

HOSPITIUM

HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS

REVISTA HOSPITIUM "CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN"
HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO SAN JUAN DE DIOS
EDICIÓN 01 / JULIO - DICIEMBRE 2014 / ISSN: 2422-1104 / ARMENIA, QUINDÍO, COLOMBIA



E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL
UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO

**SAN JUAN
DE DIOS**

Humanizando la salud del Quindío



E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL
UNIVERSITARIO DEL QUINDÍO

SAN JUAN DE DIOS

Humanizando la salud del Quindío

Visión

En el 2016, ser reconocido a nivel Nacional por la Atención Humanizada y la práctica en docencia e investigación, promovida por su gestión clínica, administrativa, financiera y ambiental, apuntando a la competitividad y excelencia.

Misión

El Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, garantiza la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, integrando docencia, investigación y medio ambiente, para satisfacción del paciente y su familia

Grupos de Investigación

Grupo de Investigación Gestión Hospitalaria
Grupo de Investigación Población Infantil

Líneas de Investigación

- Clínica
- Quirúrgica
- Salud Pública
- Salud Sexual y Reproductiva
- Gestión Hospitalaria

Objetivos de investigación para la acreditación como Hospital Universitario

- Fomento de la cultura investigativa
- Reconocimiento grupos de investigación
- Medios de publicación científica

HOSPITIUM

"Ciencia, Tecnología e Innovación"

Institución Editora

Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios
Oficina de Investigación y Servicios Docentes

Junta Directiva

Sandra Paola Hurtado Palacio
Presidente
Gobernadora del Quindío

Luz Piedad Valencia Franco
Alcaldesa de Armenia

José Antonio Correa López
Vicepresidente
Secretario de Salud Departamental

Jairo López Marín
Secretario
Gerente Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios

Francisco Luís Gaviria Arias
Representante de los Usuarios

Martha Lorena Arango Ospina
Representante Profesionales de la Salud

Omar Giraldo Ramírez
Representante Gremios de la Producción

Sandra Milena Osorio Velázquez
Representante Comites de Participación Comunitaria
Coopacos de los Municipios del Departamento

Olga Lucia Giraldo Cardona
Revisora Fiscal

Investigación y Servicios Docentes

Paula Andrea Orozco Gómez
Profesional Especializado Investigación y Docencia

Hospitium

"Ciencia, Tecnología e Innovación"

Revista Científica del Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios
Avenida Bolívar Calle 17 Norte Armenia, Quindío, Colombia
Oficina de Investigación y Servicios Docentes

Comité de Investigaciones

Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios

Jairo López Marín
Presidente

Paula Andrea Orozco Gómez
Secretaria

Gregorio Sánchez Vallejo
Sergio Rodríguez Rengifo
Alonso Ríos Ríos
Integrantes

Comité Científico Revista Hospitium

Jorge Enrique Gómez Marín
Universidad del Quindío

Gregorio Sánchez Vallejo
Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios

Jhon Carlos Castaño Osorio
Universidad del Quindío

Ángela Liliana Londoño Franco
Universidad del Quindío

Comité Editorial Revista Hospitium

Paula Andrea Orozco Gómez
Rodrigo Ocampo Mejía
Nancy Yhomara Cabeza Acevedo
Jairo Iván Berrio Muñoz
David Alberto Ossa Pizano
Jorge Raúl Ossa Botero
Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios

Revista Hospitium

Rubén Darío Carvajal Iriarte
Editor

Claudia Marcela Ortegón Clavijo
Asesora Universidad Cooperativa de Colombia

Gustavo Andrade Patarroyo
Jefe Oficina de Comunicaciones

Yuly Paulin Arévalo Ospina
Revisión de Estilo

Diseño y Diagramación

Carlos Mario Londoño Gómez

Impresión

Editorial Granada

HOSPITIUM

"Ciencia, Tecnología e Innovación"

Revista Científica

Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios

Edición # 01 Julio - Diciembre 2014

ISSN: 2422-1104

Principios

- Calidad Editorial: Ajuste a las normas editoriales nacionales e internacionales para artículos y revistas científicas y el sistema de citación Vancouver.
- Calidad Científica: Revisión de manuscritos por parte de pares académicos externos expertos en el contenido de los artículos enviados a la revista.
- Visibilidad: Distribución y divulgación de las ediciones en el entorno de la comunidad académica y científica del área de la salud.
- Permanencia: Secuencia de publicación con respecto a la periodicidad declarada.

Misión

Ser un medio de publicación científica a nivel local, nacional e internacional de trabajos académicos, investigativos y reflexivos, de significativa relevancia y calidad, en el área de las ciencias de la salud.

Visión

Posicionarse como un medio de publicación científica de referencia en el área de la salud a nivel local, regional y nacional, bajo los parámetros de las bases bibliográficas nacionales e internacionales.

Público Objetivo

La Revista Hospitium está orientada a la comunidad académica y científica del área de la salud (Docentes, especialistas, profesionales asistenciales y administrativos, estudiantes)

Orientación Editorial

La Revista Hospitium es un medio de publicación y divulgación de artículos desarrollados en el ámbito de las ciencias de la salud y sus diferentes áreas (Clínica, Quirúrgica, Asistencial, Enfermería, Gestión Hospitalaria y el Ámbito Académico)

La Revista Hospitium tendrá una periodicidad semestral, con acceso libre a sus contenidos y su publicación se realizará en medio impreso y electrónico bajo la plataforma Open Journal System

www.hospitalquindio.gov.co Link Investigaciones - O.J.S. Revista Hospitium

Presentación

La administración del Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, se encuentra comprometida con las grandes transformaciones que la entidad requiere para ubicarla entre los principales hospitales universitarios de Colombia. El logro de los propósitos de excelencia y visibilidad de la institución, se alcanzarán con un alto compromiso por parte de cada uno de los actores de la organización, en cada una de sus acciones. La calidad es un proceso dinámico y continuo que requiere la participación y concepción crítica de todos los grupos de interés que convergen en nuestra organización, patrimonio de la región y del país; alcanzar el referido propósito requiere el cumplimiento de altos estándares, siendo uno de ellos la cultura investigativa.

La oficina de investigación y servicios docentes ha promovido y liderado importantes logros que se materializan en el aval, reconocimiento y clasificación de grupos de investigación del Hospital por parte de Colciencias y la creación de la Revista Hospitium, hechos que son fehaciente prueba de la responsabilidad que ha asumido la administración junto con la comunidad médica y académica.

La presentación de la primera edición de la Revista Hospitium, es un primer paso en la consolidación de un programa de investigación, que da la pauta para el progreso institucional en pro de la población consultante del Hospital; esta publicación tendrá una periodicidad semestral y constituirá un espacio idóneo para la divulgación, socialización y consolidación de experiencias, propuestas científicas y profesionales que se desarrollan en las diferentes áreas. Hospitium será el canal de comunicación para que los investigadores en todos los ámbitos de la medicina difundan y sometan al juicio crítico de los pares académicos, profesionales su producción científica y experiencias clínicas rigurosamente analizadas para fortalecer la toma de decisiones y conductas medicas intra e interinstitucional.

La publicación de la revista Hospitium viene a sumar en este horizonte de transformación de la entidad, con la evidencia del logro a través del trabajo conjunto, el respeto por la experiencia, el conocimiento y la confianza.

Jairo López Marín
Gerente

Paula Andrea Orozco Gómez
P.E. Investigación y Docencia

HOSPITIUM

CONTENIDO

Editorial

7

Originales

Consultoría en Sexualidad: Desde una Atención Integral
*Lina Karina Bernal Ordoñez, Andrés Felipe Ordoñez Bastidas,
Lesly Altelén, Solorzano Chaurra, Carmen Aydé Fernández Rincón*

8

Hemoglobina Glicosilada en la Gestación Temprana en
Mujeres de Armenia-Quindío
*Bayron Manuel Ruiz Hoyos, Elizabeth Torres Morales, Ángela Liliana Londoño Franco,
Jhon Anderson Arango Taborda, Laura Catalina Grajales Vélez, Carmen Helena Vargas Morán*

14

Experiencia de las Redes de Apoyo Familiar de los
Los Pacientes Hospitalizados en Uci
David Julián Téllez León, Joan David Castaño Arbeláez, Adiel Henao Buritica

23

Reportes de Caso

Leishmaniasis Facial: Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura
Gregorio Sánchez Vallejo, Nicolás Torres, María Camila Zubieta

32

Un Caso de Blastocistosis Resistente a Metronidazol en Colombia
Jorge Enrique Gómez Marín

39

Rabdomiolisis Reporte de Caso
Jhon Serna Flórez, Juan José Jiménez Walteros

43

Análisis

El Nudo Gordiano de la Apropiación del Conocimiento en Salud en Colombia
Jorge Enrique Gómez Marín

47

Del Pensamiento a la Realidad: La Metamorfosis de Profesores a Maestros
Rodrigo Ocampo Mejía, Jorge Raúl Ossa Botero

51

Otros

Un Perverso Sistema de Salud
Christiam Suarez

55

Breve Reseña Sobre la Evolución del Concepto de Hospitalidad
Santiago Sánchez Londoño

56

Instrucciones a los Autores

58

Editorial

"Saludo e Invitación a Publicar en Nuestra Revista"

Cordial saludo, apreciados lectores, es un honor e inmenso privilegio escribir el editorial del primer número de la revista Hospitium, publicación científica institucional de la ESE Hospital Universitario Departamental del Quindío San Juan de Dios, producto del apoyo de las directivas departamentales y del Hospital, fruto del empeño de la oficina de Docencia e investigación y del trabajo científico e investigativo de un grupo de profesionales cuyos estudios permitieron que este primer número sea una realidad.

Esta publicación tiene las puertas abiertas a toda la comunidad de la salud de la región y del país, cuyo espíritu investigativo, encuentre un espacio amable y receptivo a sus inquietudes académicas; nuestro objetivo es convertirnos en una publicación periódica, donde el contenido de sus artículos se realice con una variedad de diseños metodológicos y que el rigor de la evaluación por parte de los pares, le impriman un sello de calidad a sus escritos.

A través de estas líneas hago un cordial llamado, a todas las personas cuya pasión es la investigación, para que elaboren sus proyectos o culminen los trabajos que están en marcha, se vinculen a los grupos de investigación ya existentes o creen nuevos; con esta energía y capacidad de conocimiento, podamos disponer a corto plazo del material científico necesario que se requiere para la publicación del próximo número de la revista. Sea el momento para agradecer a los lectores de los manuscritos de esta primera edición, que actuaron en calidad de pares, garantizando de esta forma el proceso de arbitraje propio de una revista científica.

¿Por qué y para qué publicamos?, lo hacemos porque tenemos una obligación con la comunidad académica y comunidad en general de hacer públicas nuestras ideas y el conocimiento producto del análisis, del estudio y en el mejor de los casos, son el resultado del método científico, este último permite validar cuando es posible la mayor parte de nuestro quehacer, llevando esto a la toma de decisiones de una práctica médica con mejores criterios, las cuales finalmente, deben beneficiar a los pacientes, quienes sin duda, son la razón del esfuerzo que cada día realiza el personal de la salud.

Solamente generando conocimiento, logramos un mejor modelo de desarrollo, este es la base y motor donde el bienestar de la comunidad podrá ser alcanzada, la respuesta a las inquietudes y preguntas de los investigadores permitirá el avance científico y equilibrio social en nuestros países.

Rubén Dario Carvajal Iriarte
Editor

CONSULTORÍA EN SEXUALIDAD: DESDE UNA ATENCIÓN INTEGRAL

CONSULTING SEXUALITY: TOWARDS A COMPREHENSIVE CARE

Lina Karina Bernal Ordoñez¹, Andrés Felipe Ordoñez Bastidas¹, Lesly Allelen, Solorzano Chaurra¹,
Carmen Aydé Fernández Rincón²

Cómo citar este artículo: Bernal L, Ordoñez A, Allelen L, Chaurra S, Fernández C. Consultoría en Sexualidad: Desde una Atención Integral. Revista Hospitium. 2014;01: 8-13.

Recepción: 28/10/2014 **Aceptación:** 27/11/2014 **Publicación:** 29/12/2014

Resumen

Proyecto de consultoría en sexualidad del grupo de trabajo conformado por tres investigadores y el personal del Centro de Salud de una universidad del Quindío, cuyo objetivo fue diseñar una propuesta de consultoría en sexualidad incluyente dirigido al personal de salud, del Centro de Salud de una Universidad del Quindío.

Abstract

Sexuality consulting project working group composed of three investigators and staff of the Health Center of a University of Quindío, whose aim was to design a proposal for consultancy inclusive sexuality for health personnel, Health Center of University Quindío.

Palabras clave: Sexualidad, consultoría, autocuidado, déficit de autocuidado.

Key words: Sexuality, consulting, self-care, self-care deficit.

Introducción

Cuando se habla del ser humano como un todo, se habla de que tiene distintas y diversas dimensiones que deben ser abordadas y tenidas en cuenta a la hora de la atención o intervención en enfermería. De este modo, la asesoría en planificación familiar no debería centrarse específica y básicamente en informar a la persona en cuanto existencia de los métodos anticonceptivos y la elección del apropiado, sino que debería surgir una consultoría en sexualidad que aborde a las personas de manera integral en este campo, en donde se tenga en cuenta el todo del ser y abarquen los otros aspectos que se ven íntimamente relacionados con el tema de la

planificación familiar, como es la educación sexual y reproductiva y la consejería en sexualidad y lo que a su vez estos componentes implican.

Por medio de la planificación y desarrollo del proyecto que lanzó en los últimos años el Ministerio de Educación, dirigido a la población infantil y adolescente "Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía" (1), se ve manifestado el interés que tiene Colombia en intervenir en la solución de una problemática que se viene presentado en el país, en cuanto a conductas sexuales riesgosas, embarazos no deseados, y sobrepoblación.

1. Egresados Universidad del Quindío, Programa de Enfermería, Colombia, Quindío, Armenia, enfermeria@uniquindio.edu.co.

2. Enf. Mg Docente-Investigadora Universidad del Quindío Líder grupo investigación GRIEEQ carmenayde@uniquindio.edu.co

Es importante hacerse una pregunta: ¿Basta sólo con informar a la comunidad sobre los múltiples métodos anticonceptivos existentes y sobre las múltiples infecciones de transmisión sexual para que se disminuyan los comportamientos riesgosos en los adolescentes?

Esta propuesta de consultoría en sexualidad pretendió abrir espacios de diálogo y discusión con el personal de un Centro de Salud universitario del Quindío en la temática de sexualidad y todos sus componentes con el fin de ampliar el concepto y así brindarle a la comunidad estudiantil las herramientas necesarias para una adecuada toma de decisiones, trabajando en su autonomía, generando un proceso de autoconocimiento, amor propio y autocuidado; contribuyendo a las políticas de Universidad Saludable de la misma (2) (3).

La propuesta constó de cuatro momentos para su desarrollo. En primera instancia se identificó cuál era el principal problema a intervenir, posterior a esto se diseñaron las actividades y material de apoyo que se usaron en los espacios de discusión que se generaron, logrando con esto la autoevaluación de la efectividad y congruencia de los servicios prestados con las necesidades propias de la comunidad estudiantil.

Marco de referencia

A continuación los conceptos relevantes y que en sí mismos definen y sustentan el objetivo y razón del proyecto:

Sexualidad: Rubio E. (4) refiere que la sexualidad humana se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que tiene desde temprano en la vida, es individual e intransferible.

En su reporte: Definiendo Salud Sexual, la OMS (5) definió la sexualidad como: Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y

se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Cultural: Leininger "Hace referencia a los valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra" (6).

Adolescencia: "La adolescencia, es un período en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y posiciones médicas, científicas y psicológicas pero generalmente se enmarca entre los 10 o 12 años y los 19 o 20" (7).

Para la Organización Mundial de la Salud (5), la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud -entre los 10 y los 24 años-. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 años 24 años.

Algunos psicólogos consideran que la adolescencia abarca hasta los 21 años e incluso algunos autores han extendido en estudios recientes la adolescencia a los 25 años.

Autoestima: Bonet J. "Conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter, configuran las actitudes que, globalmente llamamos autoestima. La

autoestima, en suma, es la percepción evaluativa de uno mismo" (8).

Dimensión: Rojas Enrique "El ser humano tiene cuatro dimensiones: física, psicológica, espiritual y cultural. Estas vertientes están íntimamente entrelazadas, formando una "unidad sustancial". Todas las actividades humanas pueden quedar reducidas en último término a éstas, y aunque sean muy diversas, la experiencia nos dice que son llevadas a cabo por el sujeto al mismo tiempo. El hombre es una unidad en la diversidad (única y múltiple a la vez)" (9).

Función: Una función se refiere a la actividad o al conjunto de actividades que pueden desempeñar uno o varios elementos a la vez, obviamente de manera complementaria, en orden a la consecución de un objetivo definido.

"Aunque claro esta actividad y objetivo se pueden presentar en distintos contextos, por lo cual el término de función se aplica indistintamente en ámbitos como el informático, matemático, artístico, técnico y semiótico entre otros. Para la semiótica, una función es el conjunto de elementos y las relaciones entre ellos que son necesarias para definir una estructura". Florencia (10).

