla 2). Este hallazgo ha sido similar en estudiantes universitarios de Canadá (11), quienes presentaron una prevalencia del 42 % al evaluar la somnolencia diurna (interpretándose como el hecho de sentirse cansados durante el día). Solari (12) plantea al respecto que los jóvenes, hoy por hoy, están abrumados de aparatos tecnológicos en sus habitaciones, lo que determina que, tanto por su uso desequilibrado como por el desconocimiento de los padres de tal realidad, se desencadene una pérdida de control sobre los horarios para ir a dormir, generando que se altere el ciclo del sueño, lo que puede repercutir directamente sobre el aprendizaje y rendimiento académico. Por ello, insiste en la realización de talleres dirigidos a los padres de familia para concienciarlos de la importancia de establecer la autoridad sobre los hijos al momento de ir a la cama.

La variable relacionada con el insomnio (despertarse mucho por las noches), obtuvo una prevalencia del 16 % (tabla 2), similar a la encontrada en un estudio realizado en Sabaneta,

Antioquia (13), donde el insomnio se presentó en el 14,6 % de los casos estudiados. Los factores asociados con este desorden son múltiples pudiéndose mencionar, entre otros, los trastornos del estado de ánimo que son los mejores predictores de dificultad para reanudar el sueño (14).

“No tiene un horario para dormir y no duerme lo suficiente”, es la variable que más prevalencia tuvo con un 50 % (tabla 2). Salcedo (15) refiere que los “hábitos de sueño de los adolescentes están muy condicionados por el horario escolar y producen un déficit relativo de sueño”. Según Challamel (16), los niños pueden presentar ansiedad a la hora de dormir, ocasionada por diversos factores, entre ellos el temor a la oscuridad, a tener pesadillas o a ser víctimas de pequeñas ilusiones hipnagógicas y por dejarse llevar por su imaginación, prefiriendo realizar otras actividades que les impide cumplir con un horario adecuado para ir a dormir.

La variable “presenta dificultad para respirar en las noches”, está relacionada con diferentes patologías tales como rinitis, asma, etc. La prevalencia en esta población estudiantil, sin tener en cuenta antecedentes patológicos, es del 11 % (tabla 2). En la investigación de Contreras (13), el hallazgo más común fueron los ronquidos (39 % de niños en edad escolar), pero cita varios estudios en los que este factor fluctúa entre el 5 y 17 % (13). Por estar relacionado con otros trastornos del sueño, se recomienda a los acompañantes de vivienda de los niños y jóvenes que observen sus patrones de sueño para evidenciar la presencia de ronquidos y realizar un diagnóstico adecuado.

Al realizar las comparaciones (ver tabla 3), en este estudio no hay diferencia entre mujeres y hombres para padecer trastornos del sueño. Es interesante que, en un estudio realizado en Madrid, los trastornos del sueño son más prevalentes en mujeres, aunque es necesario tener en cuenta que este se realizó por medio de entrevista y en población adulta (17).

La variable con más significancia clínica al momento de padecer trastornos del sueño es la edad (tabla 3). La Figura 1 muestra que estos trastornos aumentan a medida que se tienen más años.

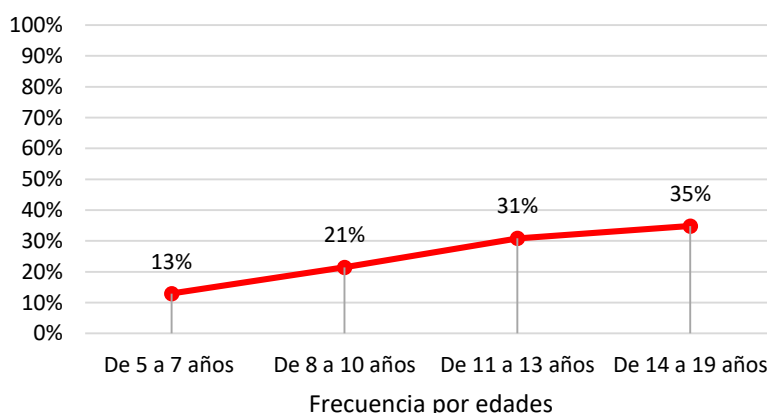


Figura 1. Curva de frecuencia de trastornos del sueño en niños y adolescentes según la edad en población de colegios estudiados en 2017.



La mayoría de estudios de investigación determinan que los trastornos del sueño aumentan proporcionalmente cuando aumenta la edad debido a factores metabólicos y fisiológicos (3, 4, 8).

En este estudio, además, se evidenció (Tabla 3) que las personas de estrato cinco, en comparación con las de estrato uno, tienen más tendencia a presentar trastornos del sueño, con una relación de 6:1 (Tabla 3); hallazgo similar a lo encontrado en niños escolares en Sabaneta (12). Una posible explicación puede ser que los adolescentes de estrato social alto tienen más fácil acceso a los videojuegos, el alcohol, las drogas y las bebidas energizantes, aspectos que influyen en la calidad del sueño de la persona.

Por otro lado, los jóvenes que participaron en este estudio que viven en zona rural, tienen menos riesgo de presentar trastornos del sueño; resultado similar a lo encontrado por Blanco (18), de seguro por la disminución del impacto de la tecnología (menos distractores).

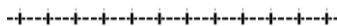
De acuerdo al test aplicado en esta investigación, la prevalencia de trastornos del sueño en esta población es muy alta (76 %, Tabla 2), dato similar al obtenido en el estudio descriptivo realizado en Nicaragua (19), en jóvenes de 12 a 14 años (66 %).

En conclusión, en este estudio la prevalencia de presentar trastornos del sueño (76 %), se relaciona con la edad, el estrato socioeconómico, el estado de ánimo y la zona donde se vive.

Reconociendo los factores generales que influyen al momento de presentar trastornos del sueño y, debido a que estos estudios son de tamizaje, se hace importante la identificación del trastorno del sueño específico en cada caso, siendo el siguiente paso la realización de la encuesta SDSC-BRUNI la cual determina el trastorno específico que se está padeciendo (9).

REFERENCIAS

- (1) Barkoukis TS, Von E. Introduction to Normal Sleep, Sleep Deprivation, and the Workplace Review of Sleep Medicine, Third Edition (2012), pp. 12-20.
- (2) Carrillo P, Barajas MK, Sánchez VI, Rangel-Caballero M. Trastornos del sueño ¿Qué son y cuáles son sus consecuencias? Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex. 2018.
- (3) Lombardo AE, Velázquez MJ, Flores RG, Casillas VG, Galván LA, García VP, et al. Relación entre trastornos del sueño, rendimiento académico y obesidad en estudiantes de preparatoria. APM. 2015;19(8):975.
- (4) Sánchez AR. El Sueño en la Infancia. En Medicina del Sueño, enfoque multidisciplinario, Velayos, (2009) pp. 69-78.
- (5) Smith H. Introduction to the Basic Concepts of Normal Sleep. Sleep Medicine. University of California, 2008.
- (6) Asociación Estadounidense de Psiquiatría. DSM-V. Cuarta edición, MASSON; 2013.
- (7) Seguelld M. Trastornos del sueño en trastornos del ánimo y de la conducta alimentaria. rev. med. clin. condes 2013;24(3) 487-493.
- (8) Thomas A, Gregory MA. Anxiety Disorders and Sleep in Children and Adolescents. Sleep Med Clin. 2015;10(2)125-131.
- (9) Guía de Práctica Clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y adolescencia en Atención Primaria. 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N.º 2009/8.
- (10) Dube N, Kaviul M, Loehr S, Chu Y, Veugelers P. The Use of Entertainment and Communication Technologies before Sleep Could Affect Sleep and Weight Status: A Population-based Study among Children. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2017; 14 (97). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0547-2>.
- (11) Gibson ES, Powles AC, Thabane L, O'Brien S, et al. "Sleepiness" is Serious in Adolescence: Two Surveys of 3235 Canadian Students. BMC Public Health. 2006;6:116.
- (12) Solari B. Trastornos del sueño en la adolescencia. Rev. Med. Clin, Condes. 2015;26(1):60-65.
- (13) Contreras MM, Muñoz LC, Noreña MC, Aguirre AM, López J, Cornejo W. Prevalencia de los trastornos del sueño en niños escolares de Sabaneta, Colombia, 2005. IATREIA. 2008; 21(2):113-120.
- (14) Maurice M. Ohayon. Nocturnal Awakenings and Difficulty Resuming Sleep: Their Burden in the European General Population. Journal of Psychosomatic Research. 2010;69(6): 565-571.
- (15) Salcedo FM, Rodríguez ML, Monterde MA, García P, Redondo AI, Navarro M. Hábitos de sueño y problemas relacionados con el sueño en adolescentes: relación con el rendimiento escolar. Aten Primaria. 2005; 35(8):408-14.
- (16) Challamel M, Franco P. Insomnio y trastornos de la instauración del ritmo día/noche en los niños pequeños. EMC. 2011;15(4):1-6.
- (17) Vela A, de Iceta M, Fernández C. Prevalencia de los trastornos del sueño en la ciudad de Madrid. Gaceta Sanitaria. 1999;13(6):441-448.
- (18) Blanco M, Kriber N, Cardinali DP. Una encuesta sobre las dificultades para dormir en una población urbana de América Latina. Rev Neurol. 2004;39(2):115-9.
- (19) Portuondo O, Fernández CG, Cabrera P. Trastornos del sueño en adolescentes. rev cubana pediatr 2000;72(1):10-4.





Atención Primaria en Salud

REQUISITOS EUROPEOS DE FORMACIÓN PARA ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

Resumen efectuado por Adriana Galindo, Ángela María Álvarez H., Camilo Rodríguez, Mayer Cahuasango^{**}
Adecuación: Juan Carlos González Q.^{§§}, Jenny Pinzón^{***}

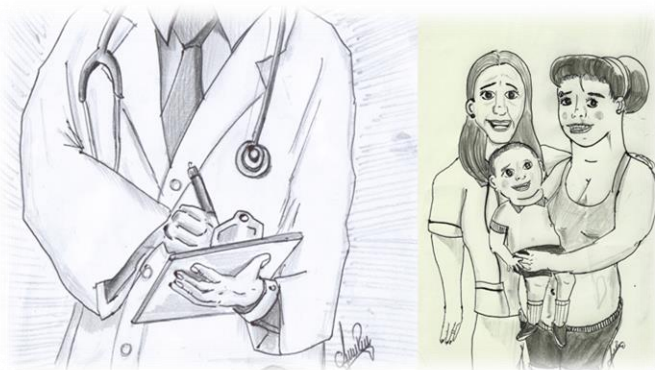
A continuación se presenta un resumen del documento “*Requisitos Europeos de Formación para la Formación de Especialistas de Medicina Familiar*”, recomendando la lectura completa del documento original, a quienes les interese el tema, que se puede encontrar en: <https://goo.gl/gkh34T>



European Training Requirements for GP/FM specialist training

1. ¿Qué tienen que aprender los residentes de Medicina Familiar?

Las doce características de la Medicina Familiar



^{**} Residentes Medicina Familiar FUJNC.

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

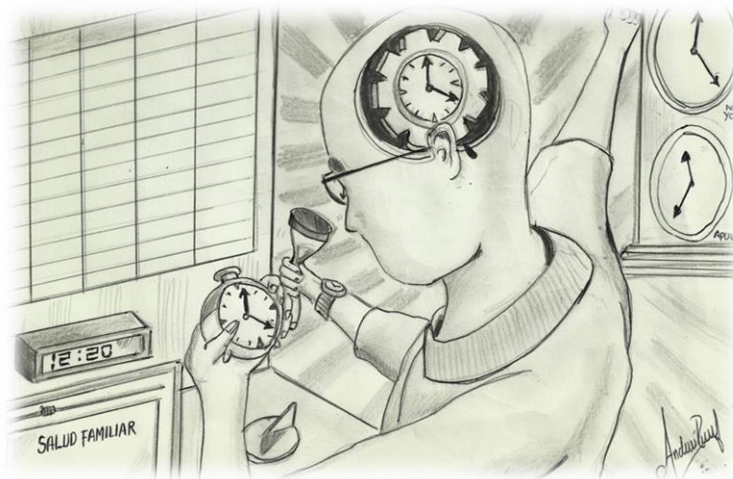
^{***} Coeditora Carta Comunitaria



Tabla 1. Las 12 características principales de la disciplina

A	Normalmente es el punto de primer contacto médico dentro del sistema de atención médica, que brinda acceso abierto e ilimitado a sus usuarios y que se ocupa de todos los problemas de salud sin importar la edad, el sexo o cualquier otra característica de la persona.
B	Hace uso eficiente de los recursos a través de la coordinación de la atención médica, trabajando con otros profesionales en el entorno de la atención primaria y gestionando la comunicación con otras especialidades, asumiendo el rol de defensor del paciente cuando sea necesario.
C	Desarrolla un enfoque centrado en la persona , orientado al individuo, su familia y su comunidad.
D	Promueve el empoderamiento del paciente .
E	Tiene un proceso de consulta único, que establece una relación en el tiempo , a través de una comunicación efectiva entre el médico y el paciente.
F	Es responsable de la provisión de la continuidad longitudinal de la atención , según lo que determinen las necesidades del paciente.
G	Tiene un proceso específico de toma de decisiones determinado por la prevalencia e incidencia de la enfermedad en la comunidad .
H	Maneja simultáneamente los problemas de salud agudos y crónicos de pacientes individuales.
I	Maneja la enfermedad que se presenta de manera indiferenciada en una etapa temprana de su desarrollo , la cual puede requerir intervención urgente.
J	Promueve la salud y el bienestar mediante una intervención apropiada y efectiva.
K	Tiene una responsabilidad específica hacia la salud de la comunidad .
L	Se ocupa de los problemas de salud en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial.

Las competencias



Las doce características se pueden agrupar en seis competencias fundamentales (con referencia a las características):

1. Gestión de la atención primaria (A, B).
2. Atención centrada en la persona (C, D, E, F).
3. Habilidades específicas para resolver problemas (G, H).
4. Enfoque integral (I, J).
5. Orientación comunitaria (K).
6. Modelo holístico (L).



Las habilidades

A su vez, cada competencia central se puede describir mediante ciertas habilidades.

Tabla 2. Las habilidades incluidas en las seis competencias

Competencias principales del médico familiar	Habilidades incluidas
1. Administración de atención primaria	1.1. Gestiona el contacto primario con los pacientes tratando todo tipo de problemas. 1.2. Abarca todo el rango de las condiciones de salud. 1.3. Coordina la atención con otros profesionales en atención primaria y con otros especialistas. 1.4. Hace uso apropiado y efectivo de la provisión y los servicios de salud. 1.5. Pone a disposición del paciente los servicios apropiados dentro del sistema de cuidado de la salud. 1.6. Actúa como defensor del paciente.
2. Atención centrada en la persona	2.1. Plantea intervenciones con base en la realidad del paciente. 2.2. Desarrolla la práctica de la consulta general para proporcionar una relación médico-paciente efectiva respetando la autonomía del paciente. 2.3. Comunica, establece prioridades y actúa de manera cooperativa. 2.4. Provee continuidad longitudinal en la atención de acuerdo a las necesidades del paciente. 2.5. Provee una continua y coordinada gestión sanitaria.
3. Resolución de problemas	3.1. Relaciona procesos específicos de toma de decisiones con la prevalencia e incidencia de la enfermedad en la comunidad. 3.2. Recopila e interpreta selectivamente información de la historia clínica, el examen físico y la investigación y la aplica en un plan de manejo apropiado en colaboración con el paciente. 3.3. Usa la indagación racional para resolver la incertidumbre a la que se enfrenta en los diferentes casos. 3.4. Interviene de inmediato cuando es necesario. 3.5. Maneja las condiciones que se presentan de forma temprana e indiferenciada. 3.6. Usa de forma racional los medios diagnósticos y las intervenciones con medicamentos.
4. Enfoque integral	4.1. Maneja simultáneamente problemas agudos y crónicos de sus pacientes. 4.2. Promueve la salud y el bienestar mediante el manejo apropiado de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 4.3. Maneja y coordina la promoción de la salud, la prevención, la mejoría, el cuidado, la paliación y la rehabilitación.
5. Orientación comunitaria	5.1. Concilia las necesidades de salud de los pacientes individuales con las de la comunidad en la que viven en equilibrio con los recursos disponibles.
6. Modelado holístico	6.1 Utiliza un modelo biopsicosocial teniendo en cuenta los aspectos culturales y dimensiones existenciales.

Condiciones donde está incrustado el ejercicio de la Medicina Familiar

La Medicina Familiar es una disciplina científica centrada en la persona, cuyas competencias están sujetas a tres aspectos:

- I. Contextual:** comprende el contexto de los propios médicos y el entorno en el que ejercen sus funciones, incluidas sus condiciones de trabajo, comunidad, cultura, finanzas y marcos normativos.
- II. Actitudinal:** basado en las capacidades, los valores y la ética profesional del médico.
- III. Científico:** adopta un enfoque crítico y basado en la investigación aplicándolo y manteniéndolo a través del aprendizaje permanente y la mejora de la calidad.



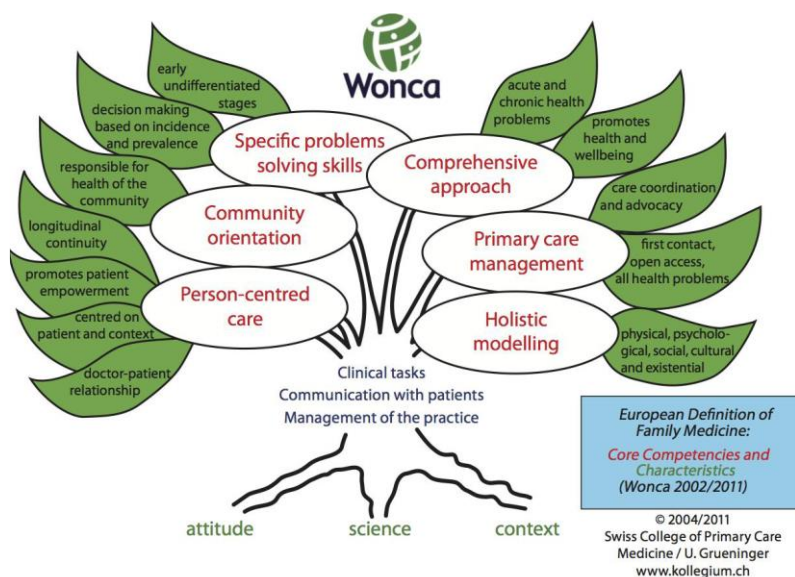
Tabla 3. Descripción detallada de las tres características en las que la Medicina Familiar está embebida

I. Contextual	<ul style="list-style-type: none"> • Usa el contexto de la persona, la familia, la comunidad y su cultura en el diagnóstico, la toma de decisiones y la planificación del manejo. • Muestra un interés personal en el paciente y su entorno y está alerta a las posibles consecuencias de la enfermedad para los miembros de la familia y el medio ambiente (incluido el entorno de trabajo) del paciente.
II. Actitudinal	<ul style="list-style-type: none"> • Es consciente de las propias capacidades y valores. • Identifica los aspectos éticos de la práctica clínica (prevención/diagnóstico/terapia/factores que influyen en los estilos de vida). • Justifica y clarifica la ética personal. • Es consciente de la interacción mutua del trabajo y la vida privada y se esfuerza por lograr un buen balance entre estos.
III. Científico	<ul style="list-style-type: none"> • Está familiarizado con los principios generales, métodos y conceptos de la investigación y los fundamentos de la estadística (incidencia, prevalencia, predicción valor, etc.). • Tiene un conocimiento profundo de los antecedentes científicos de la patología, los síntomas, el diagnóstico, la terapia, el pronóstico, la epidemiología, la teoría de la decisión, las teorías de la formación de hipótesis y resolución de problemas y el cuidado preventivo de la salud. • Tiene la capacidad de acceder, leer y evaluar la literatura médica de manera crítica. • Adopta un enfoque crítico y basado en la investigación, lo practica y mantiene a través del aprendizaje continuo y la mejora de la calidad.

Una imagen vale más que mil palabras

Todo esto, las características, las competencias centrales y las características adicionales, están interrelacionadas como se ilustra en el árbol WONCA producido por Swiss College (2004).

2. ¿Cómo deben aprender los futuros médicos familiares?



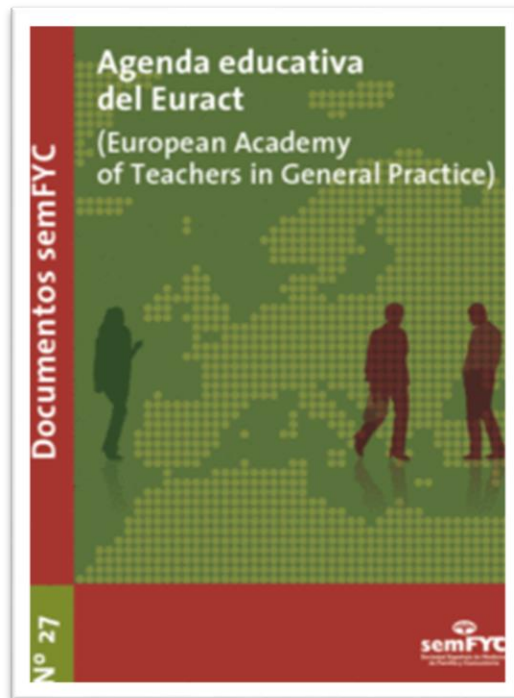


Imagen tomada de: <https://goo.gl/Z5PZzV>

Todo está debidamente registrado en el texto *The EURACT Educational Agenda*, visualizado en la imagen anterior y al cual se puede acceder en la dirección: <https://goo.gl/1Y4ETG>

Los principios generales

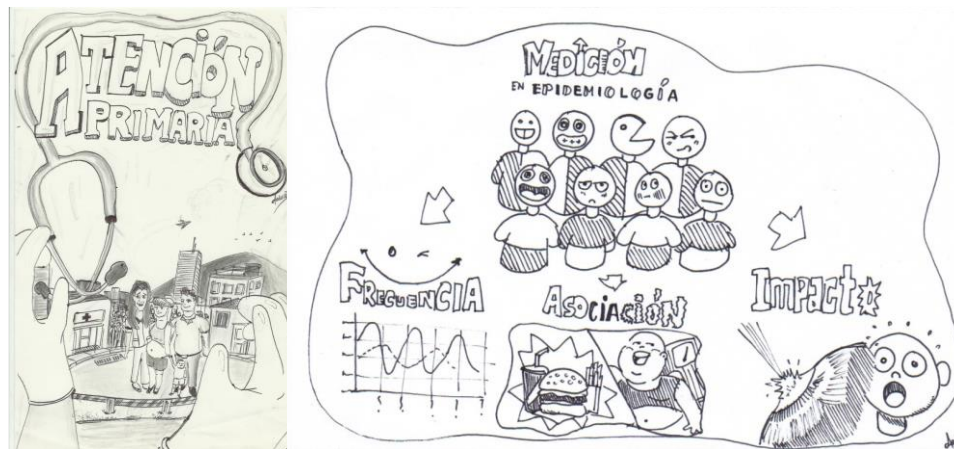
1. La capacitación debe basarse en los **resultados**: el enfoque en los objetivos debe prevalecer sobre los plazos establecidos.
2. La capacitación debe estar **centrada en el alumno**. Debe basarse en los objetivos de aprendizaje individuales, de acuerdo con las necesidades discutidas con el capacitador. De esto surge un plan de aprendizaje individual, que se actualiza regularmente.
3. Los aprendices deben capacitarse durante el trabajo diario en la práctica o clínica.
4. Los alumnos deben realizar las prácticas en **interacción con entrenadores** que estén especialmente capacitados en entrenamiento especializado.
5. Se debe **proporcionar** a los alumnos **tiempo exclusivo para el estudio**.
6. Se deben promover el **aprendizaje autodirigido** y la práctica reflexiva, así como los grupos pequeños de reflexión sobre incidentes críticos y/o interacciones concretas médico-paciente.
7. **Los entornos de aprendizaje** deben ser seguros y considerarse como espacios de desarrollo para los aprendices; es decir, deben estar orientados teniendo en cuenta lo social y lo emocional.
8. La retroalimentación se debe proporcionar continuamente y de manera constructiva.
9. Se debe enfatizar explícitamente el fortalecimiento del "doctor como persona". Esto significa desarrollar fortalezas personales y tratar de equilibrar los valores personales y la función como prestadores de salud.