Proyecto de vida: El proyecto de vida es la dirección que el hombre se marca en su vida, a partir del conjunto de valores que ha integrado y jerarquizado vivencialmente, a la luz de la cual se compromete en las múltiples situaciones de su existencia, sobre todo en aquellas en que decide su futuro, como son el estado de vida y la profesión. Amato Ramiro (11).

Holón: El concepto de Holón se define como algo que es simultáneamente la parte y el todo. Desde el enfoque Sistémico, es un sistema que es un todo en sí mismo y a la vez parte de un sistema mayor. Cada sistema puede considerarse un holón, ya sea una partícula subatómica o un planeta. En un ámbito no físico, las palabras, ideas, sonidos, emociones y todo lo que puede identificarse es a la vez parte de algo y a la vez está conformado por partes. Rubio E. (4).

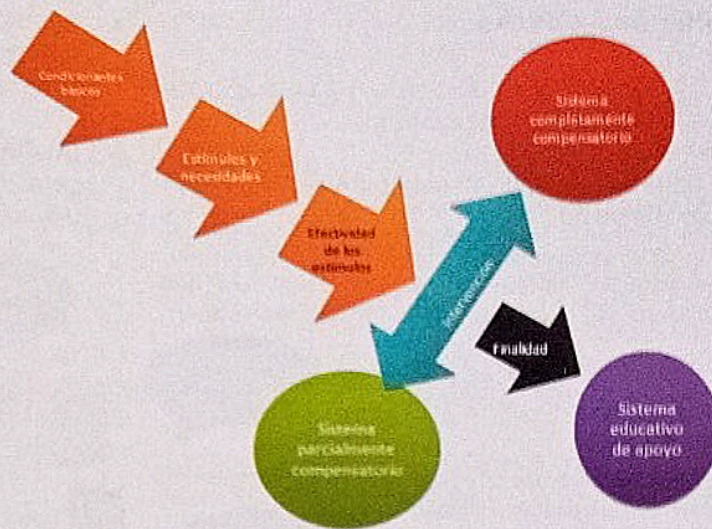
El manejo de la sexualidad no debe ser direccionado solo a la parte reproductiva, es por esto que iniciamos hablando de la política nacional de salud sexual y reproductiva, la cual es la respuesta a una creciente preocupación debido al mal manejo que por años se ha encontrado, en especial en la población adolescente, respecto a la sexualidad ya que es en Colombia desde la década de los noventa con la Constitución de 1991 (12) que se marca un hito en la educación sexual, que contemplaba los Derechos Sexuales y Reproductivos (DHSR), tanto en los derechos fundamentales como en los sociales, económicos y culturales (DESC); la cual en principio fue mal llamada educación para la sexualidad, enfocada únicamente a la salud sexual y reproductiva.

Es por este motivo que revisamos las metas propuestas por la política y la filosofía que la orienta, en donde su objetivo primordial es: "Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas". Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. (13) (14).

Además de la política, para entender el término de sexualidad nos basamos en la teoría del Doctor Aurioles "El modelo holónico de la sexualidad" el cual nos permitió entenderla como una interrelación de cuatro factores o holones que son: el holón de la reproductividad humana, el holón del género, el holón del erotismo y el holón de la vinculación afectiva interpersonal; los cuales hacen parte del proceso de vida y aprendizaje que tienen las personas a través de ciclo vital.

Dentro del conocimiento propio de Enfermería, se utilizó la Teoría general de enfermería - Dorotea Orem (15), interpretándola desde sus fuentes teóricas, principales supuestos, para lograr una amplia comprensión y desde allí realizar la operacionalización propia para este proyecto. A continuación se muestra dicha operacionalización:

Esquema 1: Ruta de la teoría general de enfermería Dorothea Orem



La utilidad de esta teoría vista desde la consultoría en sexualidad, está enfocada a brindar herramientas al paciente desde un conocimiento de los condicionantes básicos recogidos dentro de la anamnesis y la efectividad de los estímulos identificados durante la entrevista para poder definir el sistema de atención enfocado a el auto cuidado, para que así pueda responder adecuadamente a las necesidades básicas propias de sí mismo. La finalidad de la consulta no se debe centrar en la entrega de un método anticonceptivo, sino en evidenciar en el usuario un ser capaz de brindarse un auto cuidado acorde a sus necesidades y expectativas.

Metodología

Se realizó en cuatro momentos. Durante el primer momento, se identificó la problemática por medio de la elaboración de una matriz DOFA y una entrevista en donde quedan manifestadas dos necesidades de atención prioritaria, una de ellas la problemática creciente en materia de salud sexual y reproductiva por parte de la población consultante al centro de salud. El segundo momento, comprendió el desarrollo de la propuesta de consultoría que consistió en la presentación de un modelo de historia clínica basada en la teoría de déficit de autocuidado y autocuidado de Dorothea Orem, junto con ella se elaboró una hoja de autocuidado, buscando potenciar las conductas beneficiosas en el estudiante universitario a partir

del auto reconocimiento de factores de déficit encontrados durante la valoración. Para el tercer momento, se desarrollaron dos sesiones; en la primera se realizó una actividad de sensibilización con el equipo de salud, respecto a la importancia de ver la sexualidad como un todo y no solo un aspecto biológico, en la segunda los consultores presentaron, apoyados en un material educativo que se dejó en el centro de salud, las dimensiones y funciones de la sexualidad planteadas por Romero L, los modelos de educación sexual presentados por López Sánchez F y una representación gráfica de los modelos de la sexualidad humana propuestos por Lamas H. Por último se realizó el cuarto momento, el cual consistió en la evaluación, implementando la evaluación orientada al cliente propuesta por Stake.

Para el desarrollo del objetivo establecido anteriormente, este proyecto se estructuró en cuatro momentos:

Momento 1. Diagnóstico

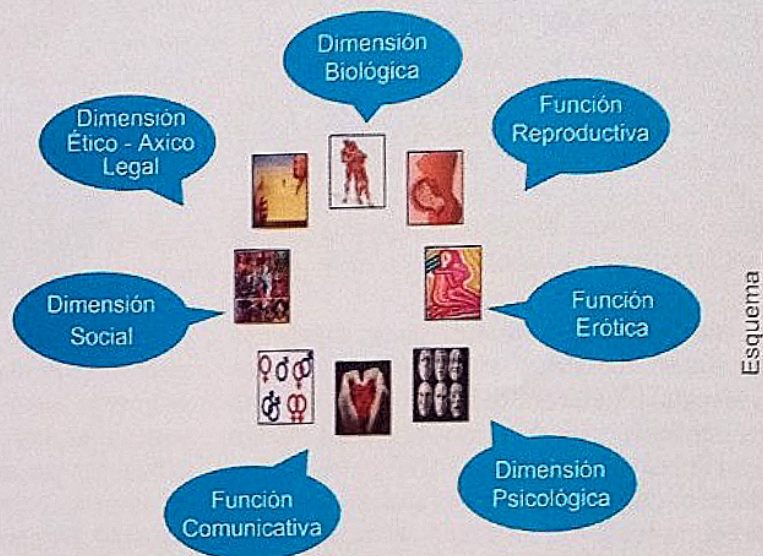
- Se Visitó un Centro de Salud universitario del Quindío.
- Se identificaron las necesidades relevantes presentadas en la entrevista con la coordinadora del Centro de Salud.
- Se elaboró una Matriz DOFA del Centro de Salud.

Momento 2. Diseño

- Se diseñó el anteproyecto con la propuesta de consultoría sobre sexualidad.
- Se presentó la propuesta para la aprobación del proyecto.

- Se diseñaron las diferentes actividades a realizar: modelos, dimensiones y funciones de la sexualidad humana.
- Se diseñó el material de apoyo acorde con las características del grupo profesional y técnico del centro de salud y de acuerdo con la temática.

Esquema 2: Diferentes funciones y dimensiones de la sexualidad propuestas por Leonardo Romero en su texto de sexualidad y educación sexual



Momento 3. Implementación

- Se desarrollaron las actividades dirigidas al personal de salud del Centro de Salud del Quindío.
- Se entregó el material de apoyo diseñado a la Doctora coordinadora del centro de Salud.

Recomendaciones

- Se hace necesario garantizar la continuidad del proyecto aplicando los instrumentos diseñados por los consultores; formato de valoración y la hoja de autocuidado personal, en la consejería de sexualidad brindada a los estudiantes.

Momento 4. Seguimiento y evaluación

- Se hizo seguimiento por medio de la presentación de un informe preliminar mensual a las docentes supervisoras del presente proyecto y a la coordinadora del centro de salud.
- Se utilizó el modelo evaluativo orientado al cliente propuesto por Stake (16), para el cual se diligenció una lista de evaluación que contempló los puntos importantes en el desarrollo y aplicación del proyecto de consultoría en sexualidad.

- En caso de que otro grupo de estudiantes, quisiera realizar su proyecto en el periodo académico de liderazgo para el cambio, tomando como referencia nuestro proyecto o algún componente de éste, o con el deseo de continuar con la temática planteada en él, puede hacerlo con previa autorización por parte de los consultores.
- Es necesario e importante vincular en el manejo de la temática de sexualidad a otras disciplinas que están relacionadas con la prestación de servicios en salud, educación y humanos, disciplinas como trabajo social

y psicología, y que éstas a su vez trabajen de forma integrada con la medicina y la enfermería.

- El personal de salud que preste el servicio de consejería en sexualidad, debe garantizarle a la persona consultante un espacio confiable, tranquilo y seguro.
- Durante el desarrollo de la consejería en sexualidad, el personal de salud debe tener una actitud amigable, simpática y agradable frente a la persona consultante, con el fin de generar confianza y espacios de dialogo efectivos.
- El personal de salud debe reconocer previamente a la realización de la consejería en sexualidad, sus propias limitaciones y alcances. en caso de que los valores, principios, creencias y costumbres propias de cada trabajador de la salud limiten o generen choques bioéticos entre éstos y la prestación del servicio de consejería en sexualidad, éste debe responsablemente retirarse, pero antes, hacer la remisión del paciente consultante ante el profesional o trabajadora de la salud indicada, que le pueda brindar una consejería en sexualidad beneficiosa.
- El tema sexualidad, es un tópico abierto, es decir, constantemente está cambiando, es dinámico, no es rígido ni estático, por lo tanto, el personal de salud que preste el servicio de consejería en sexualidad, debe estar en constante lectura y revisión de la temática.

Declaración conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene conflictos de intereses a declarar.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de educación nacional. Programa nacional de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía. [en línea]. Colombia. [fecha de acceso 04 febrero de 2012]. URL disponible en: <http://www.mineduacion.gov.co/1621/article-171577.html>.
2. Ministerio de la protección social. Proyecto universidad saludable. Políticas de universidad saludable.
3. Proyecto universidad saludable. Bienestar Universitario, Centro de Salud, Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Quindío.
4. Rubio E. Introducción al estudio de la sexualidad humana: Conceptos básicos en sexualidad humana. México: Consejo Nacional de Población, "Antología de la Sexualidad Humana". Tomo I. Consejo Nacional de Población- Miguel Ángel Porrúa. 1991.
5. Organización Mundial de la Salud. Defining sexual Health. Report of a technical consultation on sexual health. Geneva: 2006 World Health Organization. 2002.
6. Leininger M. Transcultural nursing. Concepts, theories, research and practices. 2nd. Ed. Nueva York: GreydenPress. 1995.
7. Autoestima e inicio de la actividad sexual en la adolescencia. Un estudio meta-analítico. España. [en línea]. [Fecha de acceso 26 febrero de 2012]. URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33760310.pdf>.
8. Bonel. J. Se amigo de ti mismo: Manual de Autoestima. Maliaño (Cantabria) (15-22). 1997.
9. Rojas Enrique (1991). La dimensión sexual del ser humano. En http://www.enriquerojas.com/ficha_articulo.asp?id=51
10. Florencia. Función. (2011/12/02). Definición de función. En <http://www.definicionabc.com/general/funcion.php>
11. Amato R. Proyecto de vida. 2006.
12. Constitución política de Colombia 1991.
13. República de Colombia, Ministerio de la protección social. Política nacional de salud sexual y reproductiva. 2003.
14. República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía. Módulo 1. La dimensión de la sexualidad en la educación de nuestros niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
15. Alligood M, y Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona: EdiDE, S.L.; 2011.
16. Stake. Modelo de evaluación orientado al cliente. s/f

HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN LA GESTACIÓN TEMPRANA EN MUJERES DE ARMENIA - QUINDIO

GLYCATED HAEMOGLOBIN IN EARLY PREGNANCY IN WOMEN FROM ARMENIA - QUINDIO

Bayron Manuel Ruiz Hoyos¹, Elizabeth Torres Morales², Ángela Liliana Londoño Franco³,
Jhon Anderson Arango Taborda⁴, Laura Catalina Grajales Vélez⁴, Carmen Helena Vargas Morán⁴

Cómo citar este artículo: Ruiz B, Torres E, Londoño A, Arango J, Grajales L, Vargas C. Hemoglobina Glicosilada en la Gestación Temprana en Mujeres de Armenia - Quindío. Revista Hospitium. 2014;01: 14-22.
Recepción: 12/11/2014 Aceptación: 03/12/2014 Publicación: 29/12/2014

Resumen

La diabetes gestacional es la complicación médica más frecuente del embarazo, su diagnóstico es controversial y la implementación de medidas terapéuticas oportunas mejora el pronóstico materno y perinatal. Se postula que la medición de la hemoglobina glicosilada podría detectar la diabetes en la gestación temprana. **Objetivo:** Determinar los niveles de hemoglobina glicosilada en fase temprana del embarazo, en mujeres consultantes a un centro de atención de primer nivel de Armenia Quindío, y su relación con los resultados maternos y neonatales. **Metodología:** Estudio descriptivo, prospectivo, en gestantes que consultaron para ingreso al control prenatal antes de la semana 16, sin diagnóstico conocido de diabetes o estado hipertensivo, sin enfermedades o tratamientos que pudieran alterar la hemoglobina glicosilada, muestra representativa calculada 101 pacientes. **Variables de estudio:** hemoglobina glicosilada, preeclampsia, índice de masa corporal, peso del neonato. Se cuantificó la hemoglobina glicosilada al ingreso y se consideró diagnóstico de diabetes valor $\geq 6,5\%$, se realizó seguimiento durante el embarazo hasta el parto. **Resultados:** Se incluyeron 106 pacientes, la prevalencia de gestantes con hemoglobina glicosilada $\geq 6,5\%$ fue de 4,7% (5 casos), hubo dos neonatos macrosómicos y cuatro con bajo peso, dos casos de preeclampsia, 13 cesáreas, no se encontró relación entre la hemoglobina glicosilada y las variables de estudio. **Conclusiones:** La prevalencia de diabetes en la gestación temprana en la población estudiada, según la medición de la hemoglobina glicosilada, es menor que en la población general colombiana; no hubo relación significativa entre los niveles de hemoglobina glicosilada y las variables de estudio.

Abstract

Gestational diabetes is the most common medical complication of pregnancy, its diagnosis is controversial and the implementation of appropriate therapeutic measures improve maternal and perinatal outcomes. It has been hypothesized that the measurement of glycosylated hemoglobin could detect diabetes in early gestation. **Objective:** To determine the levels of glycosylated hemoglobin in early pregnancy in consultants to primary health care centers in Armenia Quindío, and its relation with maternal and neonatal outcomes. **Methodology:** descriptive, prospective study in pregnant women who consulted at the prenatal care before week 16 of pregnancy diabetes or hypertension status

1. Médico gineco-obstetra, Magister en Educación, Profesor Asistente, Universidad del Quindío, bruiz58@yahoo.com.mx
2. Bacterióloga, Magister en Ciencias Biomédicas, Centro de Investigaciones Biomédicas U Q.
3. Doctora en Epidemiología, Docente Programa de Medicina, Directora Grupo de Investigación en Salud Pública.
4. Estudiante de Medicina, Universidad del Quindío.

diagnosis, no diseases or treatments that could alter the glycosylated hemoglobin. We calculated representative sample of 101 patients. **Study variables:** glycosylated hemoglobin, preeclampsia, BMI, birth weight. Glycosylated hemoglobin was measured at admission and diagnosis of diabetes was considered value $\geq 6.5\%$, monitoring was performed during pregnancy until delivery. **Results:** 106 patients were included. The prevalence of pregnant women with glycosylated hemoglobin $\geq 6.5\%$ was 4.7% (5 cases). There were two macrosomic and four LBW, two cases of preeclampsia, cesarean sections 13. It was not found relation between glycated hemoglobin and the study variables. **Conclusions:** The prevalence of diabetes in early gestation in the study population, according to the measurement of glycosylated hemoglobin is less than in Colombia's general population; there was no significant relationship between levels of glycated hemoglobin and the study variables.

Palabras clave: Hemoglobina Glicosilada, Diabetes Mellitus, Diabetes Gestacional, Macrosomía Fetal.

Key words: Glycosylated Hemoglobin, Diabetes Mellitus, Diabetes, Gestational, Fetal Macrosomia,

Introducción

La Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), entendida como intolerancia a los carbohidratos de diversos grados de severidad, que se descubre o se manifiesta por primera vez durante la gestación (1), se considera la patología médica más frecuente en el embarazo (2). Es más frecuente en mujeres obesas, mayores de 25 años, con antecedentes personales y familiares de diabetes, o con pobre historia reproductiva (3). La detección temprana de los trastornos de la tolerancia a los carbohidratos y la implementación de las medidas terapéuticas en forma oportuna, disminuyen los riesgos de complicaciones del binomio madre - hijo (4).

Las complicaciones maternas más frecuentemente descritas en la literatura incluyen preeclampsia, aumento en la tasa de cesáreas y diabetes persistente post parto (5), las fetales macrosomía, trauma de parto y muerte perinatal (5), las neonatales hiperbilirrubinemia, hipoglicemia, hipocalcemia y policitemia (5)(6).

La preeclampsia, que se presenta en 10 a 25% de los casos (2)(7), es la complicación clínica materna más relevante de la DMG durante el embarazo, dado que la diabetes tipo II se evidencia en el período postembarazo o en los años subsiguientes.

Se ha postulado que la tasa de cesáreas de la embarazada diabética es más elevada que la

de la población general por la frecuencia de fetos macrosómicos (8), no obstante, un factor de confusión es el hecho de ser sometida a cesárea por el diagnóstico de diabetes (9).

La macrosomía fetal es la complicación más importante de la DMG, ya que afecta la madre, el feto y el neonato, se define como peso del recién nacido superior al percentil 90 o mayor de 4000 gramos (9), aunque para algunos el límite es 4500 gramos (10). Las publicaciones informan hasta 29% de macrosomías en casos de DMG, mientras en gestaciones normales se espera 9 a 20% (9) (10), no obstante, 80% de los casos de macrosomía fetal se relacionan con causas diferentes a la DMG como obesidad materna y multiparidad (11).

El diagnóstico de la diabetes durante la gestación ha constituido un tema de controversia, dada la diversidad de pruebas de tamizaje y diagnóstico: medición de glicemia 1 hora post carga de glucosa con 50 gramos (test de O'Sullivan) (11), 2 horas post carga de glucosa con 75 gramos (12), carga de glucosa con 100 gramos (1).

En 2008, el informe del estudio HAPO "Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome" (13), evidenció una relación directa entre niveles de glicemia materna y resultados adversos del embarazo (Preeclampsia, peso fetal

> 90 percentil, y niveles de péptido "C" en cordón umbilical), en gestantes con valores de glicemia en ayunas y post-carga de glucosa inferiores a los considerados diagnósticos de Diabetes. Teniendo en cuenta que dichos resultados no establecieron un valor umbral determinado, la International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG), desarrolló un panel de consenso y estableció como límites diagnósticos valores de glicemia en ayunas ≥ 92 mg/dl, 1 hora (post carga de 75 gramos de glucosa) ≥ 180 , y 2 horas ≥ 153 , además recomendó investigar en la consulta de ingreso la posible diabetes pre-existente, con glicemia en ayunas ≥ 126 , al azar ≥ 200 mg/dl, o Hemoglobina Glicosilada (Hb A1c) $\geq 6,5\%$ (14).

Aunque ampliamente difundidas, las recomendaciones de la IADPSG aún no se aplican en varios países del mundo (15). En el departamento del Quindío, en la mayoría de los centros de atención, el diagnóstico de la DMG se ha realizado según los lineamientos de la normatividad vigente (Resolución 412 de 2000: Detección de Alteraciones del Embarazo, y Guías de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en Salud Pública de 2007): glicemia en ayunas al ingreso al control prenatal (CPN), y tamizaje con test de O'Sullivan en semanas 24 a 28 de gestación (límite normal < 140 mg/dl 1 hora post-carga), las gestantes con valores anormales, son sometidas a una prueba diagnóstica con carga de 100 gramos de glucosa, en la cual dos valores alterados confirman el diagnóstico (16).

La medición de la Hb A1c, descrita hace más de tres décadas como coadyuvante en el seguimiento de pacientes con diabetes (17), ha sido aprobada por un comité de expertos para el diagnóstico de Diabetes Mellitus, con un punto de corte $\geq 6,5\%$ (18), sin embargo, dicho comité no consideró la medición de Hb A1c apropiada para el diagnóstico de DMG. Desde 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido la medición de Hb A1c entre sus criterios diagnósticos de diabetes con valores $\geq 6,5\%$ (19), además, la American diabetes Association (ADA) en 2011, ratificó el uso de la Hb A1c como criterio diagnóstico de diabetes y adoptó las recomendaciones de la IADPSG para el diagnóstico de DMG (20),

aclarando que en la primera visita prenatal (antes de la semana 24 de gestación) se debe investigar la posibilidad de diabetes tipo II preexistente en pacientes de riesgo, utilizando las pruebas convencionales (Hb A1c, glicemia en ayunas o al azar), enfatizando que si se realiza el diagnóstico se considera como Diabetes manifiesta y no DMG (20). Todas las publicaciones recomiendan, en caso de resultados de Hb A1c $\geq 6,5\%$, realizar una nueva prueba y si esta persiste $\geq 6,5\%$, formular el diagnóstico de diabetes (17-20).

Si bien la determinación de la Hb A1c para el diagnóstico de diabetes ofrece ventajas respecto a la medición de glucosa, por no necesitar ayuno previo, su estabilidad a temperatura ambiente, su escasa variabilidad entre exámenes, y ser poco modificable con los cambios de estilo de vida (21), algunos factores pueden influir en el resultado, disminuyendo o aumentando falsamente sus valores (22). Entre los factores que aumentan los resultados de la Hb A1c se encuentran: hipertrigliceridemia, policitemia, esplenectomía, uremia, diuréticos, ingestión crónica de salicilatos (23), mientras que la ingestión de Vit E y C, así como anemia hemolítica, estados post-transfusionales y hemodiálisis, disminuyen el valor de Hb A1c (21); el impacto de las hemoglobinopatías y variantes de la hemoglobina en los resultados, depende del tipo de ensayo utilizado (23).

El objetivo de la investigación fue determinar los niveles de Hb A1c en fase temprana del embarazo, en mujeres consultantes a un centro de atención de primer nivel de Armenia Quindío, y su relación con los resultados maternos y neonatales.

Metodología

Estudio descriptivo, prospectivo. Población de referencia: mujeres con gestación ≤ 16 semanas que consultaron en el periodo, febrero 1° a abril 30 de 2012, para ingreso al control prenatal, en un centro de atención de 1er nivel de complejidad de Armenia, que atiende pacientes del POS subsidiado. Población de estudio: se calculó una muestra con los siguientes parámetros: $N= 1120$, Prevalencia= 7%, Confianza= 95%, Error=5%, $n= 101$. El marco muestral fue el

registro de ingreso al control prenatal, de allí se ingresaron al estudio las pacientes que aceptaron participar voluntariamente, hasta completar el tamaño de muestra programado.

Criterios de exclusión

- Gestantes con diagnóstico de diabetes o hipertensión pre-existente a la gestación.
- Tratamiento con Vitamina C, Vitamina E, salicilatos, diuréticos.
- Enfermedades crónicas o situaciones de salud, que pudieran falsear los resultados esperados de la medición de Hb A1c. (anemia, insuficiencia renal, esplenectomía).

La información fue recolectada por personal auxiliar capacitado, durante un periodo de tres meses, se utilizó un instrumento para recolección de información con las variables de estudio. La variable principal fue el valor de la Hb A1c; otras variables consideradas fueron: glicemia e Índice de Masa Corporal (IMC) al ingreso al CPN. Los resultados del embarazo analizados fueron: peso del neonato, operación cesárea, estado hipertensivo (cualquier estado hipertensivo diagnosticado por el equipo de atención), y preeclampsia. También se registraron datos socio-demográficos y antecedentes clínico-epidemiológicos.

La información fue almacenada y procesada en la base de datos SPSS 18. Para las variables cualitativas se hizo análisis descriptivo con distribución de frecuencias, las variables cuantitativas se resumieron y se calcularon intervalos de confianza. Para explorar la relación entre los niveles de Hb A1c, la glicemia, el IMC y el peso del recién nacido, se efectuó prueba de correlación de variables cuantitativas con índice de Pearson. El análisis bivariado se realizó con variables nominales calculando la OR, utilizando el test de Ji cuadrado. El nivel de significancia fue $p < 0,05$.

Las gestantes fueron instruidas sobre los objetivos del estudio y, previa aceptación de su participación en el mismo, se les tomó muestra

para Hb A1c en forma simultánea con los demás estudios de rutina que se ordenan al ingreso al CPN en el centro de atención. Las muestras fueron trasladadas al Centro de Investigaciones Biomédicas (CIBM) de la Universidad del Quindío, donde se procesaron en las primeras 8 horas siguientes a la toma, utilizando el kit marca Human para Glicohemoglobina (ref. 10657, 10658, 10259) en el cual el porcentaje total de Glicohemoglobina es determinado midiendo la absorbancia a 450 Nm de la Glicohemoglobina y de toda la fracción hemoglobina, en comparación con una preparación estándar de Glicohemoglobina.

Ante un resultado de Hb A1c $\geq 6,5\%$, se realizó nuevamente la prueba (en una nueva muestra) y de persistir el resultado $\geq 6,5\%$, se informó inmediatamente al personal responsable de la atención de las gestantes para su enfoque terapéutico. Valores de Hb A1c en el rango 5,8 a 6,4 %, fueron informados a la usuaria, explicando que, a la luz del conocimiento actual, no constituyen diagnóstico confirmado de DMG y que se encuentran en un rango de riesgo para diabetes.

Se realizó seguimiento de la evolución de cada gestante, mediante revisión de su historia clínica y comunicación directa, hasta la finalización del embarazo.

Aspectos Bioéticos. La investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Quindío. Una vez verificado que la gestante había comprendido adecuadamente los objetivos y beneficios de la investigación, se le invitó a participar por voluntad propia, sin coacciones, ni influencia inadecuada o intimidación, con la firma del consentimiento informado, explicándole que la información obtenida de su historia clínica y de la entrevista, sería manejada con total confidencialidad.

Si bien el diseño del estudio no implicaba participación de los investigadores en la toma de decisiones de las pacientes, por recomendación del Comité de Bioética se informó al personal de atención los resultados de HbA1c $\geq 6,5$, para

el correspondiente enfoque terapéutico de la gestante.

Resultados

Ingresaron al estudio 106 pacientes; durante el seguimiento 10 (9,4%) tuvieron aborto y otras 10 (9,4%) salieron por deserción o cambio de residencia, por lo cual 86 se incluyeron en el análisis.

Las pacientes ingresaron al control prenatal con 9,75 (IC 95%: 9,20-10,30) semanas de edad gestacional en promedio, 83 pacientes (80,2%) tenían menos de 12 semanas y 40 (36%) eran primigestantes.

Las participantes tuvieron un promedio de edad de 22,34 años (Rango: 14 a 41), la mayoría entre 18 y 35 años (73%). Tenían antecedentes de diabetes en familiares de primer grado, 41 gestantes (36,9%); refirieron antecedentes personales de uno o más abortos 19,8%, de mortinatos 2 (1,8%) e hijos con macrosomía 2 (1,8%).

Al ingreso, un 36,9% eran fumadoras, presentaban sobrepeso 23 (21,7%) y obesidad 7 (6,6%). Todas tuvieron tensión arterial normal, la sistólica en promedio de 102,12 y la diastólica de 64,05.

El promedio de glicemia basal al ingreso fue de 78,79 mg/dl, el valor máximo hallado fue de 96,9 mg/dl. La Hb A1c fluctuó entre 3,0% y 7,76%. Se encontraron 5 (4,5%) casos con Hb A1c $\geq 6,5$ confirmada en segunda muestra; en 83 pacientes (78,3%) el valor de Hb A1c fue menor de 5,8. Ver tabla 1.

La tabla 2, muestra los resultados del embarazo y relaciona las variables en estudio con los valores de Hb A1c. La macrosomía y el bajo peso al nacer se presentaron en gestantes con valores de HbA1c $< 6,5$. La terminación del embarazo fue por cesárea en 19 pacientes (22,1%), la razón de la misma fue por distocia en 7 (36,8%), iterativa 6 (31,6%), estado fetal no satisfactorio 1(5,3%), y 5 (26,3%) por otras causas. Ocurrieron complicaciones maternas en 13 gestantes (15,1%), en 7 (8,13%) de ellas se presentaron estados hipertensivos, de las cuales 2 (2,3%) tuvieron diagnóstico

de preeclampsia; otras complicaciones fueron ruptura de membranas, hemorragia post-parto, cefalea post-raquídea y corioamnionitis.

Se presentaron 5 (5,81%) nacimientos pre término; el peso promedio de los neonatos fue 3.274,58 gramos (IC 95%: 3.163,69- 3.385,46), 80 (93%), hubo 2 (2,3%) neonatos con macrosomía (4000 o más gramos) y 4 (4,7%) con bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos). Se presentaron complicaciones neonatales en 4 casos (4,5%) y fueron: mortinato 1, síndrome de dificultad respiratoria 1, neumonía neonatal 1, y un neonato con prematuridad extrema que ameritó UCI.

Análisis bivariado

El promedio de Hb A1c entre las pacientes que presentaron aborto fue 4,56% (rango 3,86 a 5). Al analizar el nivel de Hb A1c $\geq 6,5$ con la presencia de estado hipertensivo, cesárea, bajo peso al nacer y macrosomía, no se encontró relación significativa. Las gestantes con niveles de Hb A1c $\geq 6,5$ se encontraron por debajo de los 36 años; se exploró la relación con antecedentes y se encontró una frecuencia mayor de abortos (40% vs 18,8%) con niveles de HbA1c $\geq 6,5$, entre las gestantes con estos niveles de HbA1c no hubo gestaciones previas con macrosomía, mortinatos ni diabetes mellitus familiar. Las frecuencias de sobrepeso y obesidad fueron mayores cuando la HbA1c fue $\geq 6,5$ (40,0% vs 20,8% y 20,0% vs 5,9% respectivamente); igual ocurrió con los estados hipertensivos (20,0% vs 7,4%) y con la incidencia de preeclampsia (20% vs 1,2%); el promedio de HbA1c en las pacientes con preeclampsia fue de 5,7 y en pacientes sin preeclampsia de 5,1 (Dif. Medias 0,58 IC 95% -,59 - 1,73; p=0,329).

Para el análisis del IMC se tuvo en cuenta el sobrepeso (IMC ≥ 25) y la obesidad (IMC ≥ 30). Entre las pacientes con sobrepeso, se encontró relación significativa con los estados hipertensivos (tabla 3), no se encontró relación con la tasa de cesáreas, el peso del neonato ni la preeclampsia. Entre las obesas, aunque no se encontró relación significativa con la preeclampsia y peso del

neonato, se observó mayor número de cesáreas, así como mayor número de estados hipertensivos que en las no obesas (tabla 4).

El hábito de fumar y el antecedente de diabetes familiar, si bien estaban presentes en 36,9% de las pacientes, no se relacionaron con las variables en estudio ni con los resultados materno neonatales.

En la prueba de correlación de variables cuantitativas con el Índice de Pearson, no se observó relación entre las variables IMC, Glicemia, Hb A1c, peso del neonato.

Discusión

Las posibilidades de lograr un mejor resultado materno fetal en gestantes con DMG, mediante la intervención oportuna con medidas nutricionales y ejercicio físico (24, 25), justifican el desarrollo de investigaciones como la presente. La medición de HbA1c en fase temprana del embarazo, es una herramienta utilizada en gestantes con factores de riesgo para diabetes (obesas, antecedentes de macrosomía o DMG, diabetes familiar en primer grado) con miras a establecer la posible diabetes preexistente; el hallazgo de niveles elevados se relaciona con mayor probabilidad de malformaciones congénitas (26), sin embargo, es poco utilizada en pacientes con bajo riesgo.

La presencia de cinco casos con Hb A1c $\geq 6,5\%$, arroja una prevalencia de diabetes de 4,7% en la población estudiada, dicho diagnóstico, realizado antes de la semana 16 de la gestación y confirmado en una segunda muestra, orienta a la posibilidad de una diabetes preexistente, a su vez, el diseño del estudio, que implicaba informar los resultados al personal de atención encargado de la gestante, permitió establecer tempranamente el manejo respectivo. La ausencia de relación significativa entre los valores de Hb A1c $\geq 6,5$ y las variables de resultado (operación cesárea, preeclampsia, peso del neonato), sugiere un efecto beneficioso de las medidas terapéuticas tomadas tempranamente por el personal de atención al conocer los resultados de la prueba, por otra parte, aunque no incluido en los objetivos del estudio, el hallazgo de relación

significativa entre el sobrepeso y la presencia de estado hipertensivo, incentiva la posibilidad de realizar estudios con mayor tamaño muestral que permitan evidenciar otras posibles correlaciones. El estudio se caracterizó por la rigurosidad metodológica, la realización de las pruebas diagnósticas a todas las pacientes, el procesamiento de las muestras el mismo día de su recolección, la entrega oportuna de los resultados y el seguimiento de las pacientes; una debilidad importante, imposible de controlar por los investigadores, fue la falta de uniformidad en el diagnóstico de DMG en la cohorte de gestantes, teniendo en cuenta que, no obstante existir un protocolo vigente para el diagnóstico de DMG (test de O'Sullivan y curva de tolerancia a la glucosa), no se practicó en todas las pacientes, lo cual impidió establecer correlaciones entre los niveles de HbA1c y el diagnóstico de DMG, lo cual habría sido un importante aporte del estudio.