¿Cómo cumplir con las competencias?

Competencias principales	Formas de aprenderlas o enseñarlas
<p>1. Gestión de atención primaria</p>	<p>1.1. Observación directa del aprendiz al entrenador que se desempeña en la práctica general. 1.2. Realización de tareas de práctica general por parte del alumno durante su inserción. 1.3. Simulación de tareas de práctica general con comentarios de retroalimentación sobre el rendimiento. 1.4. Realización de un portafolio de aprendizaje que motive a los estudiantes a documentar el desempeño en una amplia gama de actividades de aprendizaje en la práctica tales como presentaciones de casos, auditorías y lectura guiada.</p>
<p>2. Cuidado centrado en la persona</p>	<p>2.1. Enseñanza que comienza a partir de los problemas presentados por el paciente, dando un lugar central en los diferentes momentos educativos a sus narraciones e historias. 2.2. Utilización de instrumentos tales como genogramas, familogramas y ecomapas, que incluye aspectos relacionados con el trabajo y el ocio. 2.3. Capacitación en un modelo de comunicación receptivo al paciente como un requisito previo para el método de práctica clínica centrado en el paciente. 2.4. Sesiones temáticas sobre temas explícitos, tales como la toma de decisiones mutuas, el respeto a la autonomía, la retroalimentación, el uso de preguntas no amenazantes, etc. 2.5. Conferencias sobre conceptos y modelos definidos relacionados con el tema que faciliten la comprensión y la interpretación metacognitiva de lo que sucede en el encuentro médico-paciente. 2.6. Práctica tutorizada y modelos de aprendizaje reflexivo durante el entrenamiento de práctica.</p>
<p>3. Resolución de problemas específicos</p>	<p>3.1. Autoestudio sobre incidencia y prevalencia (lecturas, conferencias). 3.2. Creación del perfil de práctica (o revisando uno ya existente). 3.3. Realización de consultas en la práctica general con reflexión y supervisión en la toma de decisiones. 3.4. En el nivel de conocimiento, lectura de textos sobre diagnóstico físico y métodos para estudio de casos. 3.5. En el nivel de habilidades, simulación de toma de antecedentes y realización del examen físico (por ejemplo, creando un laboratorio de habilidades). 3.6. Observación del rendimiento del alumno en la práctica diaria real y retroalimentación al aprendiz. 3.7. En el nivel actitudinal, discusión con el aprendiz sobre el valor de una asociación con el paciente.</p>
<p>4. Enfoque integral</p>	<p>4.1. Exposición temprana obligatoria a experiencias clínicas dentro del entorno de atención primaria. 4.2. Conferencias breves para explicar los conceptos de morbilidades múltiples y el funcionamiento del sistema de salud. 4.3. Juego de roles en la enseñanza de habilidades de comunicación. 4.4. Asignaciones (por ejemplo, presentaciones a pacientes en un entorno de atención médica comunitaria). 4.5. Descripciones de casos y discusiones de grupos pequeños para evaluar la complejidad del paciente. 4.6. Revisión de consulta individual. 4.7. Auditoría clínica. 4.8. Continuación del trabajo y la reflexión en el ámbito de la atención primaria.</p>
<p>5. Orientación comunitaria</p>	<p>5.1. Reflexión estructurada sobre la experiencia basada en el trabajo (discusión de casos, revisión registros de pacientes). 5.2. Métodos de clase convencionales (conferencias, seminarios, sesiones de grupos pequeños, resolución de problemas). 5.3. Visitas a instituciones de salud y de asistencia social. 5.4. Trabajo de campo. 5.5. Proyectos. 5.6. Auditoría de la práctica. 5.7. Estudio personal facilitado.</p>
<p>6. Modelo holístico</p>	<p>6.1. Estudios de casos, descripciones de casos únicos y presentaciones. 6.2. Entrevistas grabadas, análisis de video de encuentros clínicos, pacientes simulados. 6.3. Discusión grupal, discusión uno a uno. 6.4. Visitas de campo, observación en la práctica, supervisión de tutores en las prácticas. 6.5. Trabajar con arte, literatura y cine.</p>

3. ¿Cómo evaluar las competencias logradas?



Lo que tienen

En 2015, el Comité Especial de Capacitación (EURACT) escribió una declaración sobre evaluación. Este sería el resumen.

El asunto

Históricamente, la evaluación se ha definido rígidamente como centrada en los resultados o formativa, pero esta división ha sido desacreditada. Ahora se reconoce que la **evaluación debe integrarse** en la capacitación, ser integral al plan de estudios y ser una fuerza impulsora, que alienta el desarrollo del aprendiz.

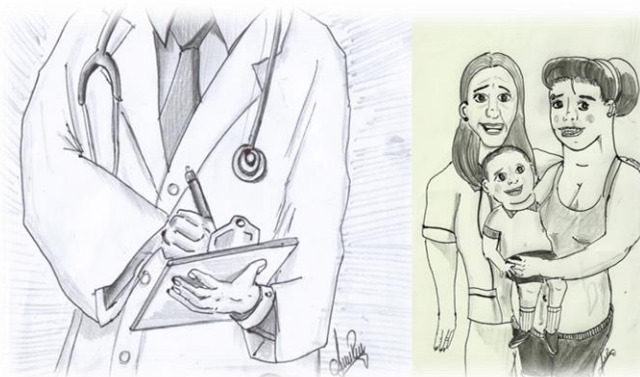
Condiciones

La evaluación debe ser **colaborativa** y facilitar un enfoque de asociación entre **el aprendiz y el entrenador**. La declaración del EURACT describe los principios básicos y las herramientas que pueden usarse y adaptarse para fines locales.

Reflexión

El proceso de evaluación promoverá la reflexión, proceso cognitivo que permite a los estudiantes convertir el aprendizaje en desempeño. Los estudiantes que reflexionan bien rinden mejor que quienes no lo hacen. La actividad reflexiva aumenta la profesionalización de los alumnos y mejora su compromiso con la vida profesional.

Lo que se busca



El objetivo es garantizar la formación de un médico confiable que sea competente, asuma la responsabilidad del cuidado del paciente y sea un médico de familia seguro, independiente y profesional. Este enfoque favorece la necesidad de una práctica reflexiva y el aprendizaje permanente.



Características de la evaluación

La evaluación:

1. Debe ser de alta calidad, incorporada, desde el comienzo, en todo el plan de estudios del entrenamiento especializado.
2. Debe ser transparente y planeada de antemano como parte del programa.
3. Debe ser efectiva, fuerte, sensible, fundamentada profesional y científicamente.
4. Requiere de un compromiso que garantice el tiempo adecuado y el entrenamiento de los evaluadores; dicho entrenamiento necesitará incluir la evaluación de asesores.
5. Debe conducir a la producción de retroalimentación significativa, en vez de solo la evaluación de resultados. Esta retroalimentación se caracteriza por:
 - a. Ser una conversación bidireccional entre el entrenador y el aprendiz.
 - b. Ser un proceso dinámico donde el aprendiz se entera de su desempeño a través de su entrenador y reflexiona en cómo puede adaptarlo en el futuro si es necesario. Este proceso puede ser inmediato o en un período de tiempo relativamente corto.
6. Requerir de un proceso para la documentación de las apreciaciones y las reflexiones sobre el aprendizaje.
7. En este nivel se correlaciona con la actividad ubicada en la parte superior de la "pirámide de Miller", el "hacer", y proporciona un entorno para el crecimiento profesional, ético, espiritual y personal.
8. Ayuda a identificar problemas en el desempeño del alumno en una etapa inicial y a determinar si se corregirán con una intervención apropiada. También proporciona evidencia para decidir si el alumno debe continuar con su entrenamiento.
9. Contribuye a una evaluación periódica adicional realizada por un recurso externo, cercano al proceso educativo, pero que no forma parte de la relación en curso del aprendiz y el entrenador. La importancia del recurso externo es que brinda un elemento de protección a la relación vital entre aprendiz y entrenador, ya que estas son opiniones de alto riesgo que necesitarán ser justificadas.
10. Principalmente se basará en el lugar de trabajo e implicará la revisión de diferentes aspectos de la práctica, por ejemplo, en el hospital y las visitas domiciliarias.
11. Obtiene la retroalimentación de pacientes, colegas y otros profesionales. Mucha de la tutoría informal que los formadores llevan a cabo es parte integral de este marco múltiple. Se pueden usar diversos métodos, pero todos deben estimular la reflexión y facilitar la retroalimentación y el aprendizaje.

En el sitio de desempeño

En general, la evaluación del desempeño de un profesional se efectúa mejor en la práctica cotidiana en su lugar de trabajo y, preferiblemente, por observación directa. Puede ser durante o al final del proceso educativo.

Caja de herramientas evaluativa



Imagen tomada de: <https://goo.gl/nQQmhc>

Existe una amplia variedad de métodos; la cuestión es disponer de tiempo para hacer la evaluación y, con base en esta, mejorar el quehacer (que no se quede solo como registros sin trascendencia). Lo importante es que las herramientas sean usadas por varios evaluadores en

diferentes momentos y entornos y, que la retroalimentación contribuya al crecimiento profesional. EURACT expone una amplia visión de herramientas que se muestran en la siguiente tabla:



Caja de herramientas para evaluar

HABILIDAD	HERRAMIENTA
1. Gestión de atención primaria	1.1. Conocimiento: Preguntas de selección múltiple, ensayos. 1.2. Habilidades de gestión: exámenes con pacientes simulados. 1.3. Desempeño en el trabajo diario: 1.3.1. Listas de verificación repetidas y clasificaciones globales. 1.3.2. Adquisición de actitudes de observación, (por ejemplo, observación directa, como oyente, o a través de videograbaciones). 1.4. Discusión o entrevista en evaluación adicional y formativa. 1.5. Discusión basada en casos. 1.6. Herramientas de observación de consulta. 1.7. Retroalimentación de múltiples fuentes. 1.8. Evidencia de origen natural. 1.9. Cuestionario de satisfacción del paciente. 1.10. Revisión de registros de pacientes. 1.11. Auditoría de rendimiento. 1.12. Paciente simulado o paciente estandarizado.
2. Cuidado centrado en la persona	2.1. Observación (observación de consulta directa o mediante consultas simuladas). 2.2. Valoraciones basadas en comentarios de los pacientes. 2.3. Progresión cronológica de casos. 2.4. Reflexiones basadas en casos grabados en videos. 2.5. Discusiones de casos y reflexiones orales simuladas de casos de pacientes. 2.6. Discusiones grupales, presentaciones de problemas o reuniones del personal de la práctica. 2.7. Reflexiones basadas en el portafolio educativo.
3. Resolución de problemas específicos	3.1. OSCE (Objetivo estructurado de examen clínico) que se mide con rúbricas. 3.2. Observación directa de la práctica usando listas de verificación y clasificaciones globales. 3.3. Examen oral mediante el uso de situaciones de casos hipotéticos. El conocimiento de la prevalencia y la incidencia puede evaluarse mediante preguntas de selección múltiple, preguntas tipo ensayo y evaluaciones orales. 3.4. Entrevistas o cuestionarios para evaluar la satisfacción de los pacientes.
4. Enfoque integral	4.1. Transversal (observación de unos pocos pacientes) y longitudinal (varios encuentros registrados en las historias clínicas): 4.1.1. Observación por pares: escuchando, grabaciones de video y audio, a través de una ventana. 4.1.2. Auditoría de registros médicos. 4.1.3. Comentarios de pacientes/familiares.
5. Orientación comunitaria	5.1. Revisión de registros para contrastar el objetivo con el logro. 5.2. Revisión de registros para evaluar los procedimientos para abordar las necesidades de los que no asisten; 5.3. Informe y descripción de caso. 5.4. Observación del médico y del equipo. 5.5. Autoevaluación, auditoría interna. 5.6. Auditoría externa: revisión del proceso a través de la evaluación por pares. 5.7. Herramientas de documentación: 5.7.1. Listas de verificación. 5.7.2. Listas de observación. 5.7.3. Mapas de consulta.
6. Modelo holístico	6.1. Métodos directos: 6.1.1. Diálogo de tutor con residente. 6.1.2. Análisis de consulta grabada en video. 6.1.3. Consulta simulada. 6.1.4. Entrevistas con: pacientes, miembros de la familia, médicos, cuidadores (formales e informales), otro personal médico de la práctica. 6.1.5. Entrevistas con pares o profesionales especializados. 6.2. Métodos indirectos: 6.2.1. Consulta de registros médicos para buscar información sobre los tres campos/niveles



4. ¿Cuánto tiempo debe durar la capacitación?



Exponen que el tiempo depende de la adquisición de estas competencias por parte del residente y que varía entre dos y seis años, pero insisten en que el proceso de capacitación debe ser continuo, por ende, deberán mantenerse a través de la educación continuada.

Desde 2005 han convenido que:

1. Se tenga un programa de tiempo completo de, al menos, tres años.

2. Que cada programa se desarrolle al menos seis meses en un hospital o clínica aprobada y, por otro lado, al menos seis meses en una consulta médica general aprobada o en un centro aprobado donde los médicos brinden atención primaria.
3. La formación debe ser más práctica que teórica y debe centrarse en una práctica de Medicina General (mínimo el 50 % de la formación). Esto último es esencial para obtener resultados de capacitación adecuados.

5. ¿Dónde se debe organizar la capacitación?



Insisten en que, mínimo, el 50 % se debe llevar a cabo en escenarios reales del ejercicio médico, con las particularidades de cada país (que aprendan donde van a ejercer en el futuro). Esto está en línea con el principio educativo del aprendizaje basado en el lugar de trabajo. Sin embargo, también se pueden obtener resultados importantes y específicos en el entorno hospitalario.



Escenarios dispuestos

Los capacitadores deben trabajar en las prácticas de Medicina General/Familiar aprobadas para entrenamiento especializado. Los principales principios de las prácticas de capacitación aprobadas proponen que:

1. Debe haber evidencia de que lo que hace el residente será auditado y retroalimentado.
2. Los formadores deben ser especialistas en Medicina Familiar y haber completado satisfactoriamente un curso de docentes certificados (sobre enseñanza y evaluación) y, además de esto, deben demostrar que están involucrados en actividades educativas.
3. La práctica debe asegurar el tiempo de enseñanza con el entrenador designado.
4. Se debe proporcionar asesoramiento y tutoría del entrenador designado en todo momento durante las horas de consulta.
5. Se debe proporcionar acceso a textos de referencia y a revistas médicas.
6. Se deben garantizar instalaciones donde el entrenador pueda observar las consultas.
7. La capacitación debe seguir el plan de estudios aprobado.
8. La práctica debe proporcionar un entorno de capacitación multiprofesional, es decir, que permita relacionarse con otras profesiones.
9. La práctica debe tener una estructura que facilite la interacción con otros contribuyentes de la asistencia sanitaria.
10. Los capacitadores deben proporcionar un entorno de capacitación que garantice la equidad para todos los alumnos independientemente de su origen étnico, género, discapacidad o necesidades educativas especiales.
11. Los capacitadores deben tener un plan de aprendizaje personal basado en las necesidades de enseñanza que debe ser revisado anualmente.
12. Los capacitadores deben asimilar el uso efectivo y la reflexión del plan de aprendizaje personal.
13. La capacitación debe ser desarrollada, organizada, administrada y evaluada por médicos experimentados y graduados de Medicina Familiar.

Los puestos hospitalarios

Han desempeñado tradicionalmente un papel importante en la formación de los futuros médicos, más que nada por el servicio que estos jóvenes médicos prestaban, y su entrenamiento estaba basado en el sistema de aprendizaje de aprender haciendo. Aún hoy, la capacitación hospitalaria sigue siendo valiosa para los alumnos de Medicina Familiar. Sin embargo, al seleccionar puestos hospitalarios adecuados, se deben considerar algunos principios claves esenciales.

Principios fundamentales del ambiente hospitalario académico

1. La formación en los puestos hospitalarios es importante y los objetivos explícitos de aprendizaje deben ser formulados por las facultades de Medicina. Como tal, el aprendizaje en los hospitales también es dirigido por competencias y con objetivos orientados a la Medicina General/Medicina Familiar.
2. Todos los profesores especialistas deben estar debidamente capacitados y acreditados como educadores.
3. Durante el período educativo, todos los alumnos deben tener como supervisor a un Médico Familiar preferiblemente.
4. Todos los alumnos deben recibir una retroalimentación formativa y regular, que conduzca al plan educativo, sobre sus dificultades educativas.
5. Al final de cada rotación hospitalaria deben evaluarse las dificultades de aprendizaje.
6. Todas las rotaciones deben tener asignado tiempo para la práctica.
7. El contenido de la formación y el trabajo clínico debe ser relevante para el futuro trabajo como médico de familia, con especial énfasis en el trabajo ambulatorio.
8. La selección y evaluación de los puestos de trabajo en el hospital deben basarse en los logros de los objetivos de la educación y la inspección periódica.
9. La formación en los puestos hospitalarios debe aumentar el conocimiento de los alumnos sobre (breve resumen del contenido clínico):
 - a. Las enfermedades potencialmente mortales, sus complicaciones y secuelas y proveer experiencia práctica en una amplia gama de decisiones concernientes a su manejo.
 - b. La morbilidad grave, permitiendo un contacto concentrado con esta para adquirir experiencia, lo cual, a pesar de ser muy importante para el manejo clínico dentro de la práctica general, con poca frecuencia se alcanza.
 - c. La interconexión entre el primer y segundo nivel de atención.
10. El aprendizaje también debe estar presente fuera de las horas de práctica (donde el alumno aprende y trabaja). Durante el tiempo asignado para estudio, los alumnos deben organizarse para tener entrenamiento extracurricular. Este es el momento para el aprendizaje en grupo, la reflexión, el aprendizaje entre pares, seminarios, talleres, asistencia a conferencias y para el aprendizaje de habilidades específicas. Esta formación debe incluir la supervisión y evaluación del alumno por parte de un maestro. El estudiante debe utilizar su plan de aprendizaje personal para planificar estas actividades.





6. ¿Cómo debe hacerse la selección de los alumnos?



La realidad expresada por el documento es que, en la mayoría de los países europeos, existe un déficit de especialistas en Medicina Familiar, lo que pone en riesgo la selección de personas que estén realmente comprometidas con la especialidad; aunque, teniendo en cuenta que las residencias son financiadas habitualmente por los gobiernos, se insiste en ello a los aspirantes.

¿Cómo escoger los mejores?

El objetivo central de un procedimiento de selección debe ser seleccionar a los candidatos más adecuados. Esto no es tan sencillo como parece. Todo depende de la validez predictiva de las herramientas de selección aplicadas. Las mejores prácticas de selección consisten en un análisis de trabajo que identifica las competencias necesarias, el diseño de métodos de evaluación confiables para medirlos y, una revisión en curso de la validez predictiva respecto al rendimiento futuro.

Lo que se sabe

En una revisión reciente sobre los procedimientos de selección para la formación en la especialidad de postgrado, se ha encontrado que las minientrevistas múltiples, las pruebas de juicio situacional y la solución de problemas clínicos tienen una evidencia psicométrica favorable. Sin embargo, su relación costo-eficacia no ha sido evaluada adecuadamente. Para las entrevistas tradicionales, las referencias y las declaraciones personales no había evidencia contundente de utilidad. En todos los países las decisiones deben basarse en el procedimiento que se adapte mejor a la situación local, en relación con el número de vacantes, los candidatos y los costos. Cuando los alumnos reprueban, es aconsejable mirar hacia atrás al procedimiento de selección y evaluar si había señales que podrían haberse mejorado.

Requisitos de formación europea para instructores





Desde 2002, y actualizado en 2012, la EURAC propone que los tutores o docentes deben:

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajar en una práctica aprobada para el entrenamiento especializado. 2. Haber completado satisfactoriamente un curso de docente acreditado aprobado. 3. Demostrar que están involucrados en actividades educativas pertinentes a la enseñanza de Medicina Familiar, dentro y fuera de la práctica, por ejemplo, que se dedican a la educación continua y a actividades de aprendizaje. 4. Participar en educación continua relacionada con métodos de formación y de enseñanza (enseñar a los docentes). | <ol style="list-style-type: none"> 5. Tener la certificación de la formación de especialistas en Medicina Familiar. 6. Estar familiarizado con el marco normativo que rodea la formación de especialistas en Medicina Familiar. 7. Estar familiarizado con los aspectos técnicos y administrativos de la evaluación de los alumnos de Medicina Familiar. 8. Hacer uso del plan de estudios nacional para Medicina Familiar. 9. Comprender la estructura y el propósito de su papel en el programa de formación de sus alumnos designados. |
|--|--|

Infraestructura

Las prácticas docentes de formación en Medicina Familiar deberán:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con la legislación nacional de salud y seguridad. 2. Proporcionar a los alumnos y educadores entornos de trabajo idóneos donde la seguridad personal no se vea comprometida. 3. Asegurar que los registros médicos cumplan con los estándares nacionales de regulación. 4. Garantizar una sala bien equipada para las consultas de los alumnos. | <ol style="list-style-type: none"> 5. Demostrar la provisión de un servicio integral, costo-efectivo y continuo a los pacientes (apoyado por los protocolos y procedimientos pertinentes). 6. Demostrar la evidencia de un uso efectivo del equipo de Atención Primaria de Salud. 7. Mantener un proceso significativo de revisión de incidentes, tales como las quejas de los pacientes. 8. Mantener y desarrollar una guía práctica de orientación para los nuevos participantes. |
|---|---|

Gobernabilidad

Los centros de formación deberán:

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Informar sistemáticamente a los pacientes que se trata de una práctica de formación. 2. Demostrar el modelo para la gestión clínica. | <ol style="list-style-type: none"> 3. Proporcionar evidencia de un programa activo de auditoría. 4. Tener reuniones regulares de práctica, en las que se espera que el alumno participe y ayude a responder las encuestas de satisfacción del paciente. |
|--|---|

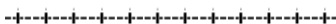
Los medios de enseñanza

Las prácticas de enseñanza de formación deberán:

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener un ambiente educativo adecuado para dar cabida a cada participante y garantizar la experiencia educativa específica de la especialidad correspondiente cuando sea necesario (acceso a un especialista relevante -por ejemplo, un oftalmólogo- para la tutoría o la práctica clínica). 2. Proporcionar acceso a los servicios informáticos adecuados en la práctica. | <ol style="list-style-type: none"> 3. Garantizar el tiempo para la enseñanza con un entrenador designado. 4. Proporcionar el asesoramiento y la tutoría de un entrenador designado en todo momento durante las horas de consulta. 5. Asegurar que las instalaciones tengan facilidades para que el entrenador observe las consultas. 6. Proporcionar acceso a los textos de referencia. |
|--|---|

Se debe asegurar que los programas tengan condiciones de igualdad, sin discriminar ni estudiantes ni pacientes.

Los tutores o docentes deben ser personas muy comprometidas con su quehacer y han de estar debidamente preparados, siendo clave la Facultad a través de la educación continuada, disponiendo del tiempo necesario para poder retroalimentar a sus residentes.





Seguridad Social



TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN COMISIÓN AL PROYECTO DE LEY 261 DE 2017 SENADO, 272 DE 2017 CÁMARA

Juan Carlos González⁺⁺⁺

TRANSCRIPCIÓN

<https://goo.gl/pb7Jui>

TEXTO DEFINITIVO

(Discutido y aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del honorable Senado de la República, en sesión ordinaria de fecha: martes tres (3) de abril de dos mil dieciocho (2018), según Acta número 31, de la Legislatura 2017-2018.
AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 261 DE 2017 SENADO, 272 DE 2017 CÁMARA
Por medio de la cual se reglamenta el Sistema de Residencias Médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:



Imagen tomada de: <https://goo.gl/MP85Hu>

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



Artículo 1º. Objeto. 33
 Artículo 2º. Ámbito de aplicación. 33
 Artículo 3º. Sistema Nacional de Residencias Médicas. 33
 Artículo 4º. Contrato especial para la práctica formativa de médicos residentes: 33
 Artículo 5º. Mecanismo de Financiación del Sistema de Residencias Médicas. 34
 Artículo 6º. Fuentes de Financiación del Fondo Nacional de Residencias Médicas, 34
 Artículo 7º. Reporte de residentes ante el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano. 34
 Artículo 9º. Matrículas de las especializaciones médicas en Colombia. 35
 Artículo 10. De la terminación y suspensión de las actividades de residente. 35
 Artículo 11. Vigencia y aplicabilidad. 35

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto crear el Sistema Nacional de Residencias Médicas en Colombia que permita garantizar las condiciones adecuadas para la formación académica y práctica del talento humano en salud que cursa programas académicos de especializaciones médico-quirúrgicas como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, crea el Fondo Nacional de Residencias Médicas y establece medidas de fortalecimiento para los escenarios de práctica del área de la salud.

Artículo 2º. Ámbito de aplicación. Las disposiciones de la presente ley se aplicarán a todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se instituyan como escenarios de práctica formativa en salud, a las Instituciones de Educación Superior que cuenten con programas académicos de especializaciones médicas y/o quirúrgicas debidamente acreditados, a los profesionales de la salud que cursen especializaciones médicas y/o quirúrgicas y a las autoridades de carácter nacional, regional y municipal que actúen dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Artículo 3º. Sistema Nacional de Residencias Médicas. El Sistema Nacional de Residencias Médicas es un conjunto de instituciones, **recursos**, normas y procedimientos que intervienen en el proceso de formación de los profesionales médicos que cursan un programa de especialización y requieran de práctica formativa **dentro del marco de la relación docencia-servicio existente entre la Institución de Educación Superior donde se encuentra matriculado el profesional en formación, y la institución prestadora del servicio de salud donde realizará su práctica de servicios de salud e investigación aplicada, propia de su formación especializada.**



Imagen tomada de: <https://goo.gl/S3nuSU>

Artículo 4º. Contrato especial para la práctica formativa de médicos residentes.

Parágrafo 1º. El horario no podrá superar aquel que la institución de prestación de servicios de salud contemple para el personal que realice las mismas actividades del residente.

Parágrafo 2º. El tiempo de residencia cuenta como experiencia profesional acorde con el título académico previamente adquirido, la cual se contará una vez haya finalizado y aprobado el plan de estudios y demás requisitos de grado.

Parágrafo 3º. El Gobierno nacional **podrá establecer incentivos económicos especiales** y diferenciales a los residentes que cursen programas de especialización considerados prioritarios para el país.

Parágrafo 5º. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará y reglamentará, en un plazo no mayor de seis (6) meses a partir de la expedición de la presente ley, los criterios necesarios para el cumplimiento del parágrafo anterior.



Artículo 5°. Mecanismo de financiación del Sistema de Residencias Médicas. Autorízase al Gobierno nacional para crear el mecanismo de financiación de residencias médicas a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Los recursos serán girados directamente a la Institución Prestadora de Servicios de Salud, previa verificación de cumplimiento del contrato especial para la práctica formativa de médicos residentes, el convenio docencia-servicio y de los programas de investigación y/o fortalecimiento del escenario de práctica, así como la evaluación de desempeño del mismo.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el procedimiento para el traslado de los recursos a los residentes, a la Institución de Educación Superior y a la Institución Prestadora de Servicios de Salud, en los términos de la presente ley, en un plazo no mayor de seis (6) meses a partir de la expedición de la misma.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/E26nKS>

Artículo 6°. Fuentes de financiación del Fondo Nacional de Residencias Médicas. Serán fuentes de financiación para el Fondo, las siguientes:

1. Los recursos destinados actualmente al fondo de becas establecido en el parágrafo 1° del artículo 193 de la Ley 100 de 1993.
2. Hasta un cero punto cinco por ciento (0,5 %) de los recursos de la cotización recaudados para el Régimen Contributivo de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dependiendo de las necesidades lo cual se definirá en el Presupuesto General de la Nación de cada año.

Parágrafo. Los actuales beneficiarios del fondo de becas establecido en el parágrafo 1° del artículo 193 de la Ley 100 de 1993 serán reconocidos automáticamente como beneficiarios del fondo que crea la presente ley. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá el mecanismo de traslado.

Artículo 7°. Reporte de residentes ante el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano. Una vez vinculado, el residente deberá inscribirse como tal en el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano.

Parágrafo 1°. Toda novedad del profesional vinculado como Residente deberá ser registrada en el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano, por la respectiva Institución Prestadora de Servicios de Salud.



Artículo 8°. Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud establecidas como escenarios de práctica que vinculen a residentes, deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, los servicios prestados por el residente en el marco del convenio docencia-servicio.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará, en un plazo no mayor de seis (6) meses a partir de la expedición de la presente ley, los mecanismos e indicadores de garantía de calidad que las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud de carácter universitarias y los centros de práctica deben cumplir para que sus residentes sean beneficiarios de los recursos asignados en la presente ley.

Artículo 9°. Matrículas de las especializaciones médicas en Colombia. Las Instituciones de Educación Superior de carácter público o privado, no podrán cobrar por concepto de matrículas profesionales a residentes, un valor superior al de los costos administrativos y operativos establecidos para cada programa de especialización médico-quirúrgica.

Parágrafo 1°. Las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPS) o Empresas Sociales del Estado (ESE), **no podrán cobrar en dinero ni especie a las Instituciones de Educación Superior**, por permitir la práctica de los profesionales en formación médicos y/o quirúrgicos en sus instalaciones.

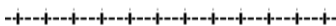
Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social en asocio con el Ministerio de Educación Nacional regularán la materia de acuerdo con criterios técnicos. De igual manera se establecerán las **pautas para la supervisión** coordinada a las instituciones de educación superior en lo referente al costo de las matrículas de los residentes de programas de especialización en los términos de la presente ley. La instancia técnica definida por estas entidades para su coordinación armónica deberá contar con la presencia de un representante de la Asociación Nacional de Internos y Residentes, así como con un representante de la Federación Médica Colombiana, en calidad de veedores.

Artículo 10. De la terminación y suspensión de las actividades de residente. La terminación o suspensión de las actividades como residente dependerán de las condiciones académicas del estudiante en formación, y no se entenderá suspendido ni terminado el contrato de práctica formativa para residencia médica cuando por consideraciones académicas o del plan de prácticas, el residente deba hacer rotaciones en diferentes centros de práctica.

Artículo 11. Vigencia y aplicabilidad. La presente ley empezará a regir a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias. Sin embargo, las disposiciones contenidas en el artículo quinto de la presente ley se implementarán de manera progresiva, según los términos y lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, en todo caso no podrá superar de cinco (5) años su aplicación integral.

El anterior texto, conforme en lo dispuesto en el artículo 165 de la Ley 5ª de 1992 (firmas de los ponentes, una vez reordenado el articulado que constituye el texto definitivo).

Los Ponentes.





Salud Pública

CÓMO DEBE SER UN HOSPITAL UNIVERSITARIO PARA PREPARAR MÉDICOS

Guillermo Restrepo Ch.***

¿Qué son?



Imagen tomada de: <https://goo.gl/9CXmMz>

Llamamos "hospital universitario", a aquel hospital donde los estudiantes de un programa de Medicina, bien sean en pre o posgrado, hacen sus prácticas para lograr su preparación, fundamentalmente en las áreas clínicas.

Hospitales generales, previos a la Ley 100 de 1993

Eran instituciones hospitalarias, entidades de caridad, donde la atención de los pacientes estaba supeditada a las actividades docentes y dependía de los horarios y las vacaciones de los estudiantes y las labores que estos

desempeñaban bajo la supervisión de unos pocos docentes. Las estancias hospitalarias eran prolongadas y la estructura administrativa y de servicios intermedios de diagnóstico y tratamiento, muy poco desarrollada.

ALEJANDRO ECHEVARRIA FUNDADOR DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL



Imagen tomada de: <https://goo.gl/9CXmMz>

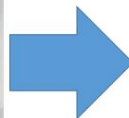


Imagen tomada de: <https://goo.gl/9CXmMz>

El hospital universitario se implementó sobre la estructura del antiguo hospital general, institución de caridad más importante de la ciudad, donde estaba ubicada la Facultad de Medicina, con una estructura administrativa pobre, manejada

generalmente por los llamados síndicos, quienes, además de administrar los recursos de la institución se preocupaban, junto con los grupos de monjas existentes, por recoger auxilios de la comunidad para lograr su mantenimiento.

*** Médico Cirujano. Magister Salud Pública. Profesor Emérito. FUJNC -guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co



Visión de caridad sin administración hospitalaria

En estos hospitales, la historia clínica, cuando existía, no tenía hojas de seguimiento, de evolución ni de orden de enfermería, no había el concepto de epicrisis, ni menos aún registros de laboratorio; los archivos eran exigüos y manejados por personal empírico. Los servicios generales eran prestados, en la mayoría de los casos, por ayudantes de las monjas que atendían las labores de enfermería en los hospitales. Las ayudas de diagnóstico y tratamiento eran escasas y consideradas como innecesarias en muchos de

ellos; los servicios de consulta externa no existían y la prestación de los servicios médicos se hacía en forma de caridad (los profesores atendían, generalmente, sin ninguna remuneración). La labor docente que allí se realizaba era escasa y muchos de los médicos que atendían a los pacientes no tenían vinculación con las universidades respectivas, por lo cual estaban fundamentalmente interesados en la asistencia pues les brindaba la posibilidad de práctica y prestigio personal.

¿Dónde estaban?

En la mayoría de las capitales de los departamentos existía uno estos hospitales como principal institución prestadora de servicios de salud en la población. Por ejemplo, en Medellín estaba el Hospital San Juan de Dios (que después fue hospital del Ferrocarril de Antioquia) y que, posteriormente, fue

reemplazado por el Hospital San Vicente de Paul. En Cali, el Hospital San Juan de Dios, sustituido por el Hospital Evaristo García que inició labores con una estructura moderna. En Bucaramanga, el Hospital San Juan de Dios se convirtió en el Hospital Ramón González Valencia.



Hospital San Juan de Dios – Bucaramanga.

Imagen en: <http://historiaabierta.org/mapa/items/show/22>

Hospitales locales anteriores a 1950

Eran centros hospitalarios ubicados en pequeñas poblaciones y atendían los servicios de internación de pacientes, atención en el parto normal, Pediatría y Medicina Interna; tenían servicio de urgencias y una consulta externa de tipo general que funcionaba activamente, sobre todo, en los días de mercado de la población. Por lo general, los servicios auxiliares de diagnóstico no existían. El cuidado de los

pacientes estaba bajo la responsabilidad de comunidades religiosas que atendían a los pacientes con ayuda de personal auxiliar. La prestación de estos servicios médicos se hacía con la colaboración que prestaba el médico oficial municipal o el designado para la atención del centro de salud local del respectivo departamento.



Hospital Santa Sofía, Manizales.

Imagen tomada de: <https://goo.gl/qpcGVV>



La administración se hacía por síndicos, generalmente no había historias clínicas, aunque en algunos departamentos la beneficencia respectiva le suministraba esta papelería; la farmacia era pobre y el presupuesto del hospital era muy bajo.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/P1rxGA>

Muchos de estos hospitales eran empresas sin ánimo de lucro de origen canónico y, por lo tanto, para ver su presupuesto se necesitaba permiso del obispo.

Hospitales locales con integración de servicios (1965)

En esta etapa, por decreto del Presidente Guillermo León Valencia y siendo Ministro de Salud Pública el doctor Juan Jacobo Muñoz, se produjo una primera gran integración entre el centro o puesto de salud y el hospital local o regional. Las actividades predominantemente preventivas del centro de salud, así como las de saneamiento y control de enfermedades

venéreas y prostitución entraron a formar parte de la atención con responsabilidad del hospital. El municipio y las entidades de caridad responsables del funcionamiento empezaron a integrarse. Producto de esta integración es el surgimiento de los primeros directores médicos.

Un cambio importante

Esta integración determina un cambio en la calidad de la atención. El médico comienza a hacer presencia permanente en el hospital local. Surgen las auxiliares de enfermería, que paulatinamente empiezan a reemplazar a las mojas en las labores hospitalarias.

Pero...

La integración tuvo inicialmente una repercusión negativa pues se incrementó la visión hospitalaria, pero disminuyó la atención extramural (fuera del hospital), deteriorando proyectos de promoción de la salud. Como respuesta,

surgirían las promotoras de salud en un futuro inmediato. El beneficio, sin embargo, fue el incremento en la tecnificación hospitalaria con la respectiva repercusión en la atención a los pacientes.

Hospitales universitarios desarrollados con base en la modernización de la educación médica en Colombia bajo la influencia germano-norteamericana de 1950 a 1990

Como consecuencia de la revolución flexneriana de las décadas de los años 1950 y 1960, los hospitales generales vinculados a las facultades de Medicina se transformaron en verdaderos hospitales universitarios, sitios en donde la atención a los pacientes se hizo con estándares superiores para que sirvieran en el proceso de aprendizaje de los futuros médicos. Tales centros se convirtieron en verdaderos referentes de la calidad de la atención médica.

Los representativos

Estos hospitales eran el San Juan de Dios en Bogotá, el San Vicente de Paul en Medellín, el Evaristo García en Cali, el Hospital San José en Popayán, el Hospital Santa Clara en Cartagena y el Hospital de Caldas en Manizales.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/W2KpJy>

El hospital universitario empezó a funcionar como una organización moderna y a este se vincularon funcionarios que habían recibido preparación en administración hospitalaria, generalmente en EE. UU., área en la que también el Sistema

Nacional de Salud empezó a capacitar al personal a través de los centros regionales, ampliando dicha capacitación a otros técnicos necesarios para la modernización hospitalaria en el país, por ejemplo, los bioestadísticos.

Condiciones para ser hospital universitario

Es importante recordar algunos de los requisitos que se proponían por esa época, con el fin de que un hospital general pudiera ser considerado como universitario:

1. El hospital debía tener un mínimo de 100 camas.
2. Por lo menos 250 admisiones anuales -pacientes hospitalizados y no visitas a consulta externa- por interno (excluyendo recién nacidos).
3. Las camas del hospital debían distribuirse, por lo menos, entre dos de las cuatro grandes divisiones clínicas (Medicina interna, cirugía, ginecología y pediatría) y, para el adiestramiento en las restantes, debía contarse con los servicios de un hospital afiliado cercano, que debería estar aprobado igualmente por el Comité de Acreditación de Hospitales.
4. Las rotaciones por cada servicio se organizaron en tiempos similares, asegurando que no fueran inferiores a dos meses; el número de camas asignadas a cada interno no debía ser menor de 15 ni mayor a 25.
5. Debía existir un servicio de urgencias bien organizado, que trabajara en forma activa y eficiente, donde los internos y residentes tuvieran sus responsabilidades definidas, bajo supervisión permanente y tuvieran la oportunidad de adquirir experiencia en los procedimientos más frecuentes.
6. El servicio de consulta externa debía estar continuamente relacionado con los servicios de hospitalización. Así, el personal de internos y residentes que atendiera a los pacientes hospitalizados era el mismo encargado de la atención periódica en la consulta externa, en donde siempre debía estar dirigido por personal superior.
7. El interno debía tener acceso a todos los servicios y facilidades del hospital.
 - 7.1. Los servicios pensionados (privados) debían utilizarse para la docencia de internos por considerarse que el trato con el paciente privado tenía alto valor educacional (hoy correspondería a los que cuentan con planes complementarios).
 - 7.2. El tiempo del servicio del internado en el pensionado no debía exceder del 25 % del tiempo total del internado.
8. Los internos debían contar con supervisión de residentes o médicos en ejercicio durante las 24 horas del día.

Los cambios necesarios



Imagen tomada de: <https://goo.gl/gD558c>



Las principales modificaciones en estos hospitales fueron las siguientes:

• Estructura física

Las construcciones que se empezaron a hacer a partir de la revolución flexneriana, transformaron la construcción de un solo edificio a una estructura conformada por varios de estos, en general diseñados por arquitectos franceses.

• Administración

Se estableció la departamentalización con jefes que tenían el nombramiento tanto del hospital como de la

universidad en los respectivos cargos. Estos jefes pasaron a ser de tiempo completo y de dedicación exclusiva y tenían como requisitos ser especialistas en el campo respectivo. La mayoría de ellos con formación en los EE. UU. Tenían, además de la función asistencial, la dirección académica en su respectivo campo; de ellos dependían los docentes escalonados en categorías inferiores, de los cuales, a su vez, dependían los residentes y, de estos últimos, los internos, quienes tenían gran relación con los estudiantes que participaban en las rotaciones de sus respectivas asignaturas.

Saber y ser reconocido



Imagen tomada de: <https://goo.gl/9APP4Y>

En el Hospital Universitario del Valle los docentes con mayor preparación y prestigio funcionaban como profesores de tiempo completo.

El área administrativa se vigoriza a través de la financiera y la de personal, ambas encargadas de originar y sostener los recursos hospitalarios. Los servicios auxiliares de diagnóstico

se fortalecen. Todos los registros mejoran ostensiblemente; surgen las historias clínicas homogéneas, así como los registros para enfermería y laboratorio. Surge la epicrisis como símbolo del cierre de la atención. Se crean los archivos de historias clínicas.

La asistencia

El hospital empezó a funcionar las 24 horas del día, todos los días de la semana. Desaparece la costumbre de evacuarlo en épocas de vacaciones o festividades cuando solo quedaba funcionando el servicio de urgencias.

La consulta externa



Imagen tomada de: <https://goo.gl/ebtora>

Se reorganizó con la asistencia de especialistas en los diferentes departamentos, siendo con urgencias, la fuente única de hospitalización. Anteriormente, los pacientes se hospitalizaban por las remisiones directas de los médicos.

Lo privado

Se amplió la hospitalización con servicios de pensionados (privados) y algunos de ellos con media pensión para atender la previsión social y enfermos particulares, con el fin de servir

a la sociedad en general, que quería aprovechar el alto nivel científico dado el alto prestigio **de estos hospitales en la ciudad respectiva.**



El apoyo diagnóstico



Imagen tomada de: <https://goo.gl/EZWfKq>

Los servicios auxiliares de diagnóstico se vigorizaron y modernizaron tanto en tecnología como en personal debidamente preparado para atenderlos, suministrando apoyo continuo también a los servicios clínicos y de urgencias, para mejorar la calidad del diagnóstico y orientar

los tratamientos. A estos servicios tenían acceso directo los estudiantes y los internos con el fin de aclarar cualquier duda sobre diagnosticar un paciente o valorar la evolución del mismo.

Eficiencia: un problema

Aunque la eficiencia fue el objetivo buscado por estos nuevos administradores hospitalarios, a veces los costos se aumentaban en forma notoria debido a estancias hospitalarias prolongadas (casos interesantes) y a la solicitud de paraclínicos, si bien innecesarios para el paciente, útiles para la docencia.

Una vivencia



Imagen tomada de: <https://goo.gl/vTVQNB>

El doctor Jorge Castellanos, director del Hospital Universitario San Juan de Dios, por esta época, refiere su experiencia en esta institución, así:

“En el año de 1966 llega como director del Hospital San Juan de Dios el doctor Jorge Castellanos, egresado de la Universidad Nacional, con residencia en la Universidad del Valle y partícipe del proceso que se estaba desarrollando en ASCOFAME. Inicialmente, el doctor Castellanos, en compañía del doctor Fernando Suescún, desarrollaron el primer Censo Nacional de Hospitales, lo cual permitía una visión confiable y actualizada de la situación hospitalaria del país. A su vez, con el desarrollo de los internados y la aparición de los residentes de las especialidades, se hizo necesario gestionar nuevos mecanismos de integración

interinstitucional, ampliar personal docente y generar nuevos cargos conjuntos, con personas que pudieran desempeñarse como asistenciales y como docentes de los alumnos asignados en el hospital. Conjuntamente se adelantó la contratación de 25 médicos al área de urgencias para el trabajo con practicantes. Se hizo necesario promover cambios en la administración institucional, para brindar respuestas a las nuevas responsabilidades y actividades académicas del Hospital San Juan de Dios”.