En julio de 2013, 15 meses después de finalizada la recolección de información del presente trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia publicó las guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo parto y puerperio, las cuales incluyen, en la sección 1, numeral 30, la recomendación de practicar a todas las gestantes un prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 gramos de glucosa, entre las semanas 24 y 28 de la gestación, adoptando los valores umbrales sugeridos por la IADPSG. Las guías no recomiendan el tamizaje con glicemia ni glucosuria y no mencionan el uso de la Hb A1c.

Declaración conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene conflictos de intereses a declarar.

Referencias bibliográficas

1. Metzger BE, Coustan DM, Organization Committee. Summary and recommendation of the Fourth International Workshop Conference on Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 1998; 21: Suppl 2 B161.
2. Ortiz CE, Carrillo M. La embarazada diabética. Aspectos Fisiopatológicos. Revista Controversias en Ginecología y Obstetricia. 2003; 11 (63): 1380-88.

3. Buchanan T, Xiang A. Gestational Diabetes Mellitus. *J Clin Invest.* 2005; 115(3):485-491.
4. Riskin-Mashiah S, Damti A, Younes G, Auslender R. First trimester fasting hyperglycemia as a predictor for the development of gestational diabetes mellitus. *Euro Gynecol Reprod Biol* 2010; 152:163-167.
5. Murphy HR. Gestational Diabetes: what's new? *medicine* 2010; 38 (12):676-78.
6. McCance DR. Pregnancy and Diabetes. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism.* 2011; 25:945-958.
7. Yogev Y, Xenakis EMJ, Langer O. The association between preeclampsia and the severity of gestational diabetes: The impact of glycemic control. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(5):1655-1660.
8. Ben Whitelaw B, Gayle C. Gestational diabetes. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine* 2010; 21(2):41-46.
9. Cauhan S, et al. Suspicion and treatment of the macrosomic fetus: a review. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193:332-46.
10. Bernstein I. Fetal body composition. Review. *Curr Op Clin Nut Mteab Care* 2005; 8(6):613-7.
11. Vidaeff A, Yeomans E, Ramón S. Gestational Diabetes: a field of controversy. *Obstetrical and Gynecological Survey.* 2003; 58(11):759-69.
12. Alberti KG, Zimmet PZ, for the WHO consultation. Definition diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications, part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a Who consultation 1999. Available at http://www.diabetes.com.au/pdf/who_report.pdf.
13. The HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. *N Engl J Med.* 2008; 358(19):1991-2002.
14. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. *Diabetes Care* 2010; 33(3):676-82.
15. Corcoy R, Lumbreras B, Bartha JL, Ricart W. New diagnostic criteria for gestational diabetes mellitus after the HAPO study. Are they valid in our environment? *Gac Sanit.* 2010; 24(4):361-363.
16. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care.* 2005; 28 (Supplement 1):S4-S36.
17. Peacock. Glycosylated hemoglobin: measurement and clinical use. *J Clin Pathol.* 1984; 37:841-851.
18. Gillet MJ. International Expert Committee Report on the Role of the A1C Assay in the Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care.* 2009; 32(7):1327-1334.
19. Use of glycated hemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus. Report of a World Health Organization Consultation. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 2011; 93: 299-309.
20. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 2011; 34 (Supplement 1): S1-S61.
21. Drzewoski J., Drozdowska A. Could glycated hemoglobin be used as a diagnostic tool in diabetes mellitus? *Pol Arch Med Wewn.* 2010; 120(3):109-13.
22. Homa K., Majkowska L. Difficulties in interpreting HbA1c results. *Pol Arch Med Wewn.* 2010; 120(4):148-54.
23. Herman W., Fajans S. Hemoglobin Hb A1c for Diagnosis of Diabetes. Practical Considerations. *Pol Arch Med Wewn.* 2010; 120(1-2): 37-41.
24. Márquez J, Monterrosa A, Romero I, Arteta C. Diabetes gestacional: estado actual en el tamizaje y diagnóstico. *Rev. Cienc. Biomed.* 2011; 2 (2): 297- 304.
25. Whitelaw B, Gayle C. Gestational Diabetes. Review. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine.* 2010; 21:241-46.
26. Risk of minor and major fetal malformations in diabetics with high haemoglobin A1c values in early pregnancy. Ylinen K, Aula P, Stenman U-H, Kesaniemi-Kuokkanen T, Teramo K. *Br Med J.* 1984; 289:345-346.

Tabla 1. Variables clínicas de ingreso. n=106

Variable	Media	DS	IC 95%
Edad	22,34 años	5,54	21,27 - 23,4)
Peso	55,94 kg	9,52	54,10 - 57,77
IMC	23,31 kg/ m ²	3,92	22,55 - 24,07
T/A Sistólica	102,12 mm Hg	8,69	100,44 - 103,79
T/A Diastólica	64,05 mm Hg	7,50	62,59 - 65,51
HB A1C	5,01 %	0,85	4,80 - 5,10
Glicemia	78,78 mg/dl	6,35	77,56 - 80,01

Tabla 2. Relación de la HbA1c con las variables de estudio

Factores analizados	Total N°(%)	Frecuencia (%) según valor de HbA1c		OR (IC 95%)		Sig (P)
		< 6,5	≥ 6,5			
Antecedentes (n=106)						
Abortos						
Si	21 (19,8)	19 (18,8)	2 (40,0)	2,88	0,45 - 18,44	0,26
No		82 (81,2)	3 (60,0)			
Mortinatos						
Si	2 (1,9)	2 (2,0)	0	-	-	-
No		99 (98,0)	5 (100,0)			
Macrosomía						
Si	2 (1,9)	2 (2,0)	0	-	-	-
No		99 (98,0)	5 (100,0)			
Diabetes M. en familia						
Si	41 (38,7)	41 (40,6)	0	-	-	-
No		60 (59,4)	5 (100,0)			
Características ingreso (n=106)						
Sobrepeso						
IMC 25-29	23 (21,7)	21 (20,8)	2 (40,0)	2,54	0,39 - 16,19	0,29
IMC < 25		80 (79,2)	3 (60,0)			
Obesidad						
IMC 30 y +	7 (6,6)	6 (5,9%)	1 (20,0)	3,96	0,38 - 41,15	0,29
IMC < 30		95 (94,1)	4 (80,0)			
Terminación del embarazo (n=106)						
Abortos						
Si	10 (9,4)	10 (9,9)	0	-	-	-
No		91 (90,1)	5 (100,0)			
Complicaciones maternas (n=86)						
Estados hipertensivos						
Si	7 (8,1)	6 (7,5)	1 (20,0)	3,12	0,30 - 32,56	0,35
No		75 (92,5)	4 (80,0)			
Preeclampsia						
Si	2 (2,3)	1 (1,2)	1 (20,0)	20,0	1,05 - 381,4	0,07
No		80 (98,8)	4 (80,0)			
Parto pre término						
Si	5 (5,8)	5 (5,8)	0	-	-	-
No		81 (94,1)				
Resultados neonato (n=86)						
Bajo Peso						
Si	4 (4,6)	4 (4,6)	0	-	-	-
No		82 (95,3)	0			
Macrosomía						
Si	2 (2,3)	2 (2,5)	0	-	-	-
No		79 (97,5)	5 (100,0)			

Tabla 3. Análisis Bivariado Sobre peso / Estados Hipertensivos.

Hipertensión	Si	No	Total
IMC $\geq$ 25	5	15	20
IMC < 25	2	64	66
Total	7	79	86

$\chi^2 = 9,908$ $p = 0,002$ OR= 10,667 IC: 1,884-60, 38

Tabla 4. Incidencia de cesárea y estado hipertensivo en obesas. N= 86.

Obesas	Incidencia de Cesárea	Incidencia de Estado Hipertensivo
Si	33% (2/6)	33% (2/6)
No	13,8% (11/80)	6,3% (5/80)

EXPERIENCIA DE LAS REDES DE APOYO FAMILIAR DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI

EXPERIENCE OF THE FAMILY NETWORK SUPPORT OF PATIENTS HOSPITALIZED IN UCI

David Julián Téllez León¹, Joan David Castaño Arbeláez², Adiel Henao Buritica²

Cómo citar este artículo: Téllez D, Castaño J, Henao A. Experiencia de las Redes de Apoyo Familiar de los Pacientes Hospitalizados en la UCI. Revista Hospitium. 2014;01: 23-31.

Recepción: 27/11/2014 **Aceptación:** 05/12/2014 **Publicación:** 29/12/2014

Resumen

Objetivos: Indagar las experiencias en las redes de apoyo de la unidad de cuidado intensivo (UCI) a través de las entrevistas a profundidad, para construir sentido, reconociendo las necesidades fundamentales en el proceso. **Metodología:** Se realizó un estudio de enfoque cualitativo tipología narrativa (interpretativo). Como instrumento de recolección de datos, se utilizó la entrevista a profundidad y se entrevistaron 5 integrantes de diferentes redes de apoyo familiar que acompañaban pacientes en la UCI de una IPS y cumplían con los criterios de inclusión contemplados en la investigación. El análisis de los datos se realizó en dos fases, una descriptiva y otra interpretativa. **Resultados y discusión:** Para las redes de apoyo familiar de UCI, la experiencia de apoyar a sus pacientes, les ha traído alteraciones en salud, exacerbadas por los sentimientos que genera la incertidumbre debido a la falta de información por una relación interpersonal, lenguaje y actitud inadecuada del equipo de salud de la UCI. El grado de apoyo percibido por los familiares, se da de acuerdo con la calidad de interrelación entre ellos y los profesionales de enfermería, su familia y los acompañantes de otros pacientes.

Abstract

Objective: To inquire about the experience of patient's family support team at the intensive care unit (ICU) by using through depth interviews to looking knowledge, recognizing the fundamental needs the process. **Methodology:** This is a qualitative study of narrative and interpretative. A depth interview was use as data collection instrument, we interviewed 5 members of different family support team that accompanied the patients at the ICU, and met the inclusion criteria. The data analysis was conducted in two phases, descriptive and interpretative. **Results and discussion:** For the family support team of ICU, the experience to support their patients, has brought changes in their own health, exacerbated by the feelings generated by the uncertainty doe to the misinformation based on an inadequate interpersonal relationship, language and attitude from the heath team of ICU. The degree of perceived support from family members, happens according only to the quality relationship between them and nurses, family and guests from other patients.

Palabras Clave: Familia, Cuidados Intensivos, Incertidumbre.

Key words: Family, Intensive Care, Uncertainty.

1. Egresados Programa de Enfermería, Universidad del Quindío, Programa de Enfermería, Colombia, Quindío, Armenia, enfermeriaug@uniquindio.edu.co.

2. Magister en Enfermería con Énfasis en Adulto y Anciano, Docente Universidad del Quindío, Programa de Enfermería, Colombia, Quindío, Armenia, enfermeriaug@uniquindio.edu.co.

Introducción

Existen muchos fenómenos en torno a la experiencia de apoyar o cuidar a un ser enfermo, estos pueden repercutir en la salud física y mental de los cuidadores o acompañantes, en las UCI, esta situación se intensifica debido a que la red de apoyo familiar tiene un contacto muy reducido con los pacientes y la información que tiene de ellos es muy escasa, esto puede generar dificultades para tomar decisiones, cuidarse mutuamente o solucionar problemas. Teniendo en cuenta que los problemas individuales de salud no se centran en el individuo o persona, sino que trascienden y afectan a la familia como grupo. El interés de esta investigación fue el de indagar la experiencia de las redes de apoyo familiar de los pacientes hospitalizados en UCI de la IPS en Armenia Quindío 2010, esta experiencia incluyendo la relación entre el equipo de salud y la red de apoyo, posibles alteraciones de salud debido a esta situación e identificar el apoyo que se está brindando a estas familias y las características de la atención de la UCI de una IPS para dar pie a que se mejore en un futuro el plan de atención y que este acoja a las redes de apoyo de sus pacientes contemplando sus necesidades.

Metodología

La investigación se planteó de carácter cualitativo, al dirigir la indagación hacia el reconocimiento de las conversaciones compartidas con las personas, la lógica de sus discursos, sus vivencias, sentimientos y valoraciones (1). Con el enfoque narrativo, se espera reivindicar el relato de las personas como fuente legítima en la construcción del conocimiento y facilitar entender el punto de vista de quienes producen y viven sus realidades (1), como aproximación a la realidad de lo que saben que sienten, piensan y como actúa la red de apoyo familiar de los pacientes en estado crítico de la UCI.

Participantes, se seleccionaron cinco integrantes de diferentes redes de apoyo familiar de pacientes

con un estado crítico de salud, que cumplieran con los criterios de inclusión de esta investigación y estuvieron presentes en la sala de espera de la UCI de la IPS de Armenia, en la segunda y tercera semana de Noviembre del 2010 para ser entrevistadas. Proporcionando información sobre su experiencia, siendo este objeto de análisis e interpretación de esta investigación.

Con base en el tipo de participación que se utilizó en esta investigación, intencional, requirió contar con criterios de inclusión como:

- Mayores de edad, que pertenecieran a la red de apoyo familiar.
- Que el paciente al que se encontraran apoyando la red, estuviese hospitalizado en la UCI.
- Que se estuvieran acompañando a estos pacientes en la segunda y tercer semana de noviembre del 2010.
- Los participantes podrían ser de cualquier nivel académico o no tener ninguno.
- Deberían estar dispuestos a colaborar con el proceso de investigación y sentirse en capacidad según su criterio de responder las preguntas: ya que se requiere de serenidad y disponibilidad para la realización de la entrevista.
- Se tuvieron en cuenta los grados de consanguinidad 1,2 y 3.
- Podrían participar amigos, compañeros de trabajo, vecinos, entre otros allegados.
- Participaría toda(o) acompañante con cualquier tipo de convivencia.

Además se tomaron por cada red de apoyo hasta dos miembros para realizarles la entrevista de forma individual.

Técnicas e instrumentos de recolección de información

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista en profundidad, con el objeto de establecer un ambiente de confianza y lograr que su desarrollo fuera el de un diálogo, para obtener información sobre las ideas, percepciones que poseen los integrantes de las redes de apoyo, de los pacientes en estado crítico de la UCI, con respecto a la experiencias de acompañar a su ser querido en esta situación; también se utilizó como instrumento una guía de la recolección de la información, con las preguntas.

Análisis de datos

La información obtenida por medio de las entrevistas a profundidad, fue transcrita en el programa Microsoft Word. Esta investigación se realizó en dos fases o etapas de análisis: la primera fue la descripción de la experiencia, en la cual se realizó la categorización de los resultados a través de un proceso deductivo.

En la segunda fase, se interpretaron los datos arrojados en la fase anterior alineándolos, dándoles significado y posteriormente se contrastaron con los antecedentes, que en este caso son internacionales. Los resultados de esta investigación fueron interpretados desde la profesión de enfermería, utilizando el marco de referencia y reconociendo las necesidades de la población en esta experiencia.

Resultados y discusión

Una vez transcritas las entrevistas, se conjugaron dos procedimientos de análisis: el intra y el intertextual. El primero de ellos se realizó a partir de una lectura detallada de cada una de ellas de una matriz de categorización, teniendo en cuenta la narrativa de los participantes y, de los integrantes de las familias, el significado explícito e implícito de las narraciones, lo que arrojó información novedosa sobre el tema hasta encontrar la saturación de la información. De otro lado, con el análisis intertextual se obtuvieron

comparaciones entre las narraciones a partir de un minucioso proceso de codificación. Lo que permite entonces, realizar la presentación de resultados a partir de cuatro puntos pregunta(s) de entrevista, narrativa de participante, interpretación, conclusión y sugerencia de cuidado. Desde las categorías deductivas: Perspectiva de salud de la red de apoyo, Papel de la espiritualidad en la red de apoyo, Fenómenos en proceso del duelo, Fenómenos en la red de apoyo al recibir fortaleza, Influencias del lenguaje del personal de salud y las Influencias del lenguaje del personal de salud.

Perspectiva de salud de la red de apoyo:

Pregunta

¿Cree usted que ha sufrido alguna alteración en su estado de salud desde el momento de hospitalización de su familiar? (O persona que apoya) ¿Por qué?

Narrativa

El estado de salud de las redes de apoyo según su propia perspectiva presenta alteraciones, principalmente del sueño, ya que en la mayoría de los entrevistados refirieron incomodidad para dormir en el hospital, mencionan frío y pérdida de sueño "me ha tocado que dormir acá y el hospital ha sido muy frío". Otra de las alteraciones mas mencionada por los entrevistados es la nutricional, al referirse pérdida de peso, adelgazamiento, falta de alimentación, anorexia "si me he adelgazado un poco" "sí lo afecta a uno en la salud por falta de alimentación" y "uno esquivo mucho de gastar plata en exceso". Algunas personas refirieron sentir diferentes dolores relacionados con el acompañamiento de sus seres queridos, tales como dolor de cabeza, estomacal, de seno y dolor generalizado "me ha tratado de doler el cuerpo, los pies", la mayoría de entrevistados refirieron también alteraciones psicológicas como depresión, incertidumbre, cambios en el estado de ánimo, nerviosismo, desorientación, desconcentración y estrés; que en ocasiones ha exacerbado patologías ya existentes como diabetes y colon irritable; "la depresión, la tristeza

a uno como que lo quiere invadir, la preocupación de uno no saber que va a pasar", "el estado de ánimo, los nervios, como que desubicada, está todo el tiempo pensando en estar aquí" y una persona expresa tener periodos de hipotensión, "a mí se me baja la presión".

Interpretación

Contrastando los autores con la información obtenida en las entrevistas, se encontró, que las redes de apoyo familiar de pacientes en UCI, sufren perturbaciones en la salud, en la medida que aumenta el tiempo de estancia. Se encuentran muchas alteraciones en el estado mental y algunas en el estado físico, que afectan homeostasis y alteran la correcta capacidad de funcionamiento "el estado de ánimo, los nervios, (como que desubicada, está todo el tiempo pensando en estar aquí)". Terris (2) lo confirma cuando asegura que la salud es "Un estado de bienestar físico, mental con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque". Se comprobó también que estas alteraciones han afectado el desempeño de la vida cotidiana en la mayoría de las redes de apoyo "Como que va a hacer uno algo pero, no se concentra, si como ida".

Conclusión

La mayoría de las redes de apoyo familiar de los pacientes críticos de la UCI de una IPS, según su perspectiva de salud, tienen alteraciones en la salud tanto físicas como psicológicas que afectan su funcionamiento y desempeño cotidiano.

Sugerencias de cuidado

El médico o el enfermero de turno de la UCI inspeccionen una vez por día, a las redes de apoyo que se encuentren en la sala de espera de UCI para indagar y realizar una anamnesis en la que pueda detectar posibles alteraciones de salud y remitirlos a un servicio en el que los puedan tratar. Gestionar con la oficina de atención al usuario,

damas rosadas y trabajo social, la posibilidad de brindar café caliente y aromático constantemente a las personas de la red de apoyo familiar de la UCI, especialmente en horas de la noche.

Papel de la espiritualidad en la red de apoyo

Pregunta

¿Ha buscado algún grado de paz o tranquilidad en la religión o en sus creencias?

¿Cree que la oración es una ayuda para lograr la recuperación del estado de salud del paciente?
¿Por qué?

¿Al orar siente que disminuye el grado de incertidumbre respecto a la salud de su paciente?

Respuesta

La espiritualidad y las creencias religiosas, están presentes en todas las redes de apoyo de las entrevistas, teniendo en cuenta que todos manifestaron su creencia en un Dios y su acercamiento en esta experiencia en la UCI, "yo he creído mucho en Dios" "tengo mucha fe". Al momento de indagar, por su relación con ese Dios, la mayoría refieren orar, como medio para hacer sus peticiones, "¡Ah! yo me pongo a orar y le pido a ¡Dios! Que lo pare de esa cama, que la situación se nos componga, que yo pueda regresar a mi trabajo que él pueda regresar a su trabajo" y expresan en general al momento de orar sentimientos como paz, tranquilidad, desahogo, descanso y satisfacción, "siento como un descanso", "como me desahogo" "salgo como liviana de allá, como si hubiera dejado un peso grandísimo allá", "¡satisfacción! me siento bien de encomendarle todo a Dios".

Interpretación

La espiritualidad y creencias religiosas, son evidentes en la mayoría de entrevistas, observándose este acercamiento como componente espiritual, que llevan a cabo mediante oraciones y reflexiones con Dios en la misma UCI.

Según Gómez (3), las creencias religiosas cumplen un papel importante en el proceso de salud-enfermedad de la red de apoyo y específicamente en su estado mental. De acuerdo con los hallazgos, estas personas están haciendo uso de sus creencias para mitigar sus preocupaciones y aliviar su carga emocional, mediante la oración y las visitas a la iglesia, estas conductas a su vez (según algunos entrevistados) son efectivas, aduciendo situaciones como: "salgo como liviana de allá, como si hubiera dejado un peso grandísimo allá", "¡satisfacción! me siento bien de encomendarle todo a Dios".

Podemos inferir de acuerdo con la teoría de Lewis Heitkemper D (4), que el papel principal que tiene la religión y sus creencias en este proceso, el cual es proporcionar esperanza y fortaleza a un individuo durante la enfermedad, se está llevando a cabo adecuadamente en las redes de apoyo de esta UCI.

Conclusión

La espiritualidad y las creencias religiosas están presentes en la mayoría de las redes de apoyo y cumplen un papel importante, ya que estas personas están haciendo uso de sus creencias para mitigar sus preocupaciones y aliviar su carga emocional, mediante la oración y las visitas a la iglesia, siendo según ellos efectivas ya que les proporciona fe y esperanza durante este proceso.

Sugerencias de cuidado

Gestionar las visitas del cura de la parroquia para que asista a la sala de espera de la UCI para que pueda tener contacto con las familias y los pacientes, pueda confesarlos y darles un apoyo espiritual para reforzar la fe y la esperanza.

Fenómenos en proceso del duelo

Pregunta

¿Cuál es su sentir cuando acompaña a un paciente en la UCI?

¿Cómo ha aceptado la situación por la que está cursando su paciente?

¿Está consciente del pronóstico de su paciente?

Respuestas

Durante las entrevistas se encontró, que los sentimientos de las redes de apoyo en la experiencia por la UCI son mal genio, desconcierto, rabia, desespero, impotencia, ahogo, depresión, confusión, nostalgia, miedo, angustia y la tristeza como la más sentida; "me da mucho desconcierto" "¡mal genio!", "rabia" "me da tristeza ver a mi esposo tirado en esa cama" "le da a uno un desespero", "mucho miedo, mucha angustia de verlo ahí".

La característica que se identificó en proceso de duelo, en estas personas, es que en general todas tienen buena aceptación, "estoy consciente que en este momento puede salir el doctor y decirme: su esposo falleció. Como me puede decir se alivió y se lo va a llevar, o lo vamos a trasladar al quinto piso".

En algunas redes de apoyo se encontró una actitud de negociación; "¡porqué mi papá, porqué tenía que haber sido él; tantos días ahí penando, yo no le veo mejoría, mi papá no se merecía, eso es como castigo, el no se merecía tanto sufrimiento ahí".

En general a pesar de la escasa información que se les brinda sobre la patología de los pacientes y su proceso, todos tienen una buena percepción de los pronósticos de cada uno de sus familiares acompañados; "yo no sé si se va a aliviar mañana, pasado, o cuantos meses, como lo dice el médico eso se demora"; "la verdad es una enfermedad si se va a recuperar o no se va a recuperar"; "¡sí! ¡Sí! Sé que más adelante va a poder trabajar, y va a poder ser la persona de antes, pero que se va a demorar... se va a demorar, pero sé que va salir adelante".

Interpretación

En las redes de apoyo entrevistadas, se encontraron muchos sentimientos que en general son sentidos por la mayoría de estas familias al momento de cursar en una situación de inducción al duelo, o en un proceso de duelo en proceso, entre los más comunes se encontró tristeza, angustia, miedo y depresión que son característicos en el proceso de duelo. Según las características de el duelo de cada una de estas redes de apoyo y contrastándolas con los autores, se puede inferir que la mayoría de redes de apoyo familiar que se encuentran en la UCI, en la segunda y tercera semana del mes de noviembre se encuentran en la etapa de reorganización del duelo, caracterizada por esa aceptación que se encontró implícita en cada uno de los entrevistados "estoy consciente que en este momento puede salir el doctor y decirme -"su esposo falleció-". Otras características que se encontraron en su proceso de duelo y que caracterizan esta etapa, son el reconocimiento del cambio y la planeación del futuro de acuerdo al pronóstico de cada paciente "¡sí! Sé que más adelante va a poder trabajar, y va a poder a ser la persona de antes... pero que se va a demorar... se va a demorar, pero sé que va salir adelante".

Conclusión

Las redes de apoyo de los pacientes de la UCI en su mayoría, están llevando un proceso de duelo, en el que demuestran una aceptación por la situación y un pronóstico claro y sensato de acuerdo con el estado de salud del paciente.

Sugerencias de cuidado

Los médicos del servicio, quienes son las personas encargadas de informar a los familiares sobre sus pacientes, deben dejar muy claro la situación de salud del paciente, enfocándose en mencionar cuales son las posibilidades de supervivencia y cuales son las posibles secuelas de la patología en el futuro, y se hace indispensable la concordancia entre un informante y otro para evitar confusiones.

Fenómenos en la red de apoyo al recibir fortaleza

Pregunta

¿Qué sensación le produce recibir apoyo moral por parte del personal de salud o de otras personas?

Respuestas

Los miembros de redes de apoyo que han sido entrevistados, refieren recibir apoyo emocional por parte de diferentes sujetos, entre los mas comunes, la demás redes de apoyo que se encuentran en la sala de espera y las mismas familias de cada uno de ellos "mi mamá, ella me ha dado apoyo muy grande" "toda mi familia" "la parte médica" "incluso aquí personas que uno no conoce se pone a hablar con la gente". Encontramos que muy pocas redes de familiares reciben apoyo emocional por parte del equipo de la salud de la UCI "hay médicos muy queridos, saben dar consejos saben apoyar".

Se hizo evidente en los entrevistados, la necesidad de recibir apoyo moral, en estas situaciones, "mejor que ganarse 500 mil o 1 millón pesos, es un apoyo moral, y sentimental, por parte de mi familia", este apoyo fue representado con frases como "me dicen: no para adelante que esto y aquello" "no... hay que lucharle, estamos luchando y estamos intentando que el muchacho salga bien", "me dicen que tenga fe". Tras estas frases los entrevistados refieren sentir tranquilidad principalmente y otras sensaciones como alivio y bienestar "cuando a mi me dicen eso me siento bien", "uno si, si se tranquiliza más", "es un alivio para uno", "eso me tranquiliza un poco".

Interpretación

Según los resultados de las entrevistas a las redes de apoyo familiar de pacientes en UCI, podemos decir que los familiares de los entrevistados y las demás redes de apoyo de otros pacientes son la principal fuente de fortaleza y apoyo moral que tiene estas personas como lo afirma Díaz A.(6), en esta experiencia es evidente la necesidad de

apoyo social que en este caso se da; los mismos entrevistados refieren la tranquilidad y el bienestar que sienten al recibir frases como "no... hay que lucharle, estamos luchando y estamos intentando que el muchacho salga bien", pero también se encontró que es muy escasa la fortaleza y el apoyo recibido por parte del personal de salud. "hay médicos que uno les pregunta y ellos no les gustan".

Conclusión

Las redes de apoyo familiar de los pacientes de UCI en su mayoría, sienten la necesidad de recibir apoyo moral, emocional y fortaleza social para el manejo adecuado de su situación estresante y expresan como herramienta fundamental una adecuada relación interpersonal con el equipo de salud.

La mayoría de las redes de apoyo describen a sus familias y los acompañantes de otros pacientes de la UCI como la principal fuente de fortaleza y apoyo.

Sugerencias de cuidado

El equipo de salud de la UCI debe entablar una relación interpersonal adecuada con las familias de los pacientes, en la cual se inculque fe y esperanza.

Influencias del lenguaje del personal de salud

Pregunta

¿Cómo es el lenguaje que utiliza el personal médico o de enfermeras cuando se comunican con usted?

¿Usted cree que el lenguaje del equipo de salud para con usted debe ser de otra manera? ¿Cómo?

Respuestas

El lenguaje del personal de salud usado al momento de referirse a las redes de apoyo sobre

los pacientes de UCI, según su propia percepción, solo en una entrevista fue descrito como bueno, mencionando que es sincero, sensato y honesto y demostró su agrado a estas características, "Lo que he preguntado me han respondido con sinceridad, que es lo más sensato"; "sí, han sido muy honestos". La mayoría de la población estudiada coincide en que la información es muy escasa y en coacciones es difícil el acceso al personal de salud, ya que no demuestran disposición para solucionar inquietudes, "hay médicos que uno les pregunta y ellos no les gusta," "ellos piensan que por que ellos saben, pues puede ser muy simple pero uno no sabe". También refieren que los profesionales de salud se expresan con un lenguaje algunas veces incomprensible, ya que utilizan palabras técnicas y en ocasiones palabras despectivas que hieren sus sentimientos; "en muchas ocasiones ellos se le esconden a uno"; "no, hay estamos luchando contra la pelona, que significa, que están luchando contra la muerte"; "una resonancia magnética yo decía ¿qué es una resonancia magnética?, doctor yo necesito que me explique, ataúd u baulito, y que van a ver unos rayos y que yo no sé que, ¡igual!, no entendí ni papa"; "en cualquier momento puede fallecer o esperar a que él se estabilice", "pues ya se le digo y como en la manera en que le contestan, a veces", "el médico dijo ¿qué es lo que no entienden?, pero con una actitud como muy, si me entiende". Ante estas inconformidades con el lenguaje utilizado por el personal de salud, sugieren: "yo quisiera que fueran claros", "que se pongan de acuerdo y cuando le den a uno explicaciones se las expliquen bien; que no lo dejen a uno más bruto de lo que uno es" ya que en ocasiones los médicos dan información discordante sobre el estado de salud del paciente y solicitan: "y si uno pregunta... tratar de explicarle sobre todo con los términos pues, más de uno, no... ¿qué es eso?, porque la verdad, a veces utilizan unos términos que... si ... uno a veces quiere que le expliquen bien".

Interpretación

Según la información recopilada en las entrevistas, el lenguaje que se está utilizando con las redes

de apoyo familiar es inadecuado, ya que según autores como García (6), el lenguaje que se debe usar con los pacientes y familiares debe ser comprensible para ellos y en este caso la mayoría de entrevistados refirieron que el lenguaje que estos usan, muchas veces es incomprensible, "una resonancia magnética yo decía ¿qué es una resonancia magnética?, doctor yo necesito que me explique, ¿ataúd u baulito?, y que van a ver?... unos rayos y que yo no sé que, ¡igual!, no entendí ni papa".

El autor también indica que la relación de diálogo con los familiares de los pacientes debe estar encaminada a informar sobre el estado de salud de sus seres queridos y en ocasiones no se da de esta manera: "hay médicos que uno les pregunta y ellos no les gusta," "ellos piensan que porque ellos saben, pues puede ser muy simple pero uno no sabe". Los entrevistados refieren que el lenguaje que utilizan los médicos es displicente y su actitud es inadecuada; "en muchas ocasiones ellos se le esconden a uno", "pues ya se le dijo y como en la manera en que le contestan, a veces," "el médico dijo ¿qué es lo que no entienden?, pero con una actitud como muy, si me entiende". Según el autor, esta la relación debería dar pie a que los familiares de los pacientes expresen libremente sus preocupaciones y sentimientos y exista la disposición por parte del personal de salud para animarlos.

Conclusión

El lenguaje que se está utilizando por el equipo de salud y en especial por los médicos que son los principales informantes del estado de salud del paciente, según la mayoría de las redes de apoyo de la UCI, es inadecuado, ya que muchas veces es incomprensible para ellos y en ocasiones es difícil entablar una conversación al tener estos, una actitud displicente en la que no muestran disposición para brindar información.

Sugerencias de cuidado

El lenguaje que debe utilizar el personal de salud con las redes de apoyo de los pacientes de la UCI debe ser coherente, sincero y comprensible

utilizando palabras coloquiales y su actitud debe ser cordial y asequible.

Teorización

Estar en una situación que roba el aire, oprime al corazón y hace doler el alma, como lo describen algunos de los entrevistados, es para muchos una experiencia que no quisieran nombrar ni sentir, incluyendo a las personas encargadas de la atención de los dolientes en la UCI. Dentro de estos encargados, está la enfermera que es responsable de brindar cuidado, el cual no es tomado a la ligera, debido a que este es para la enfermería como lo fue el óleo para el pintor Van Gogh. Es el arte, la vocación hecha palabra y justificando la existencia de la profesión de enfermería.

Nos parece engorroso meternos en el sufrimiento de otro ser y dejando en evidencia que algunos de los profesionales de enfermería en la UCI centramos por completo nuestra atención a la dimensión biológica del paciente dejando a un lado su red de apoyo, que también está inmersa en este proceso de enfermedad y necesita atención.

Declaración conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene conflictos de intereses a declarar.

Referencias bibliográficas

1. Puyana Villamizar, Y., Micolita León, A., & Palacio, M. C. (2013). Familias colombianas y migración internacional: entre la distancia y la proximidad. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas.
2. Terris M. La revolución Epidemiológica y la medicina social. 2° Ed. Editorial Siglo XXI: México, D.F. 1982. <http://www.cepis.org.pe/cursoepi/e/lecturas/mod1/articulo5.pdf>. Tomado el 27 de noviembre del 2010.
3. Gómez E. 2008. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. Persona y bioética. Vol. 12, Núm. 31, Universidad de la Sabana. Julio-diciembre, 2008, pp.145-157.. Colombia.
4. Lewis Heitkemper D. Enfermería Médico Quirúrgica volumen I, sesión I, editorial Elsevier 2004, extraído el 03 de diciembre del 2010. <http://books.google.com.co/books?id=yfCNxkTESzMC&pg=PA22&lpg=PA22&dq=papel+de+las+cre>

encias+religiosas+en+las+redes+de+apoyo&source=bl&ots=X2MvtSxwRI&sig=eu3WAqrqhMDWjpO6FTExSYFKvgA&hl=es&ei=bDb5TNaTHoL48Ab42MzeCQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBkQ6AEwAA#.

5. Díaz A. "Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos" 2001. Tomado el 11 de septiembre de 2010 http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Originales_Imagenes/Original10.pdf.

6. García A. (2002). Aproximación al sufrimiento, la mente y el duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencias y cuidados críticos. Webpages.ull.es/users/almigar/conferencia.