Vínculos importantes



ASCOFAME

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

“Vale resaltar que los hospitales eran entonces considerados como miembros adscritos de ASCOFAME, con todas las ventajas que esta situación ofrecía. **Surgen de esta forma en ASCOFAME los primeros elementos para la concepción del hospital universitario, su caracterización y acreditación (...).**”

De las iniciativas interesantes de ese período vale señalar que se constituyó entonces, con sede en ASCOFAME, **un primer Comité de Acreditación de Hospitales** con la Secretaría Ejecutiva del doctor Jorge Castellanos Robayo”.

Clave: divisiones de responsabilidad

“Esto significó un sentido constructivo de la adecuada relación entre la academia y un hospital, como el San Juan de Dios, el cual pertenecía, y aún hoy pertenece, a la Beneficencia de Cundinamarca (...) Algunos aspectos generan nuevas situaciones, como la aparición de dos

administraciones al interior del hospital, la administración propia y la administración de la universidad, por lo cual fue necesario establecer iniciativas que permitieran asumir conjuntamente responsabilidades y procesos con mutuo respeto y de manera coordinada”.

Se consolida como centro de formación



Imagen tomada de: <https://goo.gl/mbMprn>

“**De esta forma el hospital se convierte en el gran centro académico y científico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia**, si bien es cierto que los alumnos permanecían en la sede central de la Universidad los dos primeros años para la formación en ciencias básicas, a partir del tercer año se instalaban en la sede del hospital iniciando la formación en semiología, continuando con los contenidos clínicos en rotaciones e internado. El hospital llega en su momento a contar con la presencia de 100 internos, 160 residentes y los alumnos de tercer a quinto año, a más de los estudiantes de Enfermería y Fisioterapia. **El hospital era el centro de formación y el sitio universitario por excelencia de la academia médica. (...) Esta integración adquiere aspectos de tal significado que el plan de desarrollo del hospital, elaborado bajo la Dirección del entrevistado, comprende cuatro grandes proyectos, el primero de los cuales fue la construcción de un centro de salud comunitaria para destinarlo al desarrollo de la atención primaria** en los terrenos del hospital, con el fin de favorecer la rotación en preventiva y salud pública. Estaba también el gran Centro de Salud Mental con énfasis en

Psiquiatría Comunitaria, el cual sirvió como primera sede universitaria para la formación de residentes en Psiquiatría, en el más moderno de los edificios del complejo hospitalario. **Conjuntamente con el doctor Carlos Dávila de la OPS se trabajó la primera unidad de cuidado intensivo (UCI) para formación médica (...). El cuarto componente se refiere a la dotación tecnológica del hospital, San Juan de Dios, en un plan gigante, que alcanzó la mayoría de las regiones en Colombia, en un proyecto conjunto entre el Ministerio de Salud y el Gobierno Británico (también hubo participación de Holanda) (...).**

Este proyecto en que participaron el doctor Castellanos y médicos especialistas e ingenieros del Ministerio de Salud, dotó más de nueve hospitales universitarios de Colombia y cerca de 100 hospitales regionales y locales de ese entonces. Lo anterior daba cumplimiento, a través del Fondo Nacional Hospitalario, a un proyecto que se había iniciado desde el gobierno del doctor Carlos Lleras Restrepo y su Ministro de Salud, el doctor Antonio Ordoñez Plaja y, adelantado en el gobierno del doctor Misael Pastrana Borrero y su Ministro, el doctor José María Salazar”.



Formando el recurso humano

“Dado que los estudiantes de últimos semestres rotaban por hospitales regionales y municipales del Departamento de Cundinamarca, se presentaron en estos lugares desavenencias entre los directivos y los alumnos rotantes porque estos últimos deseaban un medio de práctica más elaborado”.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/GtstvNj>

“Como respuesta a esta situación, el doctor Castellanos Robayo, conjuntamente con la OPS en el país, se embarcó en la construcción de un centro, orientado a la formación de administradores de hospitales.

Posteriormente la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, se integra a la iniciativa, dando origen al Centro de Educación en Administración de Salud, CEADS; formando profesionales líderes en el desarrollo hospitalario y de profesionales en Estadística Hospitalaria,

Asistentes Administrativos Hospitalarios, Contabilidad y Finanzas Hospitalarias, Promotores de Salud Pública y Trabajadores Sociales en Salud (...). En otras regiones del país se crearon centros similares, como el CREADS y, en la Facultad Nacional de Salud Pública, se formaron profesionales que darían apoyo técnico y administrativo, para la marcha de hospitales universitarios, regionales y locales, para la misma administración de los Servicios Departamentales de Salud”.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/HpKFFV>

En el trascurso de este período, los hospitales universitarios siguen en un progreso vertiginoso hasta 1975, momento en que empieza la crisis con huelgas de residentes y la toma del Hospital San Juan de Dios por la fuerza pública que destruyó equipos y gran parte de la estructura del edificio, hasta que, en 1979, el Hospital es intervenido oficialmente por el Ministerio de Salud Pública.



Para saber



Imagen tomada de: <https://goo.gl/TLYGJG>

Se anota que los principales hospitales universitarios de Estados Unidos, como el de Baltimore que ocupó el primer puesto en 2013 en el ranking de clasificación hospitalaria de ese país, se caracterizó porque, además de estar vinculado a una facultad de Medicina y tener un alto nivel de investigación tanto clínica como básica y en la comunidad, son también centros con importantes avances tecnológicos que utilizan en sus laboratorios y práctica médica^{§§§}.

En Alemania los principales hospitales universitarios, como el de Heidelberg están estrechamente unidos a la universidad y la mayoría de sus 12 edificios están situados en el mismo campus universitario. Este hospital, al igual que el de Estados Unidos, hace mucho énfasis en la investigación y en la aplicación y práctica de los últimos avances médicos mundiales^{****}.

Participación de otros profesionales en la transformación hospitalaria



Imagen tomada de: <https://goo.gl/efHNZA>

- Enfermería

Este personal se aumentó en cantidad, pero, además, se fueron incorporando a él **enfermeras profesionales**, remplazando así, por una tecnocracia la antigua estructura de la caridad, que imperaba en la Organización Hospitalaria proveniente de la Edad Media. Este cambio fue logrado gracias a la aparición de nuevas escuelas de Enfermería, que se crearon en algunas universidades e, incluso, de auxiliares de enfermería, que con una formación académica bien estructurada se prepararon en algunas universidades primero y, posteriormente, en los Servicios Seccionales de Salud. Estas auxiliares tenían en

su formación gran énfasis en obstetricia con el fin de remplazar las antiguas parteras que atendían a las maternas, sobre todo en las poblaciones intermedias y pequeñas del país.

- Otras profesiones

Fueron apareciendo otras profesiones de la salud que se incorporaban en sus prácticas a los hospitales y que fueron mejorando su nivel científico; tal fue el caso, por ejemplo, de bacteriología, regencia de farmacia, nutrición y, posteriormente, las terapias.

§§§ Auerbach, Rachel. Los 10 mejores hospitales de los Estados Unidos <https://cnnespanol.cnn.com/2013/07/16/los-10-mejores-hospitales-de-los-estados-unidos/>

**** <https://www.heidelberg-university-hospital.com/es/acerca-de-nosotros/>



Docencia



Imagen tomada de: <https://goo.gl/16CQ5V>

Además de los aspectos ya descritos en Medicina y Enfermería, el hospital asumió una gran actividad académica a través de las reuniones clínicas de docentes y estudiantes realizadas en todos los departamentos con presentación y discusión de casos, sobre todo, en las conferencias semanales de anatomía patológica donde toda la comunidad académica participaba.

Es importante anotar en este punto que, en su mayoría, las huelgas estudiantiles que surgieron posteriormente a finales

y mediados del decenio de los años de 1970, respetaban la vida y el ambiente hospitalario.

Finalmente podemos resaltar que tanto la consulta externa como los servicios auxiliares de diagnóstico sirvieron de rotaciones y campos de práctica para los estudiantes y que, el internado rotatorio, hecho en forma obligatoria con residencia dentro del hospital junto con los profesores de planta con dedicación exclusiva, dio al hospital un verdadero ambiente, no solo de seguridad para la asistencia sino de seriedad científica.

Un modelo

Veamos cómo describe un estudiante que rotó por este tipo de institución en la década de los años noventa, poco antes de la crisis del Hospital San Juan de Dios:



Imagen tomada de: <https://goo.gl/tk7KrP>

“Mi primer contacto se dio en el edificio de patología o, mejor la morgue, de esta gran institución, donde nos uníamos a los docentes de patología en el estudio y la correlación clínica de las enfermedades estudiadas, encontrando causas de muerte y entendiendo la Medicina

desde los hallazgos en los sistemas hasta retroceder a la enfermedad, comprendiendo lo que significa un análisis retrospectivo (...). Nacía cada vez más la curiosidad por interpretar las enfermedades antes de que se presentaran o para entender el proceso de la muerte”.



“A su vez, iniciábamos el mundo de la semiología. Nosotros realizábamos las historias clínicas de los pacientes hospitalizados (...). El número de integrantes por grupo era aproximadamente ocho estudiantes. Cada estudiante revisaba a su paciente y realizaba la historia, la que posteriormente de acuerdo al sistema a estudiar, se presentarían al docente (...). Empezamos a conocer cada vez más el hospital y cada vez más la relación con los demás miembros de la academia. Ya en séptimo semestre iniciamos nuestra rotación por Medicina Interna, bajo la tutoría de un docente y médicos residentes. Iniciábamos la evolución de los pacientes hospitalizados, empezando revistas con tutor a las 7:00 a.m., donde se resolvían la mayoría de las preguntas que se presentaban, con la clara convicción

de que podíamos contar con las subespecialidades a las que pertenecían el bloque de especialistas que concentraban todas las áreas del saber de la Medicina, con el gran agrado de encontrar nefrólogos, intensivistas, reumatólogos, etc., todos con plena disposición para aclarar dudas en aras del bienestar de los pacientes (...). Había reuniones de estudiantes y profesores en el Auditorio Mayor donde se presentaba un caso de mortalidad todos los miércoles, el cual era orientado por el médico coordinador del servicio de urgencias; también asistían los residentes y profesores en pleno, cardiólogos, nefrólogos, epidemiólogos, neurólogos, entre otros (...). Además, contábamos con la disponibilidad de los docentes para desarrollar temas de revisión de artículos”.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/4nrDnn>

“Posteriormente ingresábamos al servicio de cirugía de este majestuoso sitio del saber, donde, sin condición socioeconómica o EPS, se atendía a los pacientes y se resolvían los problemas de urgencias quirúrgicas, se programaban las cirugías de acuerdo a las necesidades acordadas con los grupos de cirujanos, encabezado por el grupo cinco, al cual pertenecí, orientado por los docentes respectivos (...). Se evaluaba en forma integral al paciente con el fin de dar la mejor solución a la patología del paciente; si se presentaban dudas, se planteaban en una reunión integrada por los hospitales de la Samaritana y Cancerológico, donde se acordaba el tratamiento más adecuado para el paciente; ahí entendí que el conocimiento va de la mano con la capacidad de escuchar y aceptar nuevas formas de manejo (...). A continuación, nos dirigimos, en otro semestre, al servicio de Psiquiatría, donde teníamos áreas de hospitalización y consulta externa. Lo consideraba como un gran mundo, todo con

el fin de resolver los problemas que aquejaban con mayor frecuencia a la población, dentro de un ambiente bien claro de interdisciplinaria; considero que esto se puede interpretar como una pequeña ciudad dentro de la misma Bogotá, con el compromiso de velar por la salud de toda la población sin distinciones de ningún tipo, pero que, poco a poco, se fue desmoronando haciendo que ese centro de formación y sabiduría se fuese deteriorando hasta morir con ironía, ya que la misión para la cual fue creado, era luchar por la vida, al igual que el Palacio de Justicia o, mejor, porque se cortaron las alas de los que allí trabajaban en pro del bienestar y la salud, derecho fundamental de la población, bajo la excusa de agotamiento de recursos, cuando todos entendíamos que la Beneficencia de Cundinamarca, era la culpable del deterioro patrimonial de la Fundación San Juan de Dios”.



Investigación

Además del aspecto asistencial y docente ya anotado, se empezó a gestar la investigación, donde las reuniones clínicas ya mencionadas, así como el CPC (Conferencias de Patología Clínica), preparaban el ambiente para que profesores y estudiantes profundizaran sobre un caso e hicieran investigaciones bibliográficas al respecto, con el fin de ilustrar de manera adecuada lo que se estaba discutiendo. Fruto de lo descrito anteriormente, que puede considerarse como el primer paso en la investigación, se hacían trabajos,

por lo general, descriptivos y formativos y, ulteriormente, de casos y controles, con el apoyo económico de algunos laboratorios farmacéuticos.

Es necesario destacar que, en algunos casos, la investigación tuvo carácter internacional y de gran repercusión en el conocimiento médico, como lo fue la investigación sobre aterosclerosis en la cual participaron patólogos de la Universidad del Valle.

Centros de referencia

Queremos anotar que estos hospitales servían de centros de referencia a todo el Sistema de Salud de la región en que estaban ubicados y que, como tales, empezaron a tener un gran efecto por su calidad en los servicios médicos de todo el país.

Rev. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 3

Editorial

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.55881>

El hospital universitario

Si se observa el modelo que se ha propuesto en Colombia de los factores que debe cumplir una institución para obtener el título de *hospital universitario*, vemos cómo la calidad que se busca actualmente tiene la misma orientación que se pretendía en las décadas de los años 1950 y 1960, guardando las proporciones de los avances tecnológicos y estructurales, a saber:

- Planificación y referentes documentales de la relación docencia-servicio.
- Procesos y actividades de la relación.
- Gestión de recursos para la relación docencia-servicio.
- Sistema de información de la relación.
- Medición, análisis y mejora de la relación.

REPUBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0003409 DE 2012

(23 OCT) 2012

Por la cual se define la documentación para efectos del reconocimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como "Hospitales Universitarios"

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En uso de sus atribuciones legales y en especial, las conferidas en el numeral 20 del artículo 6 del Decreto - Ley 4107 de 2011 y en desarrollo del literal e) del artículo 6 de la Ley 30 de 1992, los artículos 247 de la Ley 100 de 1993, 13 de la Ley 1164 de 2007, modificado por el artículo 99 de la ley 1438 de 2011 y 100 de la Ley 1438 de 2011, y

Pero, además de lo anterior, el Comité de Hospitales de ASCOFAME (15) incluía una serie de indicadores que eran condición fundamental para que el hospital fuera acreditado para realizar labor docente en pregrado y residencias. Dentro de estos aspectos vale la pena mencionar:

- Número de camas por estudiante.
- Porcentaje de autopsias de los pacientes fallecidos en la institución.
- Facilidades de laboratorio.
- Docentes de tiempo completo.
- Tipo de servicios.
- Facilidades de alojamiento para el internado.





Hospitales piloto

Algunas facultades de Medicina realizaron convenios con hospitales, sobre todo de pequeñas poblaciones, para dirigir las instituciones de este tipo, con el fin de probar modelos de atención que consideraban ideales para extrapolar a la población general, tal como sucedió con Candelaria en el Valle y Santo Domingo en Antioquia. También con fines

investigativos se crearon algunos centros hospitalarios en el país, tal como ocurrió en el Valle con un hospital construido en Buenaventura, el Hospital de Apartadó por parte de la Universidad de Antioquia, así como el Hospital Regional de Rionegro (Antioquia) por la misma universidad.

Hospitales especializados y clínicas

En el país, desde finales de la colonia, empezaron a crearse hospitales especializados en algunas patologías para las cuales se consideraba fundamental, por diferentes razones, separar a sus enfermos. De esta manera se establecieron:

Fuente: Museo Médico de la Lepra en Agua de Dios



Imagen tomada de: <https://goo.gl/UcYdmg>

- **Los lazaretos:** ubicados en municipios especiales donde se obligaba a los enfermos a aislarse.
- **Los hospitales antituberculosos:** pretendían, además de aislar el paciente, situarlo en un ambiente campestre pues, con base en la teoría miasmática, contribuiría a la mejoría.
- **Los frenocomios:** donde se aislaba a quienes padecían de una enfermedad mental dolorosa y, algunas veces, vergonzosa para la familia, que además de representar un posible riesgo físico, se veía como "castigo divino".
- **Los hospitales anticancerosos:** destinados a especializar a los médicos tanto a nivel académico como tecnológico, en enfermedades consideradas, por lo general, incurables.
- **Hospitales construidos para servir a grupos etarios específicos:** para brindar atención prioritaria como las clínicas materno-infantiles, de la mujer y los hospitales pediátricos.
- **Hospitales y clínicas con especialidades específicas:** donde sus propietarios, habitualmente especialistas, brindaban atención.

Un intento por integrar el Sistema Nacional de Salud

DECRETO 056 DE 1975
(enero 15)

Diario Oficial No. 34260 de 19 de febrero de 1975

Por el cual se sustituye el Decreto-ley número 654 de 1974 y se dictan otras disposiciones.
<Resumen de Notas de Vigencia>

NOTAS DE VIGENCIA:

- Decreto declarado EXEQUIBLE por la Corte Suprema de Justicia, mediante Sentencia de 21 agosto de 1975, Dr. José Eutorgio Samá.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA,

En uso de sus facultades constitucionales y legales y en especial de las que le confiere la Ley 9a. de 1973,

DECRETA:

ARTICULO 1o. Entiéndese por Sistema Nacional de Salud al conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación.
<Jurisprudencia Vigencia>

Con el advenimiento del Sistema Nacional de Salud y, de acuerdo con la preparación científica y biopsicosocial que preconizaban sus creadores a consecuencia de la formación científica que habían recibido, se propuso como filosofía la integración de todos estos centros hospitalarios en el *hospital*

universitario, por considerarlo el sitio donde se podía atender a los pacientes de la manera más completa. Con base en esta idea de concentración, los hospitales especializados previos fueron integrándose al gran hospital universitario.



Regionalización

Cuando se crea el Sistema General de Salud en 1973 se estableció definitivamente la regionalización de los hospitales en Colombia, la cual había empezado a constituirse desde 1960 a través de los distritos sanitarios por parte del Ministerio de Salud. La idea era que existiera un puesto de salud en los municipios pequeños de los departamentos, un hospital local en la cabecera municipal y un hospital regional en la capital departamental, que habitualmente era el universitario.

En cada municipio se organizó un hospital local, dirigido por monjas, se mejoró su dotación y todos contaban con un médico general, dos auxiliares de enfermería certificadas y un odontólogo. Asimismo, en cada municipio se capacitaban promotoras de salud una por cada vereda y dos para la zona urbana con un programa similar al que antes se había establecido en el municipio de Santo Domingo.

El Fondo Nacional Hospitalario

El Fondo Nacional Hospitalario, creado durante el gobierno del doctor Carlos Lleras Restrepo y financiado con el 10 % de los dineros que el Seguro Social tenía ahorrados en las cuentas de I.V.M (invalidez, vejez y muerte), mejoró, terminó o construyó 150 hospitales regionales para las distintas zonas en que se había dividido el país, que

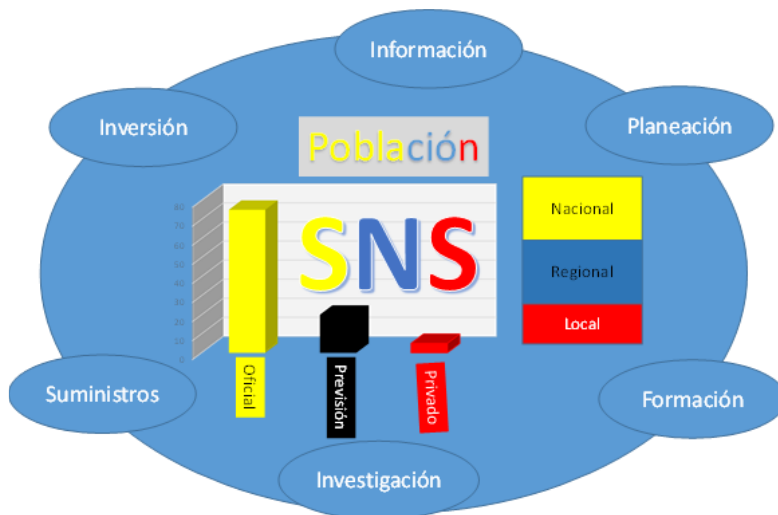
recibieron dotación moderna para su época con los préstamos de la Corona Inglesa y posteriormente de Francia. Estas 150 regiones se establecieron tomando como sede los municipios a los que acudían, no solamente los habitantes de esa localidad para proveerse de servicios, sino los de los municipios vecinos.

Integrados

Se estableció así una red de prestadores formada por un **primer nivel**, constituido por las promotoras y el hospital local integrado al centro de salud; un **segundo nivel** formado por los hospitales regionales en donde se programaban cuatro especialistas médicos fundamentales

(Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Obstetricia), los cuales, a su vez, remitían a los hospitales localizados en la capital del respectivo departamento, que, en general, eran hospitales de **tercer nivel** y universitarios.

Funcionando...



1. Remisión y contrarremisión de los pacientes.
2. Supervisión de un nivel a otro con sus componentes de capacitación, asesoría consultoría y control.
3. El primer nivel estaba encargado de programas de letraje, vacunación, educación sanitaria, estadísticas demográficas básicas y organización de la comunidad.

Para el funcionamiento del sistema se contaba con los siguientes seis subsistemas:

- Suministros.
- Inversiones.
- Información.
- Planeación.
- Formación.
- Investigación.



Qué no alcanzo a ponerse en práctica

Esta organización es destruida con la Ley 60 de 1981 y, posteriormente, con la Constitución del 91, la cual entrega la salud a los municipios concluyendo todo el proceso de nacionalización que intentó constituir el Sistema Nacional de Salud.

Como se observa, la centralización presupuestal que pretendió el Sistema Nacional de Salud se vio seriamente afectada. Se creó una confusión en torno a quiénes eran los propietarios responsables de los hospitales, los municipios o la nación.