Barrientos J. Experiencias de vida. Tomado el 07 de octubre de 2010 http://books.google.com.co/books?id=6hGNPeMYQJEC&printsec=frontcover&dq=experiencias+de+vida&hl=es&ei=S8utTLMjloL68AaYjP3ABA&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=2&ved=0CC0Q6wEwAQ#v=onepage&q&f=false.

Blasco Hernández T., Otero García L., Nure Investigación, nº 33, Marzo - Abril 2008 Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista

(I). http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formet_332622008133517.pdf
Bravo Mariño M. ¿Qué es la tanatología?, Revista Digital Universitaria 10 de agosto 2006 • Volumen 7 Número 8 • ISSN: 1067-6079, www.tanatologia.entomomedico.net.

Concha Z. lallemand.2004. Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. Revista nure investigación. Tomado el 19 mayo 2010 http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original3.pdf

Concha Z. lallemand. 2002. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. Revista el Seovies Doyma. Tomado el 19 mayo de 2010 [http://www.elsevier.es/ficheros/eop/S1130-2399\(09\)00005-4.pdf](http://www.elsevier.es/ficheros/eop/S1130-2399(09)00005-4.pdf)

Defaci A., Lúquez G. Módulo 1. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO. Parte 1 El concepto de salud. Evolución histórica. Aceptaciones actuales. Tomado el 28 de noviembre de 2010 <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:WTSumNzCaU8J:salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1>.

LEISHMANIASIS FACIAL: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

FACIAL LEISHMANIASIS: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Gregorio Sánchez Vallejo¹, Nicolás Torres², María Camila Zubieta³

Cómo citar este artículo: Sánchez G, Torres N, Zubieta M. Leishmaniasis Facial: Reporte de Caso y Revisión de Literatura. Revista Hospitium. 2014;01: 32-38.

Recepción: 28/10/2014 Aceptación: 20/11/2014 Publicación: 29/12/2014

Resumen

La Leishmaniasis corresponde a una zoonosis causada por el resultado de la infección de un protozoo flagelado el cual es transmitido a través de un vector biológico. Es además una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial con secuelas graves a diferentes niveles de la economía corporal. Se describe un caso de un paciente de 34 años el cual adquiere la infección, explicando cómo se presentó su curso evolutivo y de resolución con base en el tratamiento instaurado. Por último, se realiza una revisión de la enfermedad destacando las manifestaciones clínicas y el enfoque de manejo con miras a la prevención, obteniendo la información a través de la búsqueda sistemática en bases de datos indexadas.

Abstract

Leishmaniasis corresponds to a zoonosis caused by the result of infection with a flagellated protozoan which is transmitted through a biological vector. It is also a highly prevalent disease in worldwide with serious consequences at different levels of body economy. We described a case in a patient 34 years which acquires the infection, explaining how their evolutionary course and resolution was presented based on the established treatment. Finally a review of the disease involves highlighting the clinical manifestations and management approach towards prevention.

Palabras clave: Leishmaniasis, leishmania, zoonosis, infección tropical, enfermedades tropicales, kala-azar.

Key words: Leishmaniasis, leishmania, zoonoses, tropical infections, tropical diseases, kala-azar.

Introducción

La Leishmaniasis en una zoonosis muy frecuente en el trópico y Colombia, hace parte de los países con una alta prevalencia de la enfermedad. Es una entidad causada por un protozoo flagelado

del género *Leishmania*, la cual es transmitida al humano a través de la picadura de moscas hembra de los géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia*. (1) (2).

1 Médico especialista en Medicina Interna. Integrante Grupo de investigación Gestión Hospitalaria. Coordinador Departamento de Medicina Interna Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios. Coordinador de área de Medicina interna Universidad del Quindío. gregorio.sanchez@cardiomtecequin.org sangreg@une.net.co

2 Médico Interno. Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios.

3 Médica Interna. Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios.

Según Carrillo et al, se ha reportado una incidencia anual aproximada de 12.000 casos por año en Colombia, además reconoce un incremento significativo de casos en las últimas décadas.

Es una enfermedad endémica en 98 países y hay más de 350 millones de personas en riesgo. Tiene una incidencia estimada de 2 millones de casos nuevos al año (3) (4) (5) (6). En la actualidad se considera que esta patología hace parte de las enfermedades emergentes y sin control. (7)

La enfermedad tuvo un cambio en la población que afecta desde que aparecieron la infección por VIH, la inmunodepresión debida a trasplantes y quimioterapia, llevando a que aproximadamente la mitad de los casos registrados en Europa corresponden a adultos. En las zonas endémicas de India y África Oriental la mayor incidencia corresponde a los niños y los adultos jóvenes. (2)

El ser humano está implicado directamente como principal huésped reservorio en dos formas de la enfermedad: la leishmaniasis visceral por *L. Donovan* y la Leishmaniasis cutánea por *L. trópica* en el viejo mundo y *L. brasiliensis* en el nuevo mundo. (2)

Metodología

Se realizó un análisis exhaustivo de la historia clínica del paciente incluyendo los reportes de paraclínicos. Posteriormente, se efectúa la búsqueda en bases de datos (PubMed y Science Direct) con los términos: Leishmaniasis cutánea, Cutaneous Leishmaniasis, Leishmaniasis Treatment, Facial Leishmaniasis. Se seleccionaron los artículos encontrados más pertinentes para realizar la revisión temática. Además, nos apoyamos en las guías colombianas sobre el tema y los reportes emitidos por la OMS de los últimos 3 años.

Resultados

Los artículos encontrados se decantan en orden, teniendo como prioridad que el contenido sea pertinente para la revisión de tema, además se limita la búsqueda a artículos desde el 2.000,

posteriormente se escogen 12 artículos para enmarcar las referencias bibliográficas.

Caso Clínico

Paciente con 34 años de edad, quien desempeña labores en campo abierto bajo los 2.500 m.s.n.m. en actividades relacionadas con la agricultura. Consulta al hospital del municipio de Quimbaya (Quindío, Colombia) por cuadro de 2 meses de evolución consistente en úlcera supurativa en labio superior con crecimiento progresivo. En el centro hospitalario donde se realiza la atención inicial, se realiza manejo antibiótico de forma ambulatoria e intrahospitalaria sin mejoría de la sintomatología, por lo cual en la tercera consulta se realiza impresión diagnóstica de leishmaniasis cutánea. Con base en el antecedente epidemiológico de desplazamiento a área de endemia de la enfermedad (Florencia, Caquetá en febrero de 2014), se realizan pruebas diagnósticas con objeto de confirmar otras etiologías, estas dan un resultado negativo, por lo cual es remitido a otra institución para manejo especializado.

Al momento de ingreso al servicio de Medicina Interna de la institución, se destaca al examen físico un paciente con una ulceración en labio superior derecho, de aproximadamente 8 cm de diámetro de bordes definidos, con presencia de tejido de granulación, eritematosa, dolorosa e hipertérmica al tacto que se extiende hasta comprometer parte de la piel sobre el cigoma y mucosa nasal.

Se realiza hemograma con recuento leucocitario, el cual reporta una proporción de leucocitos adecuada con predominio de neutrófilos y abundantes monocitos con un recuento plaquetario normal. La proteína C reactiva, se encuentra en un rango no determinante de infección con unas pruebas renales dentro de la normalidad. Se tamizan enfermedades de transmisión sexual por medio de VDRL para Sífilis y Elisa VIH los cuales son negativos.

En vista de los hallazgos a nivel clínico y de ayudas diagnósticas se procede a interconsultar al servicio de dermatología quienes apoyan la

impresión diagnóstica de leishmaniasis y solicitan biopsia de piel.

El estudio histopatológico, reporta una inflamación granulomatosa con abscedación epidérmica y ulceración, que sugiere leishmaniasis pero no se encontraron microorganismos en la muestra que nos aseguren dicho diagnóstico.

De forma empírica, se inicia tratamiento con Antimoniato de Meglumina durante 21 días, sin presentar reacciones adversas. El paciente a medida que transcurren los días de tratamiento percibe y muestra mejoría clínica. Durante el tratamiento cursó cuadro de deposiciones diarreicas para lo cual se solicitó coproscópico

que reporto presencia de blastoconidias y se instaura manejo con fluconazol. Posteriormente a los 18 días de manejo, el paciente presenta cuadro respiratorio consistente en disnea y tos por lo cual se solicitó un hemograma de control el cual se encontraba dentro de los límites normales, asociado un perfil hepático y renal levemente alterado y una radiografía de tórax de características normales, por lo cual se consideró que los síntomas asociados forman parte de los efectos secundarios del manejo anti-leishmaniasis instaurado. En las imágenes 1, 2 y 3 se pueden apreciar la evolución de la lesión en mención. Se da manejo ambulatorio y regresa solo en una ocasión con remisión completa de la lesión.

Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3



Revisión de la literatura

Se encontraron, posterior a la primera selección de artículos, un total de 38 artículos pertinentes, de los cuales se extrae información de 12 de ellos.

La leishmaniasis se define como una zoonosis que pueden afectar la piel, las mucosas o las vísceras, resultado del parasitismo de los macrófagos por un protozoo flagelado del género *Leishmania*, introducido al organismo por la picadura de un insecto flebotómico. (1) (2) (3) (4)

Tipos y epidemiología

Cutánea: Aproximadamente un 95% de los casos de leishmaniasis cutánea se producen en las

Américas, la cuenca del Mediterráneo, Oriente Medio y Asia Central. [A]

Puede presentarse con lesiones cerradas como pápulas, nódulos y placas que tienden a ser de aspecto verrugoso hasta las formas ulceradas. La presentación más común en nuestro país es una úlcera indolora con compromiso linfático y adenopatía regional. (1) (2) (8)

Cada año ocurren 0,6 y 1,2 millones de casos nuevos. (3) (4)

Mucosa: Brasil, Bolivia y el Perú tienen el 90% de los casos en este subtipo. [A]

Los síntomas iniciales son generales con presentación frecuente de hiperemia nasal,

modulaciones, rinorrea y posterior ulceración. La mucosa nasal corresponde al sitio mayormente afectado. (1)

Visceral (Kala-azar): En Colombia, durante la década de 1990 se notificaron en promedio 6.500 casos nuevos de leishmaniasis; en la década del 2000 se han notificado en promedio 14.000 casos, lo cual evidencia un incremento inusitado de los casos durante los últimos años. Es una patología endémica en casi todo el territorio, excepto en San Andrés Islas, Atlántico y Bogotá D.C. Es altamente endémica en el subcontinente indio y África oriental.

Cada año se producen en el mundo entre 200 000 y 400 000 nuevos casos de leishmaniasis visceral. [A] Se caracteriza por fiebre, esplenomegalia y/o hepatomegalia, poliadenopatías, anemia, leucopenia, trombocitopenia y debilidad progresiva. (1) (6)

Fisiopatología

El vector genera una inoculación de promastigotes a nivel dérmico, los cuales se adhieren a receptores de la superficie de los macrófagos de la piel y son fagocitados formándose un fagosoma. En ese momento, los promastigotes evolucionan a amastigotes. Posteriormente, los lisosomas se unen al fagosoma para tratar de destruirlo, pero los amastigotes resisten la injuria y producen lisis del macrófago. Por último, los amastigotes invaden a macrófagos circundantes y se distribuyen por vía linfática y hematológica hasta llegar al sitio de afección. [B]

Respuesta inmune

El trauma ocasionado por la picadura del vector, induce la migración de macrófagos y linfocitos, hacia el sitio del trauma con el fin de reorganizar el tejido dañado e iniciar el proceso de cicatrización. Las células de Langerhans y los queratinocitos, participan en el proceso inflamatorio al expresar moléculas del Complejo Mayor de Histocompatibilidad Clase II y moléculas de adhesión que son necesarias para la migración y retención de las células inflamatorias. (8) (9)

Existe una fuerte respuesta mediada por células T para las formas cutánea y mucosa de la enfermedad y ausencia de ella en las formas cutánea difusa y visceral. (8) (9)

Los macrófagos tisulares activados secretan abundantes citoquinas, incluyendo el Factor de Necrosis Tumoral alfa, las interleuquinas IL-1, IL-6 e IL-12, al igual que proteínas C3 del Complemento. El TNF α y la IL-1 actúan como pirógenos endógenos y activan el endotelio vascular permitiendo la extravasación de leucocitos y la subsecuente migración de estas células hacia el endotelio. La IL-6 participa en la respuesta de fase aguda y en el desarrollo de una respuesta inmune específica mediada por células β , mientras que la IL-12 constituye un potente activador de células asesinas naturales y estimula la diferenciación de las células T ayudadoras a células Th1. (8) (9)

Características clínicas

La úlcera típica es redondeada, de bordes elevados, eritematosos, acordonados, con centro granulomatoso limpio y base infiltrada. Regularmente, son indoloras y de crecimiento lento. (1) (4) (7)

Mucosa

Corresponde a una forma de leishmaniasis que es resultado de la diseminación a nivel del sistema linfático y sanguíneo del parásito y se presenta de manera simultánea, con las lesiones mucosas y de piel las cuales pueden aparecer hasta 3 años post-infección. (1)

Principalmente compromete las mucosas de las vías áreas superiores, nariz, faringe, boca, laringe y tráquea. De 3 a 5% de los pacientes con leishmania cutánea pueden desarrollar lesiones mucosas, siendo el sitio más frecuente la mucosa nasal.

Las lesiones se acompañan de sensación de congestión, obstrucción y prurito nasal, epistaxis, rinorrea serohemática, salida de costras; puede comprometer otras mucosas faringe, laringe, paladar y labios.

Visceral

Se caracteriza por fiebre, esplenomegalia y/o hepatomegalia, poliadenopatías, anemia, leucopenia, trombocitopenia y debilidad progresiva. Sin tratamiento se considera mortal, causa reacciones inflamatorias de tipo granulomatoso a nivel intrahepático y esplénico e incluso de medula ósea alterando la estructura morfológica del órgano. (1) (6)

Diagnóstico de leishmaniasis cutánea

Parasitológico

Corresponde al estudio más utilizado para el diagnóstico de leishmaniasis. La sensibilidad es muy variable, dependiendo de la localización geográfica, la especie y el estadio de la lesión. Deben realizarse múltiples pruebas para descartar

la lesión. (1) (2) (3). La obtención de la muestra puede hacerse a través de raspado.

Inmunológico

Es poco sensible y su especificidad es muy variable, no se considera de elección, razón por la cual no se comentan en el presente artículo. (1)

Pruebas Serológicas

Las pruebas serológicas de IFI, ELISA o inmunoelectrotransferencia, han demostrado un grado elevado de exactitud al realizar el diagnóstico, pero los equipos necesarios para realizarlas aún no son del todo disponibles. No permite hacer diagnóstico de recidivas. Aparte puede presentar falsos positivos en zonas endémicas, en personas que han cursado con infección asintomática. (1)

Ver tabla 3 para complementar información sobre la especificidad de cada prueba.

Tabla 3. Resultados de los test usados para el diagnóstico de leishmaniasis cutánea

Método	Porcentaje de especificidad
Test serológico	42%
Cultivo	57%
Test inmunohistoquímico	66%
PCR	100%

Tomado y modificado de Oliveira CI, Báfica A, Oliveira F, Favali CB, Correa T, Freitas LA, Nascimento E, Costa JM, Barral A. Clinical utility of polymerase chain reaction-based detection of Leishmania in the diagnosis of American cutaneous leishmaniasis. Clin Infect Dis. 2003 Dec 1; 37(11):e149-53

Tratamiento

Ver tablas 1 y 2.

Reacciones adversas al tratamiento farmacológico

Las reacciones adversas más comunes incluyen: dolor en el sitio de aplicación intramuscular, vómito, náuseas, elevación de transaminasas, mialgias, artralgias, fatiga, nefrotoxicidad, cefalea y, en menor frecuencia, reacciones de hipersensibilidad, pancreatitis y arritmias ventriculares. (1)

Son frecuentes las alteraciones electrocardiográficas, en algunas series de pacientes la inversión o aplanamiento de la onda T y elevación del segmento ST se ha reportado entre 4 y 56%, el alargamiento del QT y la presencia de arritmias supra ventriculares y ventriculares se ha encontrado hasta en 5%. Están contraindicados en el embarazo y no deben ser usados en pacientes con problemas cardíacos, hepáticos, renales o pancreáticos. (1)

Tabla 1

Autor	Objetivo del estudio	Porcentaje de curación
Momeni et al. 1996	Itraconazol oral 7mg/kg/día por 3 semanas	95%
López et al. 2012	Termoterapia sesión única	68%
López-Jaramillo et al. 2010	Antimoniato de Meglumina 20 mg/kg/día por 20 días IM	94.8%
Soto et al. 1995	Paramomicina tópica + Antimoniato de Meglumina 20 mg/kg/día por 7 días IM	90%

Tomado y modificado de Monge-Maillo Begoña, López Vélez Rogelio. «Therapeutic options for old world cutaneous leishmaniasis and new world cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis» Drugs, 2013; 1889-1920.

Tabla 2. Medicamentos usados en el tratamiento de Leishmaniasis

Estibogluconato de sodio o Antimoniato de meglumina (20mg/kg/día) por 20 días	1A
Sulfato de paramomicina al 15% más Metilbenzetonio al 12% por 20-30 días	1B
Ketoconazol oral 600 mg/día por 4 semanas	1B
Azitromicina 500 mg al día por 20 días	ID

Tomado y modificado de Monge-Maillo Begoña, López Vélez Rogelio. «Therapeutic options for old world cutaneous leishmaniasis and new world cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis. » Drugs, 2013; 1889-1920.

Prevención

Existen múltiples publicaciones que hablan acerca de ensayos clínicos controlados, evaluando la eficacia de vacunas contra la leishmaniasis. Además, se han considerado 3 subgrupos posibles de intervención enfocados a control de vectores, control de reservorios animales y del humano como reservorio. (3)

Discusión

De acuerdo a la revisión realizada y la presentación de un caso en la cual la enfermedad compromete un área especial corporal, que realmente corresponde a una de las de mayor incidencia en nuestro medio, es importante tomar en cuenta que al instaurar la terapéutica indicada muchos pacientes pueden cursar con reacciones adversas

que pueden hacer pensar en co-infección, pero en primera instancia es determinante descartar que no corresponda a un efecto farmacológico indeseable, el cual de ser muy agudo llevaría a cambio en la medicación ordenada.

El conocimiento de esta entidad le permite a los médicos de todos los niveles de atención, elevar el índice de sospecha para enfermedades tropicales y como ya dijimos re-emergentes.

Esto impactará de forma positiva el desenlace clínico de los pacientes al abordar de forma temprana la terapéutica necesaria para cumplir criterios de curación y prevenir secuelas a causa de la patología en cuestión.

La clínica en este tipo de enfermedades tiene un papel preponderante al momento de realizar el diagnóstico, por cómo se mostró en ningún

momento se tuvo una confirmación diagnóstica fiable para emprender el manejo curativo. En este tipo de situaciones además es donde verdaderamente se mide la capacidad analítica del profesional que brinda atención a estos pacientes.

Cabe recalcar la influencia de las campañas de salud pública en torno a la prevención de la leishmaniasis, como estas pueden impactar de forma positiva el desenlace de los pacientes con diagnósticos precoces y así mismo menores complicaciones que disminuirán el costo de estas enfermedades.

Conclusiones

Se debe hacer más énfasis en la detección temprana de este tipo de alteraciones para evitar futuras complicaciones que hacen de la entidad un problema de mayor dificultad de atención, con un consumo más elevado de recursos económicos, que tienda a la recuperación funcional y estética de los pacientes asociado a la rehabilitación integral necesaria para recobrar las funciones de los órganos así comprometidos.

Declaración de privacidad

El paciente autorizo a los investigadores para dar uso a su fotografía en la realización de este artículo.

Declaración conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene conflictos de intereses a declarar.

Agradecimientos

Servicio medicina interna Hospital Departamental Universitario de Quindío San Juan de Dios por su colaboración.

Referencias Bibliográficas

1. Guía de atención de la Leishmaniasis. Ministerio de la Protección Social. 2009. <http://www.acin.org/acin/new/Portals/0/Templates/Guia%20Leishmania.pdf> Consultada el 10 de octubre de 2014.

2. Control de la Leishmaniasis. Comité de expertos OMS. 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82766/1/WHO_TRS_949_spa.pdf Consultada el 10 de septiembre de 2014.

3. Ashford, Richard W, Bern Caryn, et al. Control de la leishmaniasis. 21 de 9 de 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82766/1/WHO_TRS_949_spa.pdf (último acceso: 25 de Abril de 2014).

4. Villamil Wilmer, Sánchez Polania Boris. Guía para la atención clínica integral del paciente con leishmaniasis. - de - de 2010. <http://www.ins.gov.co/temas-de-interes/Leishmaniasis%20viceral/02%20Clínica%20Leishmaniasis.pdf> (último acceso: 19 de Abril de 2014).

5. Alvar J, Vélez ID, Bern C, Herrero M, Desjeux P, et al. (2012) Leishmaniasis Worldwide and Global Estimates of Its Incidence. PLoS ONE 7(5)

6. Christine M. Choi, Ethan A. Lerner. «Leishmaniasis as an Emerging Infection» Nature, 2001: 175-182.

7. Johannes A. Blum, Christoph F. Hatz. «Treatment of Cutaneous Leishmaniasis in Travelers 2009» J Travel Med, 2009: 123-131.

8. Reveiz L, Maia-Elkhoury AN, Nicholls RS, Romero GA, Yadon ZE. Interventions for American cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis: a systematic review update. PLoS One. 2013 Apr. 29;8(4)

9. Trujillo Claudia M, Patiño Pablo. «Respuesta inmune de células T en leishmaniosis cutánea.» IATREIA, 1998: 60-65.

10. Agudelo Sonia del Pilar, Robledo Sara M. «Respuesta inmune en infecciones por leishmania, revisión de tema» IATREIA, 2000: 167-178.

11. Monge-Maillo Begoña, Lopez Velez Rogelio. «Therapeutic options for old world cutaneous leishmaniasis and new world cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis» Drugs, 2013: 1889-1920.

12. Oliveira CI, Báfica A, Oliveira F, Favali CB, Correa T, Freitas LA, Nascimento E, Costa JM, Barral A. Clinical utility of polymerase chain reaction-based detection of Leishmania in the diagnosis of American cutaneous leishmaniasis. Clin Infect Dis. 2003 Dec 1;37(11):e149-53

Páginas web

A. OMS. Leishmaniasis. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/> (accessed 19 de mayo de 2014)

B. <http://www.cdc.gov/parasites/leishmaniasis/biology.html> Consultada el 25 de noviembre de 2014.

UN CASO DE BLASTOCISTOSIS RESISTENTE A METRONIDAZOL EN COLOMBIA

A CASE OF METRONIDAZOLE-RESISTANT BLASTOCYSTOSIS IN COLOMBIA

Jorge Enrique Gómez Marín¹

Cómo citar este artículo: Gómez J. Un Caso de Blastocistosis Resistente a Metronidazol en Colombia. Revista Hospitium. 2014;01: 39-42.

Recepción: 24/10/2014 Aceptación: 05/12/2014 Publicación: 29/12/2014

Resumen

Se presenta un caso de blastocistosis caracterizado por presencia de diarrea y distensión abdominal, similar a un cuadro de colon irritable. La paciente se trató inicialmente con Metronidazol en dosis usuales, sin presentar mejoría clínica y con persistencia de *Blastocystis* en el examen coprológico y en los controles posteriores. Se cambió medicación a Nitoxozanida presentando mejoría clínica y desaparición de los parásitos en sus controles coprológicos. Este es el primer caso de blastocistosis resistente a Metronidazol reportado en Colombia.

Abstract

We report a case of blastocystosis with manifestations of diarrhea and abdominal distension, similar to an irritable bowel syndrome. The patient was treated initially with metronidazole at usual doses, however clinical symptoms and the presence of parasites persisted in stools. Nitaxozanide treatment was initiated leading to an improvement in symptoms and disappearance of the parasite in stool samples. This is the first case of metronidazole-resistant blastocystosis in Colombia.

Palabras clave: Blastocystis, Metronidazol, Nitaxozanida, colon irritable.

Key words: Blastocystis, Metronidazole, Nitaxozanide, irritable bowel syndrome.

Introducción

Blastocystis hominis, es el parásito intestinal más frecuente en la actualidad (1). En Colombia y particularmente en el Quindío, se ha encontrado que tiene prevalencias en la población infantil entre 36 y 57% (2) (3) (4). Aunque se había considerado un comensal, se ha logrado establecer su asociación con manifestaciones similares a colon irritable (5) y síntomas alérgicos como rinitis (2) y urticaria (6). Recientemente pudimos observar un caso típico de blastocistosis intestinal con síntomas similares a colon irritable

que no respondió al tratamiento con Metronidazol, aquí reportamos este caso y el manejo que permitió la mejoría de la paciente.

Descripción del caso

Paciente de 57 años, sexo femenino, quien consultó por diarrea leve (dos a tres deposiciones blandas en el día), de dos semanas de evolución, acompañada de distensión y dolor abdominal moderado, sin otros antecedentes de importancia. Se realizó estudio coprológico seriado en el cual se reportó presencia de blastocystis (+) sin

1 Integrante Grupo de Investigación en Población Infantil (IPI) del Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios

2 Grupo de Estudio en Parasitología Molecular (GEPAMOL). Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad del Quindío. Centro de Investigaciones Biomédicas, Armenia (Quindío), Colombia, gepamol2@uniquindio.edu.co

encontrarse otros parásitos. Se inició tratamiento ambulatorio con metronidazol oral a la dosis de 500 mg cada 8 horas durante 8 días. Se continuo con control al finalizar el tratamiento, en el cual la paciente manifestó que los síntomas continuaban y en el coprológico se reportaron quistes (++) de blastocystis (figuras 1).

Figura 1. Microscopia óptica que muestra quiste de *Blastocystis* spp. En solución de lugol (objetivo de 40x)..edu.co



Tabla 1. Evolución de los resultados del coprológico y tipo de tratamiento

Fecha	<i>Blastocystis</i> *	Leucocitos	Prueba de Kato Katz (otros helmintos o protozoos)	Tratamiento
13/05/2014	+	2-3 x campo	Negativa	Ninguno
14/05/2014	+	Negativo	Negativa	Metronidazol
3/06/2014	++	Negativo	Negativa	Metronidazol
5/06/2014	++	Negativo	Negativa	Metronidazol
15/06/2014	++	Negativo	Negativa	Metronidazol
16/06/2014	++	Negativo	Negativa	Metronidazol
7/07/2014	-	Negativo	Negativa	Nitoxozanida
9/07/2014	-	Negativo	Negativa	Nitoxozanida
11/07/2014	-	Negativo	Negativa	Nitoxozanida

Búsqueda bibliográfica y revisión de la literatura

Se realizó una búsqueda en la base de datos Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>) con los términos MeSH: *Blastocystis*, "metronidazole", "resistance", se hallaron 16 referencias (fecha de búsqueda 24 octubre de 2014). Se revisaron los resúmenes y se obtuvieron los documentos completos de aquellos con descripciones de casos de no respuesta al metronidazol. No se encontró ningún reporte de casos en Colombia o Suramérica.

Discusión

El metronidazol es recomendado como medicamento de elección para el tratamiento de

la blastocistosis, sin embargo, se ha encontrado que existe variabilidad en la respuesta clínica (7) (8) y esto se ha correlacionado con disminución en la sensibilidad a este medicamento in vitro (9). Se han logrado desarrollar líneas de parásitos resistentes (10) y recientemente se caracterizaron algunas de las características biológicas de este tipo de aislados resistentes (11). Se ha encontrado que los aislados resistentes a metronidazol se correlacionan con origen geográfico (8) y con diferencias en el genotipo (11), sin embargo, no está claro todavía el mecanismo de desarrollo de la resistencia.

La blastocistosis ha ganado mayor atención en los últimos años pues se ha logrado encontrar asociación con varios síndromes clínicos, no solo a nivel intestinal sino también con fenómenos

alérgicos (1). Al parecer la diversidad en sus genotipos permite explicar porque en algunos estudios se encuentra clara relación con eventos patogénicos y en otros no. Existen varios subtipos que se han relacionado con el hospedero, tales como el subtipo 2 con primates y porcinos, el 4 con roedores, el 5 con ganado vacuno y porcino, el 6 y 7 con aves y el 3 con humanos (12). Otros estudios muestran relación con síntomas en humanos y los subtipos 1, -4, y -7 se relacionan con alteraciones patológicas, mientras que los 2 y 3 se consideran no- patogénicos (12) (13) (14) (15).

El reporte de este caso permite llamar la atención sobre la presencia de un fenómeno de no respuesta al tratamiento con Metronidazol en un caso de blastocistosis sintomática y la posibilidad de utilizar la Nitoxanida como alternativa en estos casos (1). También se ha reportado el uso de Furazolidona, Trimetoprim, Sulfametoxazol y Pentamidina como alternativas (1). Es necesario continuar estudios para poder entender el fenómeno de resistencia y la relación con genotipos y que tan extenso es su presencia en nuestro medio.

Declaración sobre conflictos de interés y fuentes de financiación

El autor del presente trabajo declara no conocer conflictos de interés sobre los resultados presentados en el presente artículo. El autor no ha recibido beneficios por parte de las empresas productoras de los medicamentos utilizados en la presente investigación.

Agradecimientos

A la bacterióloga Jessica Triviño por la fotografía del quiste de Blastocystis y a la bacterióloga Elizabeth Torres quien realizó los exámenes coprológicos.

Referencias bibliográficas

1. Roberts T, Stark D, Harkness J, Ellis J. Update on the pathogenic potential and treatment options for Blastocystis sp. Gut Pathog. 2014; 28:6:17. Doi: 10.1186/1757-4749-6-17.
2. Londoño AL, Mejía S, Gomez Marin JE. Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Parasitismo Intestinal en Niños Preescolares de Zona Urbana en Calarcá, Colombia. Rev Salud Pública 2009; 11: 72-81
3. Arias JA, Guzmán GE, Lora F, Torres E, Gómez JE. Prevalencia de protozoos intestinales en 79 niños de 2 a 5 años de edad de un hogar infantil estatal en Circasia, Quindío. Infectio 2010; 14: 31-38
4. Londoño-Franco AL, Loaiza-Herrera J, Lora- Suárez F, Gómez-Marin JE. Frecuencia y fuentes de Blastocystis sp. en niños urbanos de 0 a 5 años de hogares infantiles del estado del municipio de Calarcá, Colombia. Biomédica 2014; 34 (2): 218-227. Doi: 10.7705/blomedia.v34i2.2124
5. Poirier P, Wawrzyniak I, Vivarès CP, Delbac F, El Alaoui H. New insights into Blastocystis spp.: a potential link with irritable bowel syndrome. PLoS Pathog. 2012; 8(3):e1002545. Doi: 10.1371/journal.ppat.1002545.
6. Zuel NM, Abdel DM, Hassanin OM. Study of Blastocystis hominis isolates in urticaria: a case-control study. Clin Exp Dermatol. 2011; 36(8):908-10. doi: 10.1111/j.1365-2230.2011.04127.x
7. Haresh K, Suresh K, Khairul A, Saminathan S. Isolate resistance of Blastocystis hominis to metronidazole. Trop Med Int Health. 1999; 4(4):274-7.
8. Zaman V, Zaki M. Resistance of Blastocystis hominis cysts to metronidazole. Trop Med Int Health. 1996; 1(5):677-8.
9. Yakoob J, Jafri W, Jafri N, Islam M, Asim M. In vitro susceptibility of Blastocystis hominis isolated from patients with irritable bowel syndrome. Br J Biomed Sci. 2004; 61(2):75-7.
10. Dunn LA, Tan KS, Vanelle P, Juspin T, Crozet MD, Terme T, et al. Development of metronidazole-resistant lines of Blastocystis sp. Parasitol Res. 2012;111(1):441-50. Doi: 10.1007/s00436-012-2860-7.
11. Wu Z, Mirza H, Tan KS. Intra-subtype variation in enteroadhesion accounts for differences in epithelial barrier disruption and is associated with metronidazole resistance in blastocystis subtype-7. PLoS Negl Trop Dis. 2014; 8(5):e2885. Doi: 10.1371/journal.pntd.0002885.
12. Stensvold CR, Smith HV, Nagel R, Olsen KE, Traub RJ. Eradication of Blastocystis carriage with antimicrobials: reality or delusion? J Clin Gastroenterol. 2010; 44(2):85-90. Doi: 10.1097/MCG.0b013e3181bb86ba.
13. Eroglu F, Genc A, Elgun G, Koltas IS (2009) Identification of Blastocystis hominis isolates from asymptomatic and symptomatic patients by PCR. Parasitol Res 2009; 105: 1589–1592.

14. Stensvold CR, Lewis HC, Hammerum AM, Porsbo LJ, Nielsen SS, et al. (2009) Blastocystis: unravelling potential risk factors and clinical significance of a common but neglected parasite. *Epidemiol Infect* 2009; 137: 1655–1663.

Dominguez MV, Guna R, Munoz C, Gomez MT, Borrás R. High prevalence of subtype 4 among isolates of *Blastocystis hominis* from symptomatic patients of a health district of Valencia (Spain). *Parasitol Res* 2009; 105: 949–955

RABDOMIOLISIS REPORTE DE CASO

RHABDOMYOLYSIS CASE REPORT

Jhon Serna Flórez¹, Juan José Jiménez Walteros²

Cómo citar este artículo: Serna J, Jiménez J. Rabdomiolisis Reporte de Caso. Revista Hospitium. 2014;01: 43-46
Recepción: 07/11/2014 **Aceptación:** 08/12/2014 **Publicación:** 29/12/2014

Resumen

Se presenta un caso clínico de un paciente masculino de 46 años de edad, quien posterior a realización de ejercicio excesivo y una inadecuada hidratación, presentó aumento de CPK (creatinina fosfato cinasa) total con coluria asociado a dolor de miembros inferiores configurando un caso de rabdomiolisis. Se desea mostrar como el diagnostico oportuno y la respuesta rápida con un adecuado manejo impidió el progresar del cuadro hasta una insuficiencia renal aguda.

Abstract

We report of rhabdomyolysis in one male patient of 46 years old later performing intensive physical activity with inadequate hydration. He had total CPK increased with coluria and lower limb pain. With timely diagnosis and rapid response it was prevented the progress to acute renal failure.