Hospitales generales posteriores a la Ley 100 de 1993

A 4.9 billones asciende la mora a las entidades hospitalarias
Se desborda deuda de las EPS con hospitales en todo el país

Para el ministro de Salud, Alejandro Gaviria, las deudas con los hospitales estarán sobredimensionadas, ya que el Gobierno giró el año pasado casi 1.5 billones de pesos para pagar deudas históricas del sistema de salud.

RESUMEN AGENCIAL
 Las deudas a los hospitales y clínicas no cesan. Las EPS del sistema contributivo y subsidiado, los centros territoriales, el Fomega y otras entidades del Estado los adeudan a las entidades hospitalarias por prestación de servicios de salud. \$4.9 billones, de los cuales al 59.2 por ciento se encuentra en mora, es decir, más de 2.9 billones.

Aún lo muestra el más reciente estudio de cartera hospitalaria, que corre a junio 30 de 2013, realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACOHC, en el que además, se determinó que los centros de deudas siguen siendo las Entidades Promotoras de Salud, EPS, del Régimen Contributivo con el 37.5 por ciento de la deuda.

Las siguen las EPS del Régimen subsidiado con el 28.6 por ciento de toda la cartera, y en tercer lugar el Estado con el 11.7 por ciento, la cual incluye la deuda de las entidades...

EN LIQUIDACIÓN

DATO
 Solo 1.277 entidades de salud, de las 11.567 obligadas a hacerlo, reportaron sus cuentas por cobrar, con soporte de factura, dentro del plazo establecido por el Gobierno.

EPS privadas que más adeudan a las entidades hospitalarias son Coomunsa EPS con \$275.966 millones, mientras Saludtopo adeuda \$207.991 millones.

En el caso de la Nueva EPS, entidad nueva, la deuda ascendió a los \$524.895 millones, siendo la EPS que concentra la mayor deuda en mora con el 90.4 por ciento, 9.5 millones por encima más que el siguiente sistema.

Respecto al Régimen Subsidiado, el estudio evidencia que la mayor adeudadora com...

CEBRAL (BIBLIOLABCS)
 Hace más de una década el movimiento de Protección Social, Normas 1250 del 03, se volvió obligatorio, para el caso de que las EPS, hechas de las Muevas empresas que los actores del sistema tienen con ellas, solo 1.277 de miles de ellas y de miles privadas, de 11.567 obligadas a hacerlo, reportaron sus cuentas por cobrar, con soporte de factura, dentro del plazo establecido por el Gobierno el año pasado, que se extendió al 31 de enero de este año.

Según muestra el primer estudio de información que se hizo con los datos suministrados por el 59 por ciento de las EPS, la totalidad de las EPS del régimen contributivo y buena parte del subsidiado, así como el grueso de los centros territoriales con soporte de esta, se encontró que \$4.9 billones de pesos de deuda que las EPS del subsistema en conjunto a las EPS, no han sido mensajadas de sus contratos, lo cual genera serios problemas de salud. No importa que al momento de ser creada pasara bajo régimen por ventas, así deudas por \$40.000 millones de pesos.

El monto de las deudas
 La deuda total del Régimen contributivo llegó a los \$1.8 billones, de los cuales el 62 por ciento se encuentra en mora. En este último grupo las...

Además el total de la deuda tuvo una reducción de 1.2 por ciento respecto al semestre anterior, lo cual muestra un leve avance superior al 22 por ciento, dijo el presidente de la ACOHC, Juan Carlos Giraldo. Las mayores deudas son Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca.

Además el total de la deuda tuvo una reducción de 1.2 por ciento respecto al semestre anterior, lo cual muestra un leve avance superior al 22 por ciento, dijo el presidente de la ACOHC, Juan Carlos Giraldo. Las mayores deudas son Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca.

<http://www.eltiempo.com/colombia/eps/colombia-eps-gira-4-9-billones-en-deuda-con-hospitales-y-clinicas-1164474>

Con esta Ley surge un cambio fundamental para los hospitales; a saber, la prioridad de facturar, dejando incluso, en algunos casos, la atención supeditada a tal condición. El pago por evento y las tarifas alcanzan una importancia mayúscula y la visión académica se ve seriamente comprometida y afectada.

Hospital universitario Y CRISIS HOSPITALARIA EN COLOMBIA*

Juan Carlos Eslava

Resumen

El texto desarrolla una reflexión sobre la importancia que en la actualidad ha adquirido la noción de *hospital universitario* en el país y el reto que exige pensar dicho hospital como un escenario particular donde se conjugan, de manera compleja, las dinámicas asistenciales y académicas. Se presentan, a su vez, algunas consideraciones acerca de la forma como el hospital ha surgido en calidad de escenario fundamental para la formación de los profesionales de la salud y como el actual sistema de salud colombiano ha generado dificultades para hacer realidad las propuestas más integrales de hospital universitario.

Palabras claves: Hospital universitario, hospital, universidad, academia, docencia-asistencia.



La mayoría de los médicos de planta no tienen ninguna responsabilidad docente y simplemente los estudiantes son recibidos en las salas porque un convenio docente-asistencial convierte al hospital en centro de práctica. El proceso de aprendizaje es parcial y, a veces, los métodos de evaluación no están definidos, no son claros e, incluso, frecuentemente no existen.

Las prácticas en este tipo de hospital varían mucho de uno a otro y, con frecuencia, se realizan sin ninguna supervisión. Las relaciones del estudiante con la universidad se efectúan muchas veces dos veces al semestre; la primera para matricularse y pagar y, la segunda, para llevar al final del período algún informe que el hospital o algún profesor había firmado. En la mayoría de los casos, cuando existen nexos

entre el hospital y la universidad, estos consisten en constatar aspectos administrativos.

Las rotaciones no se hacen siguiendo un pènsam acadèmicamente establecido sino de acuerdo con las facilidades que tiene el hospital y, lo que sucede comúnmente, a las exigencias que el hospital determina.

Por lo general, en estos hospitales la labor misional es el negocio y no la prestación del servicio de salud. La parte administrativa está bien organizada y el cumplimiento de las normas y los procesos se siguen en forma rigurosa.

La rotación de internos se limita a su permanencia solamente en el turno al cual están asignados o en la clase que les corresponde.

Hospitales a desarrollar conforme a la Ley Estatutaria



Se proponen las Redes Integradas de Servicios de Salud que deberán coordinar el nivel primario (equipos de salud) con los complementarios (hospitales de mayor complejidad). Sin embargo, por ahora, esto no está avanzando como se esperaba.

El hospital moderno



Imagen tomada de: <https://goo.gl/Qz0gSL>



Habitualmente son instituciones privadas de tercer nivel, con claro ánimo de lucro, bien dotadas que, por lo general, no están realmente incorporados a la formación universitaria y, aunque muchas de ellas tienen residencias médicas, la actividad docente es escasa. La universidad paga parte del dinero de la matrícula a estas instituciones hospitalarias y el vínculo de los residentes con tales entidades puede ser circunstancial y poco académico.

Algunas de las clínicas de mayor prestigio han establecido sucursales en distintas partes del país promoviendo el negocio del "turismo de la salud".

Algunas de estas clínicas privadas tienen auspicio de grupos financieros importantes que les han permitido crecer, preocuparse por la investigación y solicitar que la formación de especialistas dependa cada vez más de sus propios programas.

Han adquirido algunas de ellas gran prestigio en nuestro país.

Buena parte de sus ingresos lo constituye la clientela privada o los planes complementarios en salud.

Es importante destacar que estas IPS privadas tienen características propias que las ubican en la cúspide del sistema de salud colombiano puesto que cuentan con:

- a. Clínicas privadas en mayor cantidad y más modernas que las públicas.
- b. IPS internacionalizadas.
- c. IPS con facultades de ciencias de la salud.
- d. IPS para el "turismo" médico.
- e. IPS en zonas francas.
- f. IPS con helipuertos.
- g. IPS con clínicas especializadas adscritas.

El asunto

Esta situación que se ha propiciado, impide realizar un verdadero sistema de salud en Colombia con una política única en este momento, máxime porque la intervención del capital privado internacional se rige por normas de los tratados de libre comercio.

En síntesis, lo que tenemos es un sistema hospitalario muy fraccionado con intereses diversos que representa una gran dificultad para construir redes integrales de servicios de salud necesarias para hacer real la APS.

Médicos inmigrantes

EL TIEMPO | BLOGS



Opinión | 16 de Marzo de 2018

Ser médico en Venezuela

Por: Alexander Tique Aguilar

Publicado en: #SinExcusas

SEGUIR ESTE BLOG +

Más de 22.000 médicos de diferentes edades se han ido de Venezuela tras la crisis, incluso veteranos de 58 y 60 años de edad entre los que se encuentra pediatras, médicos generales y cirujanos según información de la Federación Médica Venezolana (FMV).

Imagen tomada de: <https://goo.gl/MnwCDB>

Un hecho que vale la pena anotar, y que merecerá un tratamiento especial, es la inmigración de una buena cantidad de médicos de otros países a Colombia, cuya preparación no está acorde con los niveles que se le exigen al médico colombiano y que no conocen a fondo nuestras características geográficas, culturales y la legislación vigente

de nuestro país. La razón fundamental de su empleo consiste en mejorar la posibilidad de un negocio en salud ya que su contratación es por estipendios menores y a término fijo, hecho que se ha generalizado en nuestro país porque se busca un médico cada vez más especializado, más técnico que científico y, poco humanizado.

Clínicas que compran EPS

Semana

Jueves, 5 de julio de 2018 | [Suscribirse](#) | N

NACIÓN | OPINIÓN | ECONOMÍA | VIDA MODERNA | GENTE | CULTURA | MUNDO | TECNOLOGÍA | EDUCACIÓN | DEPORTES | SOSTENIBILIDAD | FOROS SEMANA | EDICIÓN

TENDENCIAS > POLICÍA NACIONAL VIOLENCIA GUSTAVO PETRO CHIRIBIQUETE SELECCIÓN COLOMBIA MUNDIAL RUSIA 2018 ANTANAS MOCKUS JEP VI

SALUD | 13/27/2017 11:43:00 AM



Estos son los dueños de Medimás, los que están pagando la venta de Cafesalud

Imagen tomada de: <https://goo.gl/AzWnRy>





Una de las discusiones más importantes que se han presentado en nuestro país ha sido la integración vertical, por lo que varias de las leyes que se han proclamado para reformar o complementar la Ley 100 de 1993 han versado sobre este tema. Sin embargo, rompiendo todo el esquema que traía la aplicación de la Ley 100, un conjunto de IPS se

han reunido para comprar la EPS más grande de Colombia, con lo cual se pone en riesgo la atención de la población en los sitios donde no hay presencia de esas IPS y vuelve a someter al país a la incertidumbre prestacional derivada de la integración vertical.

Clínicas universitarias

Algunas universidades implementaron, con sus recursos, clínicas para la práctica de sus estudiantes, las que han sido asimiladas por la Ley 100 con resultados diversos. Generalmente en ella los estudiantes rotan de los semestres quinto a décimo, realizando el año de internado en otro tipo de hospitales, como los descritos anteriormente.

En este tipo de clínicas el estudiante se siente generalmente bien supervisado y recibe docencia regular, aunque sus oportunidades de aprendizaje se pueden reducir por las condiciones administrativas dominantes. En estos hospitales no existe una verdadera pirámide de estructura docente.

Hospitales universitarios



Imagen tomada de: <https://goo.gl/2KqkjB>

En general se trata de aquellos hospitales universitarios que lograron sostenerse con la Ley 100. La visión académica domina a la atención y siguen siendo centros de alta calidad prestacional por los equipos de especialistas que allí trabajan

y enseñan. Sus proyectos de desarrollo incluyen a los internos y residentes como actores fundamentales en su funcionamiento. La investigación está inmersa en todo su actuar.

A manera de conclusión

Finalmente, para situarnos en el momento actual podemos decir que las condiciones en la educación superior en Medicina han cambiado puesto que:

- a. El sistema de salud es muy distinto.
- b. Los avances tecnológicos que encarecen enormemente la prestación de servicios.
- c. Los hospitales se han ido separando de las universidades; en general no están dentro del campus universitario.
- d. La crisis económica del Sistema de Salud está repercutiendo en la viabilidad de los hospitales.
- e. La posición y liderazgo del médico, en relación con otros actores de la salud, enfermeras, psicólogos, nutricionistas y terapeutas hace la salud más costosa y dispersa.
- f. La administración en los hospitales ha dejado de ser lo que debería (un gran apoyo) para convertirse en lo principal (es decir, lo misional).
- g. El compromiso con la docencia es marginado, ya que el sistema de salud está acoplado sobre la base de un trabajo en línea por tarea que no deja campo para la docencia y muy difícil para la investigación.
- h. La universidad se ha pegado a este sistema sacrificando sus principios y, en muchas de ellas, se ha convertido en un negocio.



PROPUESTA

Teniendo en cuenta lo anterior, nuestra propuesta para lo que debe ser un hospital universitario en este momento, comprende:

- a. Redefinir las relaciones hospital-universidad.
- b. Redefinir las relaciones entre la universidad y el sistema de salud.
- c. Contemplar los cambios en el tipo de paciente.
- d. Contemplar los cambios en la tecnología.
- e. Contemplar los cambios en las redes de información.
- f. Conceder importancia a la investigación.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Restrepo G and et. Modernización de la educación médica en Colombia a partir de la influencia germano norteamericana. 2014.
2. Definición de hospital universitario del Ministerio de Salud [Internet]. Ley 1164. Artículo 13 Parágrafo 2. Disponible en: <https://goo.gl/RoZLRm>
3. Pérez J, Gardey A. Definición de caridad [Internet]. Publicado 2011. Actualizado 2014. Disponible en: <https://definicion.de/caridad/>
4. Vélez I. la facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia 1935-1965. p. 55- 56. Biblioteca Universidad de Antioquia.
5. Programa Integrado de Salud en Santo Domingo Antioquia. Presentado en el II seminario de Educación Médica de Colombia, 1957.
6. ASCOFAME. I Asamblea de directores de educación graduada de las facultades de Medicina y el Comité de Acreditación de Hospitales. Requisitos mínimos para acreditación de hospitales para el Programa de Internado Rotatorio. 13 enero, 1964. Bogotá, D.C.
7. División de Salud. Universidad del Valle. El Departamento de Medicina Social. Documento de Trabajo. 1970-1971. Programa que seguían los estudiantes. Julio 10. 1970. Cali. Colombia.
8. Vélez I. Historia de la nueva Universidad de Antioquia (segunda parte) y otros temas. Biblioteca Universidad de Antioquia.
9. Escuela de Salud Pública Facultad de Salud. Universidad del Valle. Publicación Científica No. 13. 1ra Edición. Serie. Lecturas Escogidas.
10. Reunión conjunta del Consejo General de Especialidades Médicas y del Comité de Acreditación de Hospitales Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. 21, abril, 1967, Bogotá. Acta No. 67.
11. Programa Integrado de Salud en Santo Domingo Antioquia. Presentado en el II seminario de Educación Médica de Colombia, 1957.
12. Restrepo GL, Sabogal, Villa A. Desarrollo de la Salud Pública y de la Seguridad Social en Colombia. Innosalud Ltda. Bogotá, 1998.
13. Guerrero R. Editorial. Lorencita Villegas de Santos [Internet]. Revista Colombiana de Pediatría. 1999; 34(2). Disponible en: <https://goo.gl/RHwwKQ>
14. Hospital General de Medellín. Reseña Histórica [Internet]. Hospital General de Medellín [consultado 14 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/yxUnyX>.
15. Clínica Barraquer [Internet]. Disponible en: <http://www.barraquer.com.co/>
16. Ley 1438 de 2011 [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/X9rm2e>
17. Decreto 2470 DE 1968 [Internet]. Por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública. Disponible en: <https://goo.gl/JJhPVn>
18. Ley 9 de 1973 [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/JkuKeE>
19. Acto legislativo 01 de 1986. Disponible en: <https://goo.gl/xH1f2f>



Caso clínico

ANÁLISIS DE CASO: DISFUNCIÓN SEXUAL

Camilo Ayala^{****}
Juan Carlos González Quiñones^{****}

Norberto es un hombre de 58 años que consulta por un problema con la erección.

Refiere que hace más o menos tres meses notó dificultad para sostener la rigidez del pene por lo cual no pudo penetrar a su esposa y concluir el acto sexual. Refiere que su vida sexual ha sido plena; ahora, con estímulos logra erecciones, pero no la suficiente rigidez para penetrar. Igual han continuado con su esposa su vida sexual, sustituyendo la penetración con diversos tipos de estímulos. Se siente preocupado pues quisiera lograr la penetración tanto por él como por su esposa. Refiere una relación plena con ella en todo sentido y al preguntar por factores de estrés y ansiedad, dice vivir más o menos con los mismos de toda la vida. Al indagar por exámenes de prevención, refiere que hace menos de un año le hicieron glicemia, perfil lipídico, BUN, Creatinina, PSA y EKG; todo dentro de lo normal. Mantienen relaciones sexuales con su esposa una vez por semana, aunque últimamente las han dejado cada 15 días, creando ambientes más relajados, conversando y tomándose una copa; aun así, sin lograr la erección suficiente para la penetración.

La revisión por sistemas mostró que presenta erecciones nocturnas y se levanta una vez en la noche para orinar, notando que el chorro ya no es como antes. Duerme máximo cinco horas y, con cierta frecuencia, se desvela sin razón específica. Se considera un poco pesimista y algo ansioso.

Ha padecido de dolor en la articulación del grueso artejo (cuatro episodios en los últimos cinco años). Le dijeron que era gota y solo le prescribieron analgésicos. Fue operado de miopía con muy buenos resultados. De resto, su salud ha sido muy buena. No existe diabetes en la familia y sus padres viven con buena salud (madre con hipertensión arterial). En general dice que es muy raro que él se incapacite por enfermedad (se nota un sentido de responsabilidad laboral muy grande).

Él es profesional, bien preparado y muy responsable. Vive en casa propia con dos hijos, una de 17 años y el otro de 14 años. Casado desde hace 20 años. Aunque ha tenido trabajo, las condiciones laborales no han sido las más apropiadas (en

los últimos 10 años). Hace cuatro meses cambió de puesto (la firma en la que estaba se estaba quebrando) y en el que está ahora se siente más tranquilo, pero gana un 20 % menos. Su esposa también trabaja y, si bien les alcanza, a él le preocupa la situación del mercado laboral y que otra crisis conlleve a no poder cumplir con su deber. Se siente por completo apoyado por su familia nuclear. Igualmente, se apoyan emocional y materialmente con las familias de sus hermanos y entre todos velan por la seguridad material de sus padres.

Al examen, su peso fue de 74 kilos y su estatura 1,73 m. Signos vitales dentro de lo normal. Cabeza: se observa reflejo por cirugía ocular. Cuello, tórax, abdomen normal. Examen genital: inspección, testículos y glande de tamaño normal. No se palpan anomalías en estructura del glande ni en testículos.

Al aplicarle un test sobre relaciones sexuales (IIEF), se obtuvo: En el último mes pudo tener erección, pero no suficiente rigidez, no pudo penetrar y, a pesar de los estímulos, no logró una erección plena. Ha hecho dos intentos. Refiere que es satisfactorio estar con su esposa, que lo disfrutan, pero que no puede penetrarla y, por ende, no eyacula. Siente que le faltó completar ese círculo sexual, aunque logra que su esposa alcance el orgasmo a través de caricias sexuales. Siente deseo por su esposa y está satisfecho sexualmente de su pareja. Siente que su deseo sexual ha empezado a disminuirse y, si bien, cree que eso no es tan problemático para él, quiere responderle a su pareja.

¡Qué caso tan interesante el de Norberto! Cuando se discutió el caso se consideró que el diagnóstico está enmarcado bajo el término **disfunción sexual**. Ciertamente se le reconoció a la historia un enfoque integral, pues creemos que nos permite hacer un enfoque **biopsicosocial**. Sostenemos que Norberto es un adulto maduro, que vive en un hogar nuclear, con hijos adolescentes, bajo las condiciones de incertidumbre de un mercado laboral como el nuestro y que consulta por un problema de **disfunción eréctil**.

El enfoque

Se van a describir un grupo de entidades muy frecuentes, cuyo abordaje está dado en la Atención Primaria en Salud (APS) por la confianza que se logre generar entre los pacientes y los equipos de salud. El asunto es identificar lo que es lo normal y anormal en torno a la función sexual de los hombres, concepto abarcado bajo la disfunción sexual masculina, constituida por:

^{****} MD. Especialista Med. Familiar Integral, Gerencia en Salud – camilo.ayala@juanncorpas.edu.co

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





CARTA COMUNITARIA

- La disfunción eréctil.
- La disminución de la libido.
- La eyaculación anormal.

Para entender, nada mejor que hacer un breve recuento de la anatomía y fisiología que intervienen.

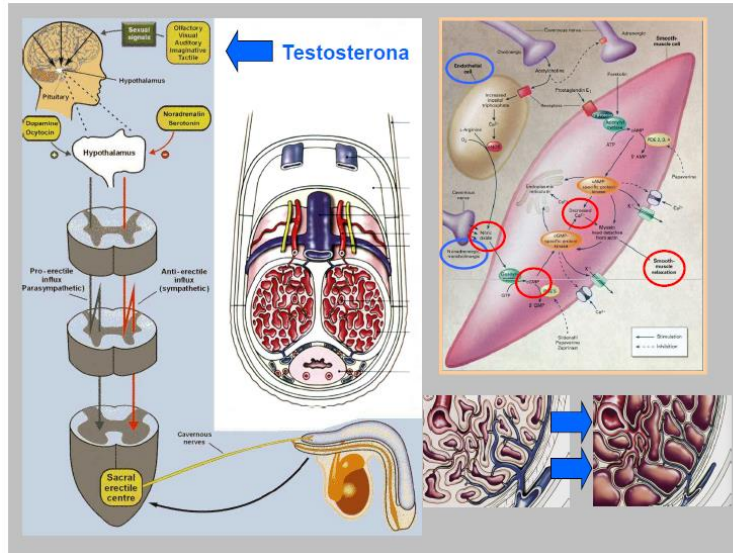


Imagen tomada de: <https://goo.gl/SEgRvg>

La imagen (tomado de una presentación del doctor Josep M^a Pomerol (1), pone de manifiesto las estructuras anatómicas intervinientes en la función sexual de los hombres. Se necesita tener el impulso sexual (libido) que surge en el cerebro, y que se transmite (hormona liberadora de gonadotropina) a través del sistema nervioso por el centro

neuronal de la médula espinal ubicado en T-11 a L-2 (el centro de erección toracolumbar), para llegar al sistema genitourinario (estímulo testicular, que libera testosterona), donde se provocará una respuesta vascular del pene debidamente estimulado. En esa respuesta interviene una fascinante bioquímica.

La erección

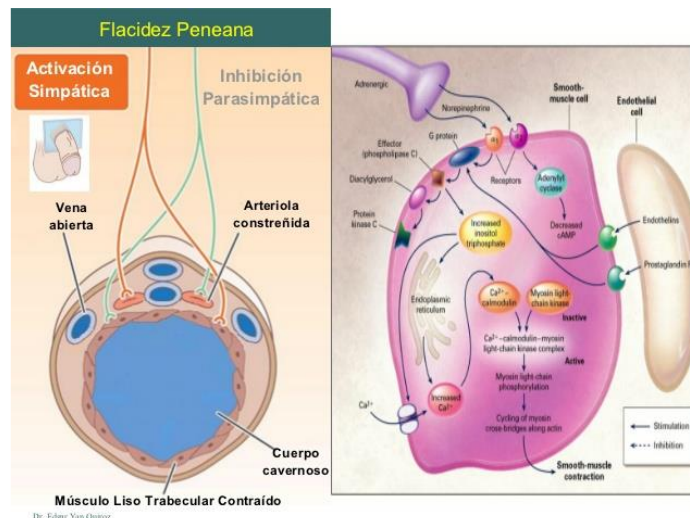


Imagen tomada de: <https://goo.gl/9kwQ4f>

Siendo realmente una, didácticamente se han descrito dos tipos de orígenes de la erección. La refleja, mediada por el sistema nervioso (médula y nervios periféricos) y, la psicógena, mediada por cerebro y su área límbica a través de estímulos.



La hemodinámica

En sí misma, la erección es un fascinante evento de llenado y salida de sangre que se lleva a cabo en el pene. La erección del pene (2) se provoca así:

- Existe un estímulo cerebral (lo psicológico).
- Se transmite al nervio cavernoso.
- El flujo sanguíneo del pene se acelera: los factores relajantes liberados permiten que las arterias y arteriolas llenen de sangre los cuerpos cavernosos (el **óxido nítrico** interviene como neurotransmisor clave para la erección), llenándose los sinusoides y expandiéndose.
- Ello determina que todo el plexo venoso quede lleno y, además ocluido (no drena), lo que determina la erección.
- Si a ello se agrega la contracción de los músculos bulbocavernosos e isquiocavernoso en la base del pene durante las relaciones sexuales, que comprimen los vasos de la base del pene, se incrementa la erección.

Al eyacular:

- Cesan los estímulos cerebrales (neurotransmisores).
- Las fosfodiesterasas interrumpen los estímulos bioquímicos celulares que sostienen la erección y que, serán un elemento clave a tener en cuenta para el manejo.
- El músculo liso trabecular vuelve a abrir los vasos venosos.
- La sangre atrapada es expulsada.
- El pene entra en flacidez.



Entendiendo **estos** componentes, se comprende que las alteraciones de la erección pueden ser debidas a diversas causas, observándose, por cierto, que cada vez, disminuye más la psicógena y se incrementa la orgánica, de seguro por la mejora en los procesos diagnósticos.

El óxido nítrico: clave bioquímicamente



La imagen sintetiza lo que afecta disminuyendo o incrementando el óxido nítrico. Este neurotransmisor resulta clave para el aporte del oxígeno intracavernoso y su disminución (pérdida de erección) o aumento (erección), son claves en la dinámica de la disfunción sexual.



La vida sexual

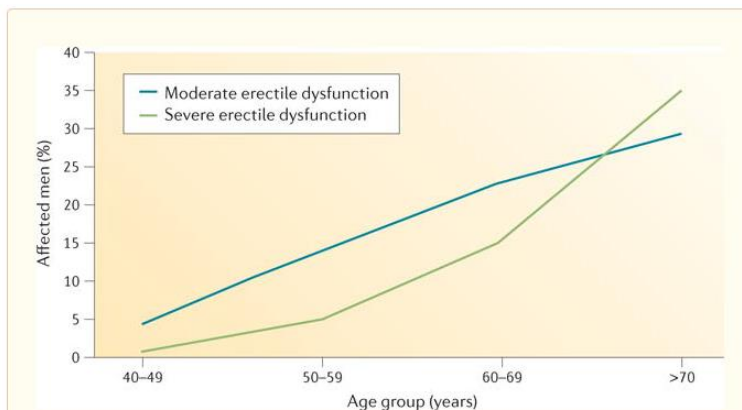


Figura 2 Prevalencia creciente de la disfunción eréctil con la edad

Los datos del European Male Aging Study muestran que la disfunción eréctil aumenta con la edad. Es importante destacar que la prevalencia de la disfunción eréctil severa (definida como un índice internacional de puntuación de la función eréctil de 1-7) aumenta a un ritmo más pronunciado que la de la disfunción eréctil moderada (puntuaje de 8-11) en los hombres mayores de 60 años.

Imagen tomada de: doi:10.1038/nrdp.2016.3

Indagar por la vida sexual de la persona es clave para estudiar las disfunciones eréctiles. Epidemiológicamente y con la edad, la función sexual disminuye, siendo un poco más notoria en la mujer. La imagen (3) pone de manifiesto la clara tendencia ascendente de la disfunción sexual con la edad.

¿Cuál será el comportamiento sexual normal a través de la edad? Claramente está determinado por una poderosa influencia sociocultural que se ha de tener en cuenta. Lo evidente es que, en la medida en que pasan los años, toda la fisiología hormonal se modifica.

Qué se debe preguntar

Es muy importante generar empatía con el paciente (4), pues es claro que se deberá abordar mucho acerca de su vida íntima. Sin duda, bajo el sueño de la APS (5), la confianza entre el médico y el paciente es una clave y la continuidad (6) (ser su médico de siempre, así como el de su familia) resultará importante para todo el acompañamiento. El

abordaje de su vida sexual resulta indispensable y, si esta previamente ha venido disminuyéndose, o es de poca actividad, la disfunción eréctil se hace más frecuente. Es importante de indagar la pérdida de deseo hacia la pareja (7). Puede ser útil usar el cuestionario Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5).

El cuestionario IIEF-5

En los últimos seis meses:					
	Muy bajo	Bajo	Moderar	Alto	Muy alto
1. ¿Cómo califica su confianza de que podría obtener y mantener una erección?	1	2	3	4	5
2. Cuando tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente duras para la penetración?	Casi nunca o nunca 1	Unas pocas veces (mucho menos de la mitad del tiempo) 2	A veces (aproximadamente la mitad del tiempo) 3	Mayoría de las veces (mucho más de la mitad del tiempo) 4	Casi siempre o siem 5
3. Durante las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener su erección después de haber penetrado a su pareja?	Casi nunca o nunca 1	Unas pocas veces (mucho menos de la mitad del tiempo) 2	A veces (aproximadamente la mitad del tiempo) 3	Mayoría de las veces (mucho más de la mitad del tiempo) 4	Casi siempre o siem 5
4. Durante las relaciones sexuales, ¿cuán difícil fue mantener su erección hasta la finalización de las relaciones sexuales?	Extremadamente difícil 1	Muy difícil 2	Difícil 3	Ligeramente difícil 4	No es difícil 5
5. Cuando intentaste tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia fue satisfactorio para ti?	Casi nunca o nunca 1	Unas pocas veces (mucho menos de la mitad del tiempo) 2	A veces (aproximadamente la mitad del tiempo) 3	Mayoría de las veces (mucho más de la mitad del tiempo) 4	Casi siempre o siem 5
Puntaje total:					
	1 a 7: ED severa	8 a 11: Moderada ED	12 a 16: ED leve-moderada	17 a 21: ED leve	22 a 25: sin ED

Sospecha de origen psicógeno

El saber en la historia si el comienzo es repentino, con algún grado de erección que no permite la penetración, con la presencia de erecciones espontáneas durante el sueño o cuando se levanta, orienta hacia un origen psicógeno. Bajo esta situación se establece el ciclo nocivo de estrés por no erección y temor (ansiedad) de repetir en la siguiente relación con la pareja.



El examen físico

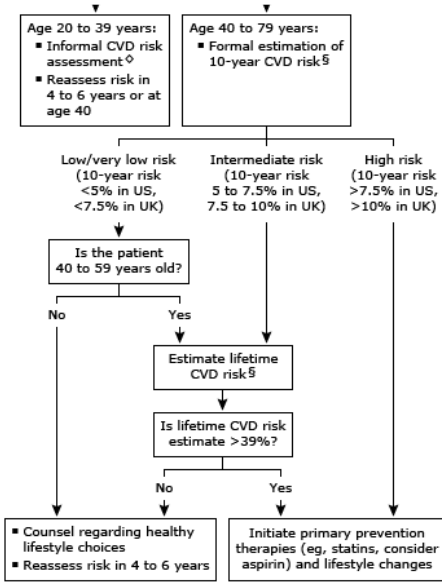
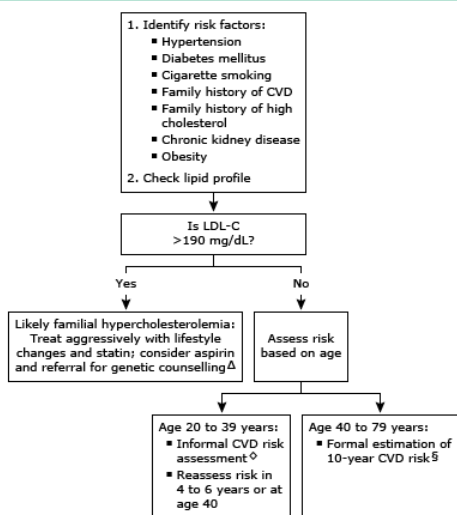
Está orientado a descartar la presencia de signos que hagan sospechar compromiso general. Revisar muy bien los pulsos femorales o detectar hipertensión permite sospechar daño vascular (causa vasculogénica), factor orgánico presente como primera causa orgánica de la disfunción eréctil. También es clave examinar las sensibilidades (reflejo cremesteriano) para indagar sobre la integridad del sistema

nervioso. Más raro, pero no menos expectante, es revisar los rasgos masculinos (o su disminución), examinado la presencia de ginecomastia o de cambios testiculares (déficit de testosterona) y, ciertamente, un examen de campo visual no debe faltar (descartar alteración hipofisaria). Por supuesto, la evaluación del pene es clave para descartar la presencia de placas (enfermedad de Peyronie).

Recordar que...

La disfunción eréctil puede ser la primera manifestación de un paciente que, a futuro próximo, haga un evento coronario. Por ello no está por demás aplicar a pacientes como Norberto una escala de riesgo cardiovascular.

Evaluación de riesgo de ECV en adultos de 20 a 79 años sin antecedentes de ECV aterosclerótica * ¶



© 2018 UpToDate, Inc. y/o sus afiliados. Todos los derechos reservados.

Relación de disfunción con causa iatrogénica (por medicamentos)

Numerosos son los medicamentos que intervienen y pueden afectar la erección. Los siguientes son los responsables más frecuentes de este de efecto colateral (3) que se puede observar en algunos de los que los reciben:

- Diuréticos tiazídicos, bloqueadores beta y espironolactona utilizados para tratar la hipertensión.
- Digoxina utilizada para tratar la fibrilación auricular.
- Inhibidores de la 5α-reductasa, usados para tratar la hiperplasia prostática benigna.
- Anti-andrógenos utilizados para tratar el cáncer de próstata.
- Agonistas y antagonistas liberadores de hormona luteinizante usados para tratar el cáncer de próstata.
- Antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, benzodiazepinas, antipsicóticos y fenitoína, usados para tratar la depresión y otras afecciones psiquiátricas.
- Bloqueadores H 2 usados para tratar úlceras.
- Los opiáceos para manejo del dolor.

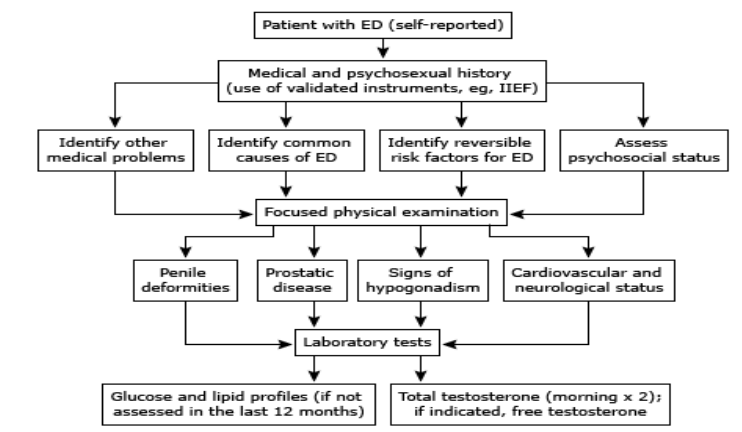
Estilo de vida

Factores tales como fumar, abuso de alcohol, comida con pocas frutas y verduras y muchos lácteos o carnes, así como bebidas azucaradas, se relacionan, de seguro por el riesgo metabólico y la diabetes, que con mucho y como parte de su evolución ateromatosa y neurológica, podrán desencadenarla. Como se ve, es similar al riesgo del síndrome metabólico, del cual, la disfunción eréctil puede ser una manifestación.

Los laboratorios básicos

Se deben solicitar, más para descartar, glicemia (descartar diabetes), perfil lipídico (descartar enfermedad endotelial) y antígeno prostático (descartar cáncer de próstata). Estos constituyen la primera línea que se debe cubrir desde el nivel primario.

Evaluación de la disfunción eréctil



El algoritmo simplifica la evaluación sugerida en los pacientes que consultan por primera vez.

Segunda línea

Entendida como el concurso de los especialistas donde está el solicitar nivel de testosterona, prueba de detección de erecciones nocturnas y doppler de vasos del pene. Ciertamente no se considera que corresponde ya al manejo del nivel de los cuidadores primarios, pasando al manejo de la especialidad (complementarios) (8).

El caso de Norberto

Por su historia, se considera que se trata de una disfunción sexual severa, de aparición súbita, sin manifestaciones al examen físico que hagan sospechar enfermedad, con bajo riesgo cardiovascular y, más sospechoso de una causa psicógena.

De seguro, la disfunción sexual de Norberto está relacionada con la ansiedad por la que ha pasado a raíz de su nuevo puesto. El ciclo bien puede ser el siguiente:

Ante un fracaso en la erección, Norberto pierde confianza y empieza a sentir temor de que se repita. Surge la ansiedad

y, como consecuencia, el cerebro libera noradrenalina lo que puede provocar vasoconstricción a nivel del cuerpo cavernoso, disminuyéndose el efecto vasodilatador del óxido nítrico, impidiendo la respuesta de la erección (9), con la pérdida de la rigidez peneana. Este ciclo permite identificar el papel del cerebro en la función sexual.

Dice Pomeroy (1): "El fracaso de la erección y sus dramáticas consecuencias en la relación sexual con la pareja queda muy "grabado" en el cerebro, pudiendo condicionar los fallos posteriores o la evitación de la actividad sexual".

Su enfoque de tratamiento

El caso de Norberto es un caso ideal para el Sildenafil o alguno de sus derivados (**inhibidores de la fosfodiesterasa-5**). Partiendo de que Norberto se siente atraído por su pareja, es importante incentivarlos para seguir promoviendo ambientes sexuales más relajados, lo que, por cierto, él ha venido haciendo. Por ello el pronóstico es excelente. Norberto y su pareja tienen un poderoso vínculo familiar (10), lo que determina que la respuesta integral al manejo sea prometedora.

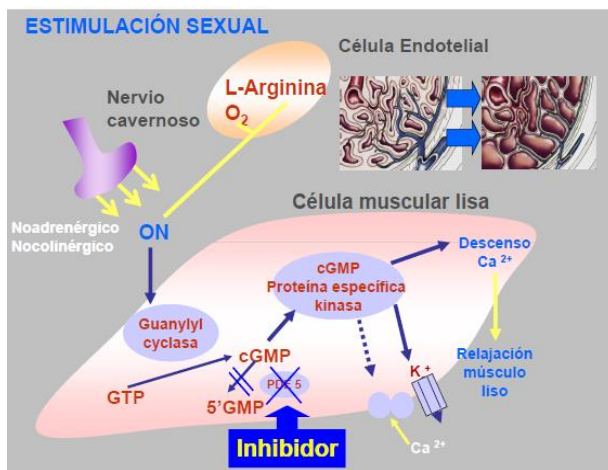


Imagen tomada de: <https://goo.gl/kuw5Z6>



La enzima PDE5 hidroliza el monofosfato de guanosina cíclico (GMPc) en el tejido del cuerpo cavernoso del pene. La inhibición de la PDE5 provoca un aumento del flujo arterial (liberación de óxido nítrico), lo que origina relajación del musculo liso, vasodilatación y erección del pene (11).

El Sildenafil es el primer medicamento (más conocido comercialmente como viagra) y se debe reconocer su enorme

impacto y eficacia. Actúa a los 30 minutos de haberlo tomado y se puede iniciar con 25 mg (pastilla de 50 mg), o de 50 mg, dependiendo de la respuesta. Se deben evitar comidas pesadas antes de tomarlo, pues disminuyen su absorción. Las diferencias encontradas con los siguientes inhibidores de la fosfodiesteraza-5 (tadalafilo, vardenbafilo) son relativas al tiempo de duración y la necesidad de tomar menos pastillas.

Efectos colaterales

Eso es lo bueno, que realmente son pocos. La tabla los resume.

Acontecimiento adverso	Sildenafil (%)	Tadalafilo (%)	Vardenafilo (%)
Cefalea	12,8	14,5	16
Sofocos	10,4	4,1	12
Dispepsia	4,6	12,3	4
Congestión nasal	1,1	4,3	10
Mareos	1,2	2,3	2
Anomalía de la visión	1,9		<2
Dolor de espalda		6,5	
Mialgias		5,7	

Tomado de la guía <https://goo.gl/jwAzGx>

Por supuesto que en pacientes con enfermedad cardiovascular se deben usar con precaución. Están contraindicados en pacientes que reciben vasodilatadores coronarios (nitratos, nitroglicerina, isonitrato de isosorbida).

¿Cuál escoger?

Probablemente, en el caso de Norberto, el tratamiento puede ser iniciar el Sildenafil, tomándolo al menos una hora antes cada vez que vaya a tener relaciones sexuales con su pareja. Se recomienda iniciar con una tableta (casi que asegurando la erección con los debidos estímulos) y, si la respuesta es

adecuada, la siguiente vez probar con media tableta, buscando así su dosis. Claro, en caso de personas jóvenes con una actividad sexual más frecuente, el tratamiento será tomando los medicamentos con mayor frecuencia.

Sostenemos

Que el uso de Sildenafil pertenece a la atención primaria. Que casos como el de Norberto son muy frecuentes y que la APS encuentra en la disfunción sexual un enorme campo de aplicación. Un equipo de salud dedicado a Norberto y a su familia (12), donde el acceso y la confianza estén garantizados, y donde la resolución sea una posibilidad real,

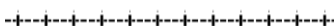
pueden ser la respuesta para que el sistema de salud colombiano se convierta en lo que se debe convertir, un orgullo para la población, tal y como sucede en Costa Rica (13). ¿Qué sería lo esperado? Prescribirle que en el siguiente encuentro sexual se tome una hora antes el Sildenafil y que luego venga a informar cómo fue la respuesta.

Para concluir

Una consulta como la de Norberto, es, y será más frecuente, en la medida en que los sistemas de salud ofrezcan una mejor atención a sus usuarios. La confianza entre el paciente y su médico resulta clave. Afirmamos que el equipo primario debe conocer y manejar los **inhibidores de la fosfodiesteraza-5**, que son, junto con una consulta motivacional que explique y ahonde acerca de la relación sexual con la pareja, la primera respuesta. Sostenemos que el uso de dispositivos, o de manejos locales sobre el pene, son de la especialidad.

REFERENCIAS

- (1) Pomerol JM. Disfunción sexual y enfermedad cardiovascular [Internet]. Abril de 2013. Disponible en: <https://goo.gl/Ektzcs>
- (2) Martínez JI, Martínez C, Portillo L, Gabancho S, Moncada I, Carballido J. Fisiología de la erección. Arch. Esp. Urol. [Internet]. 2010; Oct [citado 2018 mayo 24]; 63(8):581-588. Disponible en: <https://goo.gl/pMeCJn>
- (3) Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, et al. Erectile Dysfunction. Nature reviews Disease primers. 2016;2:16003. doi:10.1038/nrdp.2016.3
- (4) Coulter A. Patients Views of the Good Doctor. Bio Med Journal 2002; 325: 668-9.
- (5) Renewing Primary Health Care in the Americas, 2007. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
- (6) Guthrie B, Wyke S. Personal Continuity and Access in UK General Practice: A Qualitative Study of General Practitioners and Patients Perceptions of When and How They Matter. BMC Family Practice 2006; 7:11.
- (7) Cunningham G, Mohit K. Evaluation of Male Sexual Dysfunction. UPTODATE <https://goo.gl/CtBhsP>
- (8) Política de Atención Integral en Salud Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., enero de 2016. Disponible en: <https://goo.gl/ZZn2VZ>
- (9) Pomerol JM. Disfunción eréctil de origen psicógeno. Arch. Esp. Urol. 2010; 63 (8): 599-602.
- (10) Waldinger R. TED. Ideas Worth Spreading [Internet]. ¿Qué resulta ser una buena vida? Lecciones del estudio más largo sobre la felicidad [citado 2018 mayo 20] Disponible en: <https://goo.gl/ZKX4GR>
- (11) Wespes E et al Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: Disfunción eréctil y eyaculación precoz. European Association of Urology; 2010.
- (12) González JC, Restrepo GL, Hernández AD, Ternera DC, Galvis CA, Pinzón JA. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá Rev. salud pública. 16 (6): 871-884, 2014.
- (13) Buettner D. Los lugares más felices del mundo. Revista oficial de National Geographic society. 2017; 41(5): 18-47.





Revisión de artículo

LA VIDA ESTÁ EN LO MÁS SENCILLO. A PROPÓSITO DE LA RECUPERACIÓN DE LA FALLA CARDIACA

Jairo Echeverry Raad^{§§§§}

Un comentario desde la Medicina basada en la evidencia

Hace un par de años, un querido profesor colega del área de Física, en sus 40 años, hizo un infarto cardíaco extenso de cara inferior que, tras tenerlo un mes en la UCI, en la que se debatió entre la vida y la muerte, lo dejó con 11 % de fracción de eyección, disnea en reposo y restringido en la cama.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/cVg7AM>

Coincidentemente por aquella época, en compañía del profesor Víctor Hugo Forero, habíamos tenido la grata oportunidad de hacer una revisión sistemática integrada de los medicamentos utilizados en los últimos 38 años para el manejo de la falla cardíaca crónica con fracción de eyección reducida, que es como se llama la condición a la cual llegó el colega, en esta ocasión, por los efectos de la necrosis de su músculo cardíaco y la pérdida de miocitos funcionales.

Esa revisión sistemática mostró los efectos inusitadamente efectivos de un nuevo medicamento que actúa de manera dual en diferentes fases de la patogenia homeostática de la enfermedad, constituyéndose en un verdadero nuevo paradigma en el manejo de la falla cardíaca.

Varios cardiólogos que observamos en un grupo focal, que tenían poca experiencia con el medicamento, referían anecdóticamente cómo sus pacientes, experimentaban una

especie de "renacer" clínico desde la primera dosis, como casi ningún medicamento en su experiencia previa lo mostraba.

Personalmente hice mi recomendación con insistencia a la familia del colega (a pesar de los nueve medicamentos que estaba tomando), por el inicio de este prometedor paradigma el cual sería solicitado en la EPS con el soporte técnico que nuestra revisión aportaba.

Hace un par de semanas pude ver al querido colega caminando tranquilamente por el campus, ya incorporado a su vida docente y de investigación, y mi alegría fue mayúscula. En primer lugar, al ver la tremenda evolución que había experimentado ante el pronóstico tan sombrío que se cernía sobre él, por la noción de que la capacidad de regeneración del músculo cardíaco es muy pobre (1 % anual); pero, especialmente, por ese ego que me acompaña, pues pensé que había sido el responsable de semejante milagro.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/mTK9TD>

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



Después de comentarme que en su última ecografía su fracción de eyección se acercaba al 45 %, le interrogué sobre la medicación que se le había sugerido, a lo que me respondió que, desafortunadamente, los trámites burocráticos habían hecho imposible iniciar con la misma. Mi sorpresa y la pregunta inmediata fue, "¿Y cómo hiciste para recuperarte tanto?". Su respuesta fue desconcertante:

"¡Caminando maestro, caminando!"

Como físico experto en fuerzas y vectores, mientras hacía los cambios en su dieta y estilos de vida, hizo un plan de caminata alrededor del campus universitario con incrementos paulatinos "hasta experimentar la disnea y unos pasos más", bajo el sentido lógico que esto podría mejorar algunos vectores o algunas fuerzas y capacitancias en la función eyectora de la bomba cardíaca.



Pues bien, el artículo experimental, *Exercise Induces New Cardiomyocyte Generation in the Adult Mammalian Heart*, de Vujic et al (1), es una confirmación del porqué la caminata es el más potente regenerador de músculo cardíaco y de angiogénesis que se conozca. Metanálisis han mostrado que, por ejemplo, en enfermedad vascular periférica, no existe otra medida más efectiva para la mejoría de la calidad de

vida, aumentar la distancia de claudicación y la reducción en el riesgo de amputación, que la marcha en banda sin fin.

Ahora, ¿por qué no pensar en los beneficios de la caminata en toda la economía humana o, cuando menos, en aquellos ámbitos de la esfera emocional y adaptativa?



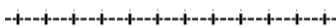
Imagen tomada de: <https://goo.gl/ywF2CB>

Cuando hayan digerido este documento, pueden escribirme, y a su solicitud, les enviaré una investigación que exploró los efectos en la salud en el cuerpo administrativo y docente de una facultad de Medicina, a quienes se les indicó la caminata y se les proveyó de un podómetro, con el cual se ganaban incentivos para una dieta saludable.

¡A Caminar!, y que, al menos, no quiten las Caminadoras del gimnasio de la FUJNC.

REFERENCIAS

(1) Vujic A, Lerchenmüller C, Wu T-D, et al. Exercise Induces New Cardiomyocyte Generation in the Adult Mammalian Heart. Nature Communications. 2018;9:1659. doi:10.1038/s41467-018-04083-1



Sobre Medicamentos

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 en la dirección electrónica anexa a cada uno.

“EFECTOS ADVERSOS DE LOS ANTIHIPERTENSIVOS QUE NO SUELEN MONITOREARSE NI SE TRATAN”

Juan Carlos González*****

Side Effects of Blood Pressure Drugs Often Unmonitored, Unaddressed
Worst Pills Best Pills Newsletter, junio de 2017
Traducido por Salud y Fármacos
Tomado de: <https://goo.gl/BA6uqc>

Qué dice

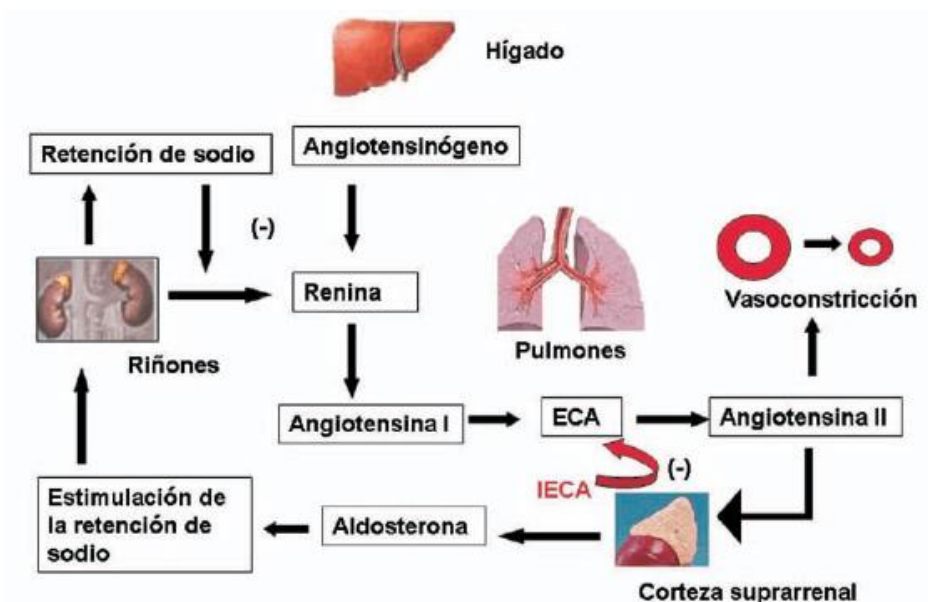


Imagen tomada de: <https://goo.gl/eRfnZZ>

Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y los bloqueantes del receptor de la angiotensina II (BRA II), si bien son útiles para la hipertensión arterial (HTA), la falla cardíaca e, incluso, para la enfermedad renal, pueden

ocasionar daño renal, evidente en la elevación de la creatinina y del potasio, que aparece en los dos primeros meses de iniciado el tratamiento.

Qué han visto

Que en cerca del 2 % de los pacientes que los reciben, la creatinina se eleva un 30 % más de lo normal y que pueden determinar la aparición de enfermedad renal terminal en 10 años.

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



IECAS y BRA II disponibles en el mercado estadounidenses (excluye las combinaciones de medicamentos)

Inhibidores de la enzima convertora de la angiotensina- IECAs	
Nombre genérico	Nombre comercial
Benazepril	Lotensin.
Captopril*	Only available in generic.
Enalapril*	Epaned, Vasotec.
Fosinopril*	Only available in generic.
Lisinopril*	Prinivil, Qbrelis, Zestril.
Moexipril	Only available in generic.
Perindopril*	Aceon.
Quinapril*	Accupril.
Ramipril*	Altace.
Trandolapril*	Mavik.

Bloqueantes del receptor de la angiotensina II (BRA II)	
Nombre genérico	Nombre comercial
Azilsartan	Edarbi.
Candesartan*	Atacand.
Eprosartan	Teveten.
Irbesartan*	Avapro.
Losartan*	Cozaar.
Olmesartan	Benicar.
Telmisartan*	Micardis.
Valsartan*	Diovan.

* La FDA lo aprobó para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca, la enfermedad cardiovascular o enfermedad renal además de para la hipertensión.

Qué recomiendan

Que se haga un control de creatinina y potasio a los dos meses de iniciado el manejo y, si se encuentran alterados, se cambie el medicamento.

Por ello...



Imagen tomada de: <https://goo.gl/k2Ra4Y>

Es mejor comenzar como primer medicamento, por ejemplo, en la hipertensión (cuando definitivamente se debe iniciar), con un diurético tiazídico. Si definitivamente los va prescribir, entonces no olvide no combinarlos (IECAs y BRA II) pues interactúan potencializando la probabilidad del daño renal.

Referencias

- (1) IMS Institute for Health Care Informatics. The Use of Medicines in the United States: Review of 2011.
- (2) McDowell SE, Thomas SK, Coleman JJ, et al. A Practical Guide to Monitoring for Adverse Drug Reactions During Antihypertensive Drug Therapy. J R Soc Med. 2013;106(3):87-95.
- (3) Schmidt M, Mansfield KE, Bhaskaran K, et al. Serum Creatinine Elevation after Renin-angiotensin System Blockade and Long Term Cardiorenal Risks: Cohort Study. BMJ. 2017;356j791.
- (4) Schmidt M, Mansfield KE, Bhaskaran K, et al. Adherence to Guidelines for Creatinine and Potassium Monitoring and Discontinuation Following Renin-angiotensin System Blockade: A UK General Practice-based Cohort Study. BMJ Open. 2017;7(1):e012818.5. Worst Pills Best Pills News. Further Evidence Confirms Danger of Blood Pressure Drugs Used Together. April 2015.



“MEDICAMENTOS Y CONDUCCIÓN”

Infac Volumen 2017; 25(7)
https://goo.gl/n5Phqg
Tomado de: https://goo.gl/fqBSn6

Juan Carlos González⁺⁺⁺⁺⁺

Qué dice



Imagen tomada de: https://goo.gl/xmjym

La relación entre accidentes de tránsito y consumo de medicamentos es cada vez más evidente.

En España han encontrado que, al menos en 1 de cada 3 accidentes, quien conducía estaba consumiendo drogas en un 32% y psicofármacos en un 27%.

Qué hacen algunos medicamentos sobre la conducción

TRATAMIENTO PARA...	FÁRMACOS	SUÑO	EUFORIA	MAREO	HIPOTENSIÓN	VISIÓN BORROSA	OTROS EFECTOS	SE ACONSEJA
LOS DOLORES	ANALGÉSICOS NARCÓTICOS	☹️	😊	🤯	📉			No conducir durante el tratamiento
DORMIR Y LOS NERVIOS	ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS	☹️					Alteraciones de la coordinación	No conducir al comienzo del tratamiento o tras el cambio de dosis
	ANTIDEPRESIVOS	☹️					Fatiga	
	ANTISICÓTICOS	☹️					Discinesia	
	PSICOSTIMULANTES	😊					Nerviosismo, Temblor	Conducir con precaución
LOS RESFRIADOS, LA TOS Y LOS BRONQUIOS	ANTITUSÍGENOS	☹️						Conducir con precaución
	ANTIHISTAMÍNICOS (algunos)	☹️					Ansiedad, Insomnio	No conducir durante el tratamiento
LA CIRCULACIÓN Y LA TENSIÓN	VASODILADORES Y ANTIHIPERTENSIVOS							Conducir con precaución

Imagen tomada de: https://goo.gl/V5PZyq

Lo más representativo es:

- ✓ La somnolencia.
- ✓ La pérdida de la coordinación psicomotora.
- ✓ Los cambios en el comportamiento.
- ✓ Los trastornos del equilibrio.
- ✓ Las alteraciones sensoriales.

Cuáles son

Los más frecuentemente relacionados son: analgésicos opioides, antiépilépticos, benzodiazepinas, hipnóticos sedantes, algunos antidepresivos y antihistamínicos de primera generación. La siguiente tabla (transcrita) permite ver el amplio listado.

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



Medicamentos que pueden interferir en la conducción

Grupo terapéutico	Posibles efectos	Comentarios
ANSIOLÍTICOS HIPNÓTICOS Benzodiazepinas (BZD), Z-hipnóticos (zolpidem, zopiclona).	Alteraciones psicomotrices y de alerta, incluso a dosis terapéuticas. Sedación excesiva y somnolencia.	Los pacientes tratados con BZD deberán evitar la conducción, especialmente durante las primeras horas de la mañana por la somnolencia residual. Teóricamente las BZD de semivida de eliminación corta (triazolam, etc.) y los Z-hipnóticos son menos susceptibles de provocar somnolencia residual, pero el riesgo no desaparece por completo.
ANALGÉSICOS OPIOIDES Morfina, codeína, fentanilo, buprenorfina, tramadol, etc.	Somnolencia, disminución de la alerta psíquica y/o física e, incluso, vértigo; efectos que se pueden esperar especialmente al inicio del tratamiento, tras un cambio de dosis y/o al administrarlo conjuntamente con alcohol o antipsicóticos.	Las personas que utilizan este tipo de medicamentos no deberían conducir vehículos. Varios autores afirman que una prohibición absoluta es excesiva, especialmente en los tratamientos crónicos; los pacientes podrían conducir una vez que se establezca la dosis y se asegure de que el opioide no causa sedación. Se deberá tener precaución en los incrementos de dosis.
ANTIDEPRESIVOS Tricíclicos (AT): amitriptilina, imipramina, etc. ISRS: fluoxetina, paroxetina, etc.	Los AT presentan en mayor medida efectos anticolinérgicos (visión borrosa), sedación e hipotensión ortostática. La supresión radical produce: AT: alteraciones digestivas y del sueño, y letargo. ISRS: vértigo, fobia y parestesias.	Se recomienda que los pacientes con depresión mayor no conduzcan hasta que el tratamiento se haya estabilizado. Los ISRS afectan en menor medida a la capacidad de conducir.
ANTIÉPILÉPTICOS Fenitoína, carbamazepina, lamotrigina, topiramato, etc.	Ataxia (descoordinación motora), temblor, somnolencia, letargo, estados de confusión o aturdimiento.	La Normativa de Tráfico establece que una persona con epilepsia puede conducir si no ha sufrido una crisis en un año, como mínimo.
ANTIPARKINSONIANOS Levodopa, pramipexol, ropinirol, etc.	Con levodopa es frecuente una pérdida progresiva de eficacia hacia los 3-5 años, con aparición de síntomas parkinsonianos acusados. Pramipexol y ropinirol pueden provocar somnolencia y episodios repentinos de sueño	Hay que tener en cuenta en estos pacientes las posibles fluctuaciones en la respuesta motriz (inmovilidad, acinesia, bloqueos motrices, temblores, etc.). La incidencia de efectos adversos de tipo neurológico con los antiparkinsonianos es muy elevada, observándose en más el 25 % de los pacientes movimientos involuntarios, confusión, alucinaciones e hipotensión ortostática, entre otros.
ANTIPSICÓTICOS Clorpromazina, flufenazina, olanzapina, risperidona, etc.	Somnolencia y visión borrosa. Al inicio del tratamiento síntomas extrapiramidales como parkinsonismo, acatisia y distonía, según dosis.	Los pacientes esquizofrénicos o con otros cuadros de naturaleza psicótica solo deben conducir cuando estén adecuadamente estabilizados. Aun así, se recomienda viajar acompañados, moderar la velocidad, evitar horas punta y los viajes nocturnos, etc.
ANTIISTAMÍNICOS H1 • De primera generación: ciproheptadina, clorfenamina, difenhidramina, dimenhidrinato, hidroxicina, etc. • De segunda generación: loratadina, mizolastina, cetirizina, etc.	Somnolencia y visión borrosa. Efectos neurológicos: ansiedad, parestesia, alteraciones visuales e incluso alucinaciones.	Evitar conducir bajo la influencia de medicamentos antihistamínicos de primera generación. El riesgo de somnolencia de los antihistamínicos de segunda generación es inferior al de los «clásicos», aunque no puede descartarse por completo. El hecho de utilizarse para síntomas no relacionados con el sistema nervioso (alergias, por ejemplo) y en presentaciones que no requieren receta médica, contribuye a confundir a los pacientes no informados.
ANTIIDIABÉTICOS Insulina, antidiabéticos orales.	Posibilidad de hipoglucemia intensa, sobre todo con insulina y sulfonilureas. Los cuadros de hipoglucemia asociados a otros antidiabéticos orales suelen ser menos intensos y menos frecuentes.	Ante el menor signo de mareo, debería apartarse al arcén y, si es posible, tratar su hipoglucemia con una pequeña cantidad de azúcar. Los diabéticos deben conocer perfectamente los síntomas asociados a la hipoglucemia y estar preparados para actuar con rapidez. Esto supone que pueden conducir siempre que tengan bien controlada su diabetes.
PROCIÉTICOS Metoclopramida, cleboprida, etc	Son capaces de perturbar temporalmente la capacidad visual.	Los agentes midriáticos pueden requerir varias horas desde su aplicación para normalizar la visión y está formalmente desaconsejado conducir bajo sus efectos. En general, los preparados oftálmicos antiglaucoma deben ser adecuadamente contrastados en los pacientes para comprobar sus efectos sobre la visión, antes de poder conducir con seguridad. Igualmente, no se aconseja la conducción de vehículos en las personas a las que se hayan aplicado lágrimas artificiales, al menos hasta que la visión esté completamente restaurada.
PLANTAS MEDICINALES Valeriana, lúpulo, melisa, pasiflora.	Poseen propiedades hipnóticas y sedantes.	Incluyen en el envase el pictograma medicamentos y conducción cuando el preparado solo lleva una planta y en cantidad conocida. Sin embargo, hay muchas mezclas de plantas medicinales (que incluyen alguna o varias de las plantas mencionadas en cantidades muy variables y desconocidas) que no llevan el pictograma medicamentos y conducción.
OTROS Melatonina.	Propiedades hipnóticas. Puede causar somnolencia.	Los preparados con dosis inferiores a 2 mg no requieren receta médica. Fácil disponibilidad a través de internet, incluso a dosis de 2 mg o mayores. No incluyen el pictograma medicamentos y conducción.



Por ello: siempre al prescribir tener en cuenta

Se debe prestar especial atención a los pacientes con mayor riesgo, tales como:

- ✓ Los pacientes de edad avanzada.
- ✓ Pacientes polimedicados.
- ✓ Patologías de especial riesgo (diabetes, insuficiencia renal, epilepsia, enfermedad de Parkinson, depresión...).
- ✓ Conductores profesionales, o que conduzcan más de 40 minutos seguidos al día, o personas que manejen maquinaria peligrosa.

Recordar hacer siempre recomendaciones



Imagen tomada de: <https://goo.gl/nLKK6L>

Es de responsabilidad poner en conocimiento del usuario los efectos que dicho medicamento pueden tener sobre la conducción de vehículos o manejo de máquinas peligrosas.

En España

Textualmente: "Es responsabilidad del profesional sanitario, fundamentalmente de aquel que prescribe el medicamento, pero también de quien lo dispensa. En este sentido, se proponen unas pautas generales que el profesional sanitario debería darle a un paciente (sobre todo si conduce):

Indicarle que antes de conducir o utilizar máquinas, debe conocer en qué medida el medicamento que está tomando le afecta para llevar a cabo estas actividades. Y que, si observa que el medicamento influye en sus reflejos y capacidad de concentración, le produce excesiva somnolencia, etc., debe consultarlo y evitar conducir, pero no dejar de tomar el medicamento.

Explicarle que el efecto del medicamento se manifiesta de manera más intensa en los primeros días del tratamiento o en caso de cambio de dosis, en especial durante las primeras horas después de su ingesta.

Recordarle que es importante que siga las instrucciones que se le han dado con relación al medicamento.

Informarle que, si está tomando medicamentos, beber alcohol y/o consumir drogas puede aumentar el riesgo de sufrir efectos adversos (mayor sedación y somnolencia, pérdida de reflejos, etc.) y, además, afectar negativamente a su capacidad para conducir. Recordarle que siempre debe evitar conducir después de haber consumido cualquier cantidad de alcohol.

Explicarle que, si tiene que conducir de forma habitual, debe decirlo siempre, para valorar la posibilidad de encontrar el medicamento que menos influya sobre su capacidad para conducir.

Invitarlo a consultar cualquier tipo de duda sobre la medicación que está tomando y sus efectos sobre la conducción".

Información para la población general

En: <https://goo.gl/mpNQhJ>

Otros enlaces relacionados: <https://goo.gl/1Rquva>

Referencias

Grupo de trabajo sobre fármacos y conducción de vehículos. Documento de consenso sobre medicamentos y conducción en España: Información a la población general y papel de los profesionales sanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016. Disponible en: <https://goo.gl/E4b9kk>

Medicamentos y conducción. Punto Farmacológico Nº 118. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Junio 2017. Disponible en: <https://goo.gl/VBE9nW>

Proyecto DRUID (Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines). 6th Framework Programmed Deliverable (0.1.8). Final Report: Work Performed, Main Results and Recommendations Revision 2.0 (01.08.2012). Project No:

TREN-05-FP6TR-S07.61320-518404-DRUID. Start Date of Project: 15.10.2006 Duration: 5 years Organization name of lead contractor for this deliverable: BAST. Disponible en: <https://goo.gl/uQmvy7>

Bonafont X. Medicamentos y conducción de vehículos. Butlletí d'informació terapèutica 2005; 17(7):37-40. Disponible en: <https://goo.gl/TFXcPv>

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Efecto de los medicamentos en la conducción. Botplus Web@ 2017. Disponible en: <https://goo.gl/a89VuM>

Plantas medicinales: ¡Cuidado al volante! Tráfico y seguridad vial. 2016; 237: 62-63. Disponible en: <https://goo.gl/zPXWT8>



“CÓMO REDUCIR EL RIESGO DE ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN”

How to Reduce the Risk of Prescribing Errors

Naeem Nazem. <https://goo.gl/LCPs2Z>

Traducido por Salud y Fármacos. Disponible en: <https://goo.gl/8sZPjt>

Juan Carlos González****

El punto



Imagen tomada de: http://www.odontoespacio.net/images/noticia/noticia_1249.jpg

Textualmente: “Prescribir el medicamento correcto, en la dosis correcta y al paciente correcto, es una de las responsabilidades más importantes de cualquier médico de cabecera”.

Los ingleses con su Departamento de Salud y Asistencia Social (DHSC), estimaron que:

- ✓ Cada año se producen 66 millones de errores de medicación que pueden ser “clínicamente significativos” en el NHS.

- ✓ El 71 % de los errores de medicación ocurren en atención primaria.
- ✓ Las reacciones adversas evitables en atención primaria que acaban en hospitalización provocan 627 muertes al año.
- ✓ Alrededor de la mitad de estas, son por hemorragia digestiva.

Qué hacer

Estos son los consejos:



Imagen tomada de: <https://goo.gl/JEcFyt>

Escribir legiblemente. Si está escribiendo a mano una receta, escriba de forma clara y legible. Asegúrese de que el paciente puede leer lo que escribió. Use nombres genéricos.

Comprobar las recetas generadas por computadora. Asegúrese de leérsela al paciente. En la práctica, puede ponerse en contacto con su proveedor de software para ver si existe alguna estrategia adicional que pueda implementar en su sistema para reducir el riesgo de que ocurran dichos errores.

Verifique la dosis y la frecuencia. Es mejor no poner “mg”; mejor escribir “miligramos”, para no confundirse con otras presentaciones.

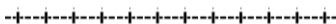
Confirmar la ruta. Poner la vía de administración de forma completa y no con siglas. Esto puede ser particularmente importante en cuidados paliativos.

Considere las interacciones de los medicamentos. Verifique los medicamentos que está tomando el paciente antes de recetar algo nuevo. Considere si los efectos de un medicamento pueden verse afectados por la adición de otro, o si la combinación puede presentar un mayor riesgo de efectos adversos.

Identifique alergias a los medicamentos. Siempre pregunte al paciente si ha tenido alguna reacción al medicamento.

Prescripción de medicamentos iniciados en atención secundaria: No dude en preguntar cuando reciba un paciente medicado con fármacos que usted no conoce.

No tenga miedo de pedir ayuda: No olvide que usted puede y debe consultar lo que no sabe o lo que no recuerda.



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



El peregrino que toca

LA HUMILDAD

Gabriel Sáenz⁵⁵⁵⁵⁵



Imagen tomada de: <https://goo.gl/uEbXcc>

Esta vez nuestro peregrino nos invita a meditar sobre la virtud de la humildad, un concepto muy conocido, pero tan equivocado en su apreciación. La humildad se podría definir, como el arte de definirse a uno mismo, sin arandelas ni tapujos, sin complejos de superioridad ni inferioridad; en otras palabras, uno es lo que es o, mejor, yo soy el que soy. La humildad es ser uno mismo, sin sentirse más porque lo alaben, ni menos porque lo vituperen. Es el rechazo a la ostentación y a la arrogancia; por el contrario, ser humilde es ser modesto y sobrio en su vida familiar, laboral y social.

Hace algunos años, llegó a mis manos un pequeño libro titulado *El peregrino ruso* (1), una de las joyas de la literatura espiritual rusa de finales del siglo XIX, que refleja la sociedad rusa de los años 1856 a 1861, terminada la guerra de Crimea y no abolida aún la esclavitud y, cuyo contexto manifiesta el mundo cristiano oriental y ortodoxo. Probablemente se trató de un peregrino ruso o *Strannik*, laico de carne y hueso que caminó a pie cientos de kilómetros por las estepas rusas en busca de recogimiento y oración continua. Presumiblemente esta experiencia le fue contada a un monje de un monasterio ruso y fue quien escribió el relato.

Traigo a colación esta historia, a propósito de la humildad, porque impacta la forma tan sencilla y humilde como se presenta este peregrino en el primer párrafo del libro: "por gracia de Dios soy cristiano, por mis acciones soy un pecador y por mi oficio un humilde peregrino sin domicilio, perpetuamente errante. Mis bienes son una alforja sobre la espalda con un poco de pan seco y una Biblia que llevo en mi sayal junto al pecho. Eso es todo". (1).

San Agustín, citado por Cardona (2) define la humildad en su tratado de los salmos así: "los humildes son como la piedra, la piedra parece cosa baja, pero es sólida. Y los soberbios, ¿cómo aparecen? Como humo; cuanto más alto suben, tanto más pronto se disipan".

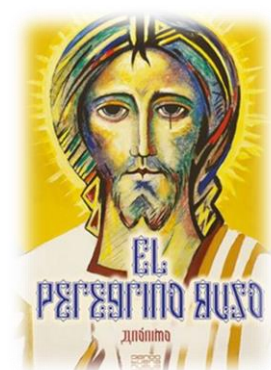


Imagen tomada de: <https://goo.gl/yUxTg8>



Imagen tomada de: <https://goo.gl/V1aae9>

En resumen, la humildad es la autenticidad. Ser humilde es ser auténtico y, por tanto, la imagen humana más auténtica que existe es la del niño. La mirada de un niño es limpia, no sabe de prejuicios de ninguna clase, ni es classicista, ni racista, ni partidista, por eso, un niño pobre juega con un niño rico, o un niño blanco juega con un niño negro. El niño no juzga ni critica; es claro y transparente. En el capítulo 10 del evangelio de San Marcos Jesús acoge a los niños: "En verdad os digo, quien no reciba el reino de Dios como un niño no entrará en él" (Marcos 10:13-15). En realidad, Jesús no escoge como referencia de perfección a los ilustrados ni eruditos sino a los niños. Paradójicamente, en la Palestina de aquellos tiempos los niños eran

despreciados y no eran sujetos de derechos, pues representaban, junto con las mujeres, menos que una mascota en nuestro tiempo.

Ser humilde es consolar a quien lo necesita, dar una sonrisa a quien está solo, un abrazo a quien no se siente amado, una llamada telefónica si está enfermo, dar un abrazo cordial de solidaridad en las tristezas o, dar un regalo de ternura con solo una mirada de amistad y apoyo. Son pequeñas semillas de bondad que todos podemos sembrar en nuestra sociedad si somos humildes.

⁵⁵⁵⁵⁵ Capellán CJNC. Consejero Pastoral FUJNC- gabriel.saenz@juanncorpas.edu.co





Reconozcamos humildemente que cada uno de nosotros no nos bastamos a nosotros mismos sino necesitamos de los demás; pero, que también los demás necesitan de nosotros. Hoy hay un "niño" de ochenta y dos años que está causando revolución: ¡se llama Francisco!

La humildad en el amor se expresa cuando se hace todo lo posible para que el otro se realice y sea feliz, cuando se pone todo el empeño para perdonar. Por eso, el perdón es humildad y grandeza a la vez; cuando se llora con el que llora y se ríe con el que ríe. San Pablo, en su carta a los corintios, describe el amor como una experiencia de humildad en cuanto no tiene envidia, no presume, no se irrita y no lleva cuenta del mal (1 Corintios 13:1).



Imagen tomada de: <https://goo.gl/AxMCNx>



Imagen tomada de: <https://goo.gl/dajEbl>

El médico humilde es aquel que se pregunta de quién es prójimo; es decir, quién lo necesita. Es aquel médico que se para frente a su paciente y lo "monta en la cabalgadura de su corazón" y le pregunta al enfermo, humilde y respetuosamente, mirándole a los ojos, ¿qué quieres que haga hoy por ti?

San José, el esposo de María y padre adoptivo de Jesús, patrono universal de la Iglesia católica es el paradigma de la humildad. En los evangelios canónicos no se conoce ni una sola palabra de su boca, solo se supone que fue un obrero raso o un humilde carpintero; no se sabe nada sobre su final y, aun así, es el patrono de la buena muerte pues se supone que murió en los brazos de Jesús y de María.

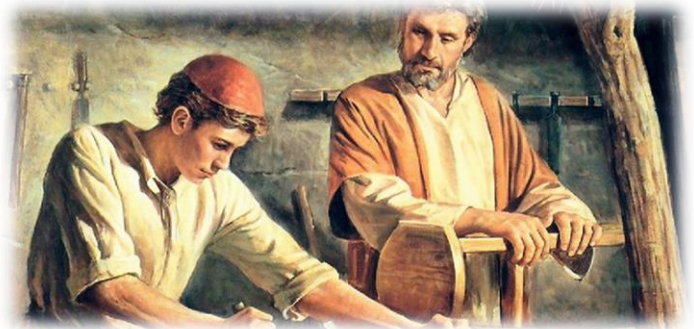


Imagen tomada de: <https://goo.gl/883HL2>

Así pues, terminemos esta reflexión sobre la humildad, pidamos que nos enseñe a no ser protagonistas, a avanzar sin pisotear a nadie, a colaborar sin imponernos, a ser humildes como él. Que nos explique cómo ser grandes sin exhibirnos, a luchar sin aplausos, a perseverar y morir sin esperar homenajes.

¡Gracias peregrino que toca a la puerta de nuestro corazón, vienes a enseñarnos la humildad a quienes abrimos la puerta, para que entres de puntillas a nuestra mesa!

El peregrino nos invita a orar:

“Como el niño que no sabe dormirse sin acogerse a la mano de su madre, así mi corazón viene a ponerse sobre tus manos al caer la tarde.

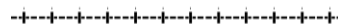
Como el niño que sabe que alguien vela su sueño de inocencia y esperanza, así descansara mi alma segura sabiendo que eres tú quien nos aguarda

Tú endulzarás mi última amargura, tú aliviarás el último cansancio, tú cuidarás los sueños de la noche, tú borraras las huellas de mi llanto.

(Liturgia de las horas, tomo III, p.1075)

Referencias

- (1) Strannik. El peregrino ruso (12 ed.). (2005). Madrid: Editorial de Espiritualidad
- (2) Cardona S., P. E. (1998). Itinerario Agustiniiano. 10.000 Pensamientos de San Agustín. Bogotá, D.C.: Kimpres Ltda.
- Secretario permanente del Episcopado de Colombia. (1999). Liturgia de las horas según el rito Romano III. Barcelona: Éi, S.A. de C.V.





NotiComunitaria



ESCENARIOS DE PRÁCTICA DE MEDICINA COMUNITARIA

Erika Paola Benitez, Saúl Hernando Guevara.....

¡Cuánto se ha hablado de la importancia de los ambientes comunitarios en la formación del personal de la salud! La Medicina no es una excepción, ello a pesar de la dominancia de los ambientes hospitalarios, al menos en nuestro medio. La Fundación Universitaria Juan N. Corpas se ha caracterizado por tener una fuerte presencia en las comunidades ubicadas en el área de su influencia a través del programa de Medicina Comunitaria, el cual nació con el objetivo de llevar salud a dicha población. Anhela convertirse en un referente de cómo enseñar de forma práctica a los estudiantes de Medicina la Atención Primaria en Salud a través del ejemplo.

A continuación, presentamos algunos de los escenarios en los que los estudiantes realizan prácticas cuando rotan por Medicina Comunitaria en diferentes momentos de su formación.



Jardín Social Infantil Piedra Verde, donde, mediante un convenio de cooperación interinstitucional con CAFAM, se llevan a cabo acciones de promoción de la salud a través de actividades educativas dirigidas al personal docente y administrativo, a los padres de familia y a los niños. Además, se realiza en forma permanente el tamizaje pantoestatural y de neurodesarrollo a los niños y las niñas.



***** Estudiantes de Internado Medicina Comunitaria 2017 * erika-benitez@juanncorpas.edu.co, saul-guevara@juanncorpas.edu.co



CARTA COMUNITARIA



La práctica de Estimulación Temprana se realiza en el Centro Médico Lisboa Corpas. Esta práctica permite brindar a las madres y profesoras herramientas que contribuyan a mejorar la capacidad de aprendizaje de los niños y fortalecer su confianza, lo que, a su vez, se traduce en mejoras en la autoestima, todo lo cual es clave en la promoción de la salud.

La práctica de Escolares se lleva a cabo en la Fundación Otero Liévano, entidad ubicada en el barrio Tuna Alta de Suba, en donde niñas entre las edades de 5 a 19 años en situación de vulnerabilidad reciben atención integral. Se busca la aplicación de conceptos de pediatría en la población de la Fundación con el fin de sensibilizar a los estudiantes de Medicina frente a las problemáticas que viven las niñas y las jóvenes, a la vez que determinan los problemas de salud que pudiesen presentar para orientar la intervención requerida.



El colegio La Gaitana es un centro educativo que cuenta con dos sedes para primaria y bachillerato, respectivamente, en las jornadas mañana y tarde. En estos centros se elaboran historias de vida con los adolescentes de los cursos de bachillerato y se realizan charlas para prevención de los principales factores de riesgo que atañen a los adolescentes de acuerdo a las necesidades específicas. Las actividades son tanto colectivas como individuales (valoración de cada estudiante). En este plantel también se realizan algunas prácticas de la materia electiva "Educación Sexual y Reproductiva".



El colegio Alberto Lleras, ubicado en el barrio Puertas de Sol (Suba), donde los estudiantes de Medicina realizan entrevistas a los adolescentes, con autorización de los padres a través de consentimiento informado, con el fin de detectar factores de riesgo biopsicosocial que puedan alterar su desarrollo; de esta forma los estudiantes de Medicina reconocen los determinantes sociales de salud y su impacto en el paciente y su familia.



El Programa Integral de Promoción de Salud del Adolescente (PIPSA), actualmente se está realizando en tres colegios del Distrito (Gonzalo Arango, El Salitre y Simón Bolívar). El programa se desarrolla con el apoyo de estudiantes de último año de Psicología de distintas universidades como la Manuela Beltrán, la Uniminuto y la Universidad Iberoamericana, bajo la asesoría de los docentes del Departamento de Medicina Comunitaria de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

AVIPAZ es una fundación ubicada en Bogotá en el barrio La Gaitana que realiza un programa teoterapéutico con el fin de brindar rehabilitación orientación y ayuda a hombres con problemas de farmacodependencia u drogadicción. En esta fundación, los estudiantes de Medicina realizan una práctica que les permite reconocer la problemática social que conlleva el consumo de sustancias psicoactivas, adquiriendo la habilidad de organizar actividades educativas de promoción y prevención en la comunidad.





Los Centros de Desarrollo Integral (CDI) del ICBF prestan servicios a madres gestantes, a madres lactantes y a sus hijos hasta los tres años de edad. En el centro ubicado en el Barrio Lisboa de la localidad de Suba, los estudiantes de Medicina, bajo la guía del docente, brindan a la comunidad conocimiento sobre lactancia materna, el manejo de la leche materna cuando la licencia de maternidad termina, la técnica de amamantar y la duración apropiada de la lactancia. Además, la resuelven dudas en torno a esta nueva etapa que afrontan y brindan apoyo en torno a los determinantes sociales de la salud (pautas de crianza adecuadas, prevención de situaciones de riesgo como el maltrato infantil, etc.) a las madres que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

En este CDI del barrio Lisboa, los estudiantes también desarrollan varias actividades de promoción, prevención y educación en salud a través de charlas a los adolescentes sobre el autocuidado, al menos una vez a la semana. Los CDI son una de las modalidades de atención definidas en el marco de la Política Pública de Primera Infancia. Se conciben como "modalidad complementaria a las acciones de las familias y la comunidad, dirigidas a potenciar el desarrollo integral de los niños y niñas".



Adicionalmente se realizan programas con las familias escogidas de los barrios Lisboa, San Pedro, Santa Rita, Berlín y Santa Cecilia; algunas de las cuales asisten a programas como el del CDI. Estos barrios son de estratos 1 y 2 y, en algunos casos, de estrato 3, cuentan con agua potable y algunas de las casas se encuentran aledañas al río Bogotá o empresas de latonería y pintura. Los estudiantes realizan su actividad académica aplicando herramientas para evaluar la funcionalidad familiar, las características de cada ciclo vital familiar, el ecomapa, etc.

A las familias se les brinda apoyo médico con un enfoque biopsicosocial y asesoría en las crisis tanto normativas como no normativas, esperando, idealmente, prepararlas para la ocurrencia de las mismas antes que tratar sus consecuencias.

Además, se les explica cómo mantener su salud de acuerdo a las edades de cada uno de sus integrantes y se detectan problemas del entorno que, en algunos casos, explican la sintomatología de enfermedades de algunos de los miembros de la familia.



En el último piso del Centro Médico Lisboa Corpas se realiza el Programa Siembras-Salud Familiar, con el cual se busca impactar en la reducción del estrés, de patologías de origen psiquiátrico, en la creación de redes de apoyo, en la mejora de la autoestima y en la inclusión social.

Los estudiantes entienden, de forma práctica, la importancia de las redes sociales en el adulto mayor y las formas de crearlas, mantenerlas y fortalecerlas.



El Programa de Consulta Externa se realiza en el Centro Médico de Lisboa Corpas que cuenta con cinco consultorios distribuidos en el primer y segundo piso y presta el servicio de consulta externa; además, se realiza toma de glucometrías, electrocardiogramas, pruebas de embarazo, controles de crecimiento y desarrollo, certificados médicos y toma de citologías.



La Iglesia Scalabrini ha donado un lugar para que el adulto mayor pueda realizar ejercicio y comparta un momento con sus congéneres. Se encuentra ubicada en la localidad de Suba y nació con el objetivo de contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas residentes con ayuda de la Orden de los Caballeros de Malta. Dentro del programa se realizan toma de electrocardiogramas y glucometrías, ayuda para citas médicas y ejercicios aeróbicos y, mensualmente, se brindan charlas de hábitos saludables y enfermedades prevalentes del adulto mayor.

Las actividades de promoción y prevención de la salud se brindan en el marco de la filosofía corpista de compromiso, respeto y demás valores.



CARTA COMUNITARIA

La Fundación Amor a Jesús, ubicada en el municipio de Cota, Vereda Parcelas, es una entidad sin ánimo de lucro que tiene como objetivo dar abrigo a los adultos mayores que han sido abandonados y no cuentan con una adecuada red de apoyo o que los recursos económicos de sus familias son escasos para sobrellevar sus comorbilidades.

La práctica que realizan en este lugar los estudiantes de Medicina les permite, no solo reconocer la fisiología del adulto mayor y su examen físico, sino sensibilizarse ante las realidades del adulto mayor. Brindan acompañamiento médico en compañía de otros servicios como Psiquiatría y Enfermería (ofrecidos por otras entidades). Además, se realizan actividades de integración donde se brinda apoyo al adulto mayor, a la vez que se escucha, no solo sus dolencias físicas sino también sus historias de su vida.



Los *Abuelos de Costa Rica* son un grupo de adultos mayores que se reúnen en el salón comunal del barrio Costa Rica de Suba. Los estudiantes de Medicina, con la guía del docente, ofrecen charlas educativas diferentes en cada actividad, teniendo en cuenta las enfermedades más prevalentes de la población que, en este caso, son las crónicas no trasmisibles. A través de esta práctica, los estudiantes, además de comprender la fisiología de dichas enfermedades, entienden los beneficios de un estilo de vida saludable y una nutrición balanceada. Además, comprenden la importancia de participar en grupos interdisciplinarios e intersectoriales para mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y la comunidad.

El *Club de los Abuelos* (Casa de los Abuelos), ubicado en el Barrio Bilbao, es un lugar en donde se reúnen aproximadamente 80 adultos mayores. Es dirigido por un grupo de personas voluntarias (sin remuneración). Es un espacio donde los estudiantes, guiados por el docente, realizan actividad física, educan en hábitos de vida saludable para la promoción y prevención en salud. En las visitas familiares siempre se realiza un plan de mejoramiento con enfoque biopsicosocial para cada familia y sus integrantes, teniendo en cuenta que cada individuo y su salud son dependientes en gran medida de su entorno.





En los jardines sociales del ICBF se presta un servicio de atención a la primera infancia en una infraestructura que contribuye a mejorar las condiciones alimenticias de los niños mientras se aprende. En este momento los programas con los que se tiene convenio se encuentran aldañados al Centro Médico de Lisboa.

Se realizan valoraciones integrales cuando los jardines lo solicitan, lo que permite a los estudiantes, con la dirección del docente, establecer una comunicación clara y ordenada utilizando un lenguaje adecuado al nivel sociocultural del paciente, realizar recomendaciones de puericultura, alimentación, prevención de accidentes en casa, estimulación adecuada, cuidados generales del niño y orientación para asistencia a los servicios médicos.

En el Colegio La Toscana se realiza el Programa Escuela Saludable. Se hacen juegos, charlas, conversatorios, entrevistas, etc., con los estudiantes con el fin de realizar prevención, promoción y educación en salud a esta población que, por su edad, es muy receptiva. Se espera que en el futuro mantengan los hábitos de vida saludable que se les ha enseñado en el programa de *Escuelas Saludables* promovido por la OMS.



Imagen tomada de: <https://goo.gl/5pd5eR>



El programa de Adulto Mayor se desarrolla en distintos hogares geriátricos de la localidad de Suba, entre ellos, el Hogar Geriátrico Eterna Juventud (en el barrio La Campiña), la Fundación Esperanza Vivir, el Hogar San Gabriel y con otros grupos de adultos mayores como los Arrayanes y el grupo Nagasaki. En estos hogares, los estudiantes se realizan historias de vida a través de una conversación amena con el adulto mayor y se aplican las herramientas de Salud Familiar (familiograma, ecomapa, apgar familiar y encuesta biopsicosocial).



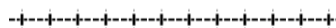
En la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen, ubicado en Tabio, se ha venido descubriendo comunidades para trabajar un programa de Atención Primaria Orientada a la Comunidad, dentro de las cuales se destacan un hogar geriátrico, una fundación de educación especializada para niños con discapacidades mentales, un colegio aledaño al hospital y un programa mensual de brigadas de salud que el director, el doctor Guillermo León, ha venido desarrollando en el municipio. Es así como hemos iniciado un programa piloto para evaluar la posibilidad de construir una experiencia conjunta. En tal sentido, nuestros internos hicieron unas visitas preliminares y se dispuso la apertura de un espacio de práctica para un estudiante de internado a partir del primer semestre de 2018.

El conocer los escenarios de práctica del Departamento de Medicina Comunitaria permitió constatar los proyectos sociales y ha sido parte de una experiencia enriquecedora en nuestro proceso de formación académica como internos y futuros rurales. Es el resultado del proceso que llevamos bajo la tutoría del doctor Juan Carlos González en programas de Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Ha permitido reforzar conceptos vistos en el curso virtual realizado, pero también nos ha enriquecido como personas ya que hemos visto cómo la solidaridad, la participación ciudadana, el compromiso, y el respeto son valores que persisten en las comunidades y hacen que estos programas sean un éxito.

Consideramos esta una oportunidad para que nuestro programa comunitario crezca y permita que más personas se vean beneficiadas y que nuestros compañeros adquieran nuevos conocimientos, destrezas y aptitudes, de tal modo que tengan una perspectiva distinta de lo que es la salud y que sean integrales en su actuar. Además, pudimos ver que el trabajo realizado de corazón y con pasión es la mejor medicina que la comunidad puede recibir de parte de nosotros. Hace falta mucho camino por recorrer, pero esperamos que este trabajo sea un incentivo más para mejorar, aliarnos con otras entidades y dejar en alto el nombre de nuestra alma mater.



El trabajo en la comunidad es una forma de intervención social creada para aportar a los estudiantes de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas conocimientos en Medicina al mismo tiempo que ayudan a las personas de la comunidad mediante ofrecerles apoyo en sus circunstancias biopsicosociales para promover la calidad de vida.





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