Palabras clave: Rabdomiolisis, mala hidratación, ejercicio, ejercicio excesivo, insuficiencia renal aguda, CPK total, mioglobinuria.

Key words: Rhabdomyolysis, dehydration, exercise, strenuous exercise, acute kidney disease, total CPK, myoglobinuria.

Introducción

La rabdomiolisis es un síndrome en el cual la destrucción de las células musculares estriadas lleva a la liberación de contenidos celulares como la mioglobina o la creatinina cinasa (1), aunque puede tener diversas causas (1) (2). Nosotros presentamos un caso de rabdomiolisis asociado a ejercicio extenuante. El cuadro clínico se puede presentar inicialmente como un dolor de miembros inferiores, con mialgias, edema, pigmenturia sin hematuria tanto en casos de origen traumático como no traumáticos (1). Una respuesta inmediata con una adecuada reposición de volumen puede impedir la progresión a su complicación mas

temida, la insuficiencia renal aguda (1) (2), por esto es importante realizar un adecuado diagnostico de manera oportuna.

Metodología

Se describe un caso clínico de rabdomiolisis en un paciente masculino de 46 años de edad del hospital universitario San Juan de Dios de Armenia-Quindío. Adicionalmente se llevó a cabo una revisión bibliográfica en Pubmed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> utilizando los términos rhabdomyolysis y exercise, se revisó bibliografía

1 Médico Internista, Nefrólogo, Intensivista Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios; profesor asistente Facultad de Medicina Universidad del Quindío.

2 Médico Interno servicio de Nefrología. Hospital Universitario San Juan de Dios Armenia, Quindío, Colombia

en distintas fuentes: The New England Journal of Medicine, Journal of the American Society of Nephrology y KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney.

Descripción del caso clínico

Paciente masculino de 46 años quien realizó ejercicio en bicicleta todo terreno durante cuatro horas. Al día siguiente, asistió al gimnasio donde realizó ejercicios de fortalecimiento de miembros inferiores posteriormente presentando dolor de estos al terminar la rutina, y un día más tarde estuvo consumiendo alcohol. Al siguiente día, presentó intensificación del dolor de miembros inferiores, orinas hipercoloreadas, sin ninguna otra sintomatología asociada, consultó al médico quien solicita CPK total encontrando un valor de 47.387 U/L. Es remitido al servicio de urgencias. Dentro de sus antecedentes personales no existe hipertensión arterial, diabetes mellitus u otros de importancia. Refiere realizar ejercicio esporádico. Al examen físico de ingreso se encontró tensión arterial: 125/80; frecuencia cardíaca: 60; frecuencia respiratoria: 18 y temperatura corporal de 37°C con saturación del 95%. Al examen físico se encontró paciente normocéfalo, conjuntivas rosadas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, cardiopulmonar normal, abdomen blando depresible, no signos de irritación peritoneal. La puño percusión renal bilateral fue no dolorosa y no había edemas de miembros inferiores. Se solicitaron como paraclínicos iniciales un parcial de orina que reportó densidad 1030 PH6.0 Hb++, hematies 1-5xC. En 1 examen de química sanguínea se encontró fósforo 4,6 mg/dl; BUN 15,4 mg/dl; glicemia 91 mg/dl; calcio 8,8 mg/dl;

creatinina 0,8 mg/dl; proteína C reactiva 0,6 mg/dl. Se presenta un reporte de creatinina fosfatasa serica total (CPK) de 47.387 U/L (La muestra fue diluida 1:10), Na 132,4mmol/L, K 4,01 mmol/L, Cl 108,6 mmol/L cuadro hemático dentro de parámetros normales con una velocidad de sedimentación de 3mm/hr. Fue valorado por el servicio de nefrología y se decidió hospitalizar para manejo de Rabdomiolisis, con bolo inicial de solución salina al 0,9% 1.000cc luego continuar a 200cc/hr. Se aplicó 1 ampolla de bicarbonato en cada 500cc de solución salina al 0,9% y furosemina 20 mg intravenosos cada 8 horas, para asegurar un volumen urinario superior a 1cc kg hora con controles de CPK total diarios. Durante su hospitalización presentó evolución clínica favorable con disminución del dolor de miembros inferiores y un pico máximo de CPK total de 102.869 U/L a las 48 horas con posterior descenso de la misma (Figura 1). Presentó depuración de creatinina en orina de 24 horas de 173,6 ml/min/1.73m², creatinuria de 26,1mg/dl con volumen urinario de 5.750ml, y posteriormente volúmenes urinarios altos 6.300cc/24horas y 3.700cc/24 horas. Al día 5 de hospitalización la CPK total llegó a un nivel de 6.881 U/L y hubo total mejoría clínica, por lo cual se decidió dar de alta para manejo ambulatorio.

Resultados de búsqueda bibliográfica

Se encontraron 741 resultados en PubMed usando los términos rhabdomyolysis and exercise, en SciElo al usar los términos rabdomiolisis y ejercicio no arrojó ningún resultado, en Colombia no hay casos descritos de rabdomiolisis secundario a ejercicio.

Figura 1. Evolucion de los valores de CPK serica en un caso de rabdomiolisis despues de ejercicio excesivo.



Resultados

El inicio del cuadro clínico tuvo una presentación típica con dolor de miembros inferiores y orina hipercoloreada secundaria a realización de ejercicio excesivo (1) (2), además hubo aumento de la CPK total y la manifestación de hemoglobinuria en el parcial de orina. Se debe anotar que la tira reactiva no diferencia entre hemoglobina y mioglobina (1). El diagnóstico oportuno permitió el inicio temprano de reposición de volumen 4.800cc/día (200cc/hora) con el fin de evitar la aparición de insuficiencia renal aguda por rhabdmiolisis. El uso de solución bicarbonatada tiene como finalidad, lograr la alcalinización de la orina ya que en Ph ácido la mioglobina se precipita más fácil al formar complejos con la proteína de Tamm-Horsfall (1), y se disminuye la oxidación reduciendo la lesión tubular (2). El riesgo de desarrollar insuficiencia renal aguda es bajo cuando la CPK total se encuentra entre 15.000U/L-20.000 U/L (1), sin embargo, en este caso se encontró una cifra máxima de 102.869 U/L, hay casos que han reportado niveles de hasta 1'454.952 U/L (3) secundario a la realización de ejercicio. En el presente caso se logró evitar esta complicación debido a la adecuada reposición del volumen, además presentó volúmenes urinarios altos sin presentar oliguria o anuria. El paciente presentó una adecuada evolución clínica durante la hospitalización sin manifestación de complicaciones con disminución progresiva de los niveles de CPK total.

Discusión

La presentación clínica inicial coincide con las descripciones clásicas de rhabdmiolisis, dentro de las múltiples etiologías se encuentra la de esfuerzo excesivo (1) (2), como sucedió en el caso descrito. Los factores de riesgo más asociados con esta entidad son practicar el ejercicio en condiciones de humedad o temperatura extrema, sudoración excesiva (4), así como la ingesta de alcohol y el golpe de calor (5). Los valores de CPK total entre 15.000U/L a 20.000U/L se han relacionado con bajo riesgo de insuficiencia renal aguda (1), sin embargo, valores bajos de 5.000U/L pueden terminar en esta complicación

si existen condiciones asociadas como sepsis, deshidratación o acidosis metabólica (1). Un estudio retrospectivo observacional de 9 años de seguimiento realizado por Rodríguez E, et al (6), reportó que 98% de los paciente con CPK >12.750 U/L, hipoalbuminemia, acidosis metabólica y PT disminuido desarrolló insuficiencia renal aguda (6). Por ello se considera que el pico de CPK puede ser predictivo para el desarrollo de la falla renal (7). El paciente presentó un pico máximo de CPK de 102.869 U/L pero no llegó a presentar dicha complicación, ni tampoco requirió algún tipo de terapia de reemplazo renal durante la hospitalización. También se han reportado casos de rhabdmiolisis con ejercicio de baja intensidad (8). La CPK se eleva aproximadamente entre las primeras 2 a 12 horas después de la lesión muscular presentando picos entre las 24 y 72 horas y desciende gradualmente en 7 a 10 días (9). La reposición del volumen se hizo con solución salina isotónica con 1 ampolla de bicarbonato. En la revisión de la literatura se encontró que las soluciones bicarbonatadas se usan con el fin de alcalinizar la orina para disminuir la precipitación de la mioglobina al unirse con la proteína de Tamm-Horsfall (1) (2). Respecto a la solución salina también se mencionan otras opciones como la solución salina al medio o el manitol (2) (10). La reposición de líquidos debe ser de 10 litros por día sin embargo se dio manejo inicialmente con 1 bolo 1.000cc de solución salina isotónica seguida de infusión continua a 200cc por hora para un total de 5.800cc el primer día y continuar a 4.800cc día. La hidratación oportuna en el paciente ha mostrado ser vital para obtener mejores resultados, en este caso se pudo observar como el inicio temprano de líquidos endovenosos afectó de manera positiva el resultado final sin manifestarse la insuficiencia renal aguda.

Conclusiones

- El conocimiento de la rhabdmiolisis y saber identificarla permitirá responder de manera oportuna.
- La reposición de líquidos es vital para obtener mejores resultados

- Aunque no hay estudios randomizados el uso de soluciones bicarbonatadas tiene efectos benéficos para la resolución del cuadro al alcalinizar la orina.
- Recordar que fuera de las causas normalmente conocidas de rabdomiolisis (trauma, hipoxia muscular, infecciones, convulsiones, abuso de sustancias, etc.) existe una que se puede dar por ejercicio excesivo.
- La insuficiencia renal aguda es la complicación más importante en la rabdomiolisis.
- Se debe vigilar el gasto urinario.
- Con la tendencia creciente a la realización de ejercicios excesivos como es el ejemplo del crossfit esta entidad tiende a volverse más común.
- El aumento del interés por realizar ejercicio permite que la población se exponga más fácilmente a esta entidad, sobre todo si esta actividad física no es vigilada, hay más riesgo de presentar rabdomiolisis, por lo tanto deberían crearse programas dedicados al seguimiento, control y vigilancia de estos pacientes que realizan ejercicio de manera rutinaria orientándolos adecuadamente.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Referencias Bibliográficas

1. Bosch X, Poch E, Grau JP. Rhabdomyolysis and Acute Kidney Injury. *NEJM* [internet]. 2009 [citado 03/11/2014]; 361: 62-72. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra0801327>
2. Vanholder R, Sukru Sever M, Ereke E, Lameire N. Rhabdomyolysis. *J Am Soc Nephrol* [internet]. 2000 [citado 03/11/2014]; 11: 1553-1561. Disponible en: <http://asn.journals.org/content/11/8/1553.full>
3. Casares P, Marull J. Over a million Creatine Kinase due to a heavy workout: A case report. *Case Journal* [internet]. 2009 [citado 05/11/2014]; 1:173. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2561012/pdf/1757-1626-1-173.pdf>
4. Henares Garcia P. Rabdomiolisis secundaria a ejercicio físico en un gimnasio. *Semergen* [internet]. 2012 [citado 05/11/2014]; 38: 53-55. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen---medicina-familia-40/rabdomiolisis-sekundaria-ejercicio-fisico-un-gimnasio-90095701-situaciones-clinicas-2012>
5. Efstratiadis G, Voulgaridou A, Nikiforou D, Kycentidis A, Kourkouni E, Vergoulas G. Rhabdomyolysis updated. *Hippokratia* [internet]. 2007 [citado 05/11/2014]; 3: 129-137. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19582207>
6. Rodriguez E, Soler Maria J, Rap O, Barrios C, Orfila M, Pascual J. Risk Factors for Acute Kidney injury in severe rhabdomyolysis. *PLoS One* [internet]. 2013 [citado 05/11/2014]; 8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3867454/?report=classic>
7. Huerta Alardin A, Varon J, Marik P. Bench-to-bedside review: Rhabdomyolysis- an overview for clinicians. *Critical Care* [internet]. 2005 [citado 06/11/2014]; 9: 158-169. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1175909/>
8. Reddy Karre P, Gujral Jeetinder. Recurrent exercise-induced rhabdomyolysis due to low intensity fitness exercise in a healthy Young patient. *BMJ Case Reports* [internet]. 2011 [citado 06/11/2014]; 2011. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079448/>
9. Keltz E, Yousef Khan F, Mann Gideon. Rhabdomyolysis The role of diagnostic and prognostic factors. *Muscle, Ligaments and Tendons Journal* [internet]. 2013 [citado 06/11/2014]; 3:303-312. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3940504/pdf/303-312.pdf>
10. Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. *Kidney International Supplements* [internet]. 2012 [citado 03/11/2014]; 2: 1-138. Disponible en: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/KDIGO%20AKI%20Guideline.pdf

EL NUDO GORDIANO DE LA APROPIACION DEL CONOCIMIENTO EN SALUD EN COLOMBIA

THE GORDIAN KNOT FOR THE TRANSLATIONAL MEDICINE IN COLOMBIA

Jorge Enrique Gómez Marín^{1,2}

Cómo citar este artículo: Gómez J. El Nudo Gordiano de la Apropiación del Conocimiento en Salud en Colombia. Revista Hospitium. 2014;01: 47-50

Recepción: 24/10/2014 Aceptación: 03/12/2014 Publicación: 29/12/2014

Resumen

Se revisa la situación actual de la apropiación social del conocimiento en salud en Colombia, con ejemplos concretos en los cuales el proceso ha sido fallido. Se analizan las causas y factores que han impedido que exista fluidez para la translación de los resultados de la investigación en la solución de problemas prioritarios de salud y se plantean soluciones para ello.

Abstract

The current situation of the social appropriation of knowledge in health in Colombia, with concrete examples in which the process has been failed is reviewed. The existing causes and factors impeding flow for translation of research results to solve priority health problems and solutions for it arise are analyzed.

Palabras clave: Medicina translacional, Colombia, Investigación en salud.

Key words: Translational medicine, Colombia, Health research.

Introducción

Durante la construcción de las agendas regionales de ciencia y tecnología de la salud (1) se acusaba a los grupos de investigación de ser "cajas negras" del presupuesto para ciencia y tecnología. Se argumentaba que a pesar de los esfuerzos del país en inversión para ellos, no se conocía el primer medicamento, vacuna o indicador de salud pública exitoso ligado a los productos de los grupos. Se deducía de estos análisis que los grupos de investigación no se ocupan de los problemas prioritarios o no realizan suficiente investigación aplicada y que se ocupan principalmente de investigación básica desligada de la realidad nacional. Surge entonces la pregunta ¿Son estas hipótesis de explicación suficientes para entender

la falta de un mejor desempeño de la inversión en ciencia y tecnología de la salud en Colombia? Un análisis formal señala lo contrario (2). Es claro que los indicadores bibliométricos en el área, por ejemplo, de enfermedades infecciosas y medicina tropical, son satisfactorios comparados a otras áreas del conocimiento diferentes a la salud y que los grupos abordan temáticas prioritarias y que realizan principalmente investigación aplicada, entonces ¿Por qué la malaria ha aumentado en Colombia comparado a otros países de la región? (3) ¿Por qué no se ha reducido la leishmaniasis? (4) o ¿Por qué cada vez aparecen más brotes urbanos de Chagas? (5)

1 Integrante Grupo de Investigación en Población Infantil (IPI) del Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios

2 Grupo de Estudio en Parasitología Molecular (GEPAMOL). Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad del Quindío. Centro de Investigaciones Biomédicas, Armenia (Quindío), Colombia, gepamol2@uniquindio.edu.co

Estudio de caso

Un estudio de caso que sirve para evidenciar factores responsables de la falta de traslación del conocimiento en indicadores de salud en Colombia, es lo que ha ocurrido con la tuberculosis en el Quindío. El departamento del Quindío, fue el primero en Colombia y Latinoamérica en tener datos de epidemiología molecular en 1993 (6) y desde ese primer estudio se describió el problema de mecanismos de diseminación de cepas resistentes. Desde entonces y hasta la actualidad se han reportado investigaciones sobre las características epidemiológicas de las poblaciones susceptibles como niños (7) y pacientes con VIH (8), las características geoespaciales (9), los patrones de resistencia (10), la evaluación de pruebas moleculares (y demostración de que su utilización es dominante por análisis costo/beneficio sobre las pruebas tradicionales) (11) y hasta sobre el estado de evolución molecular de los genes de resistencia. Un estudio bibliométrico demostró que el Quindío aportó a la segunda red más grande de colaboraciones en Colombia según los resultados en Pubmed y a más de la mitad de la producción científica que aparece en Scopus al lado de Bogotá, Medellín, Bucaramanga y Cali (12). Sin embargo, es el segundo departamento del país con mayor incidencia de tuberculosis en todas sus formas, luego del Chocó (9).

Los canales formales para socialización de resultados con los decisores de políticas de salud (secretarios de salud departamentales y municipales, jefes de programas de tuberculosis) así como con los usuarios (médicos, miembros de la liga antituberculosa) han sido cumplidos a través de seminarios y conferencias con espacios de discusión, incluida la participación en conferencias del día de la tuberculosis en años sucesivos y organizadas por las mismas secretarías de salud y sociedades científicas. Sin embargo, las medidas derivadas de los resultados de investigación (por lo tanto basadas en evidencia) tales como: programas de subvención para garantizar cumplimiento del tratamiento por las poblaciones de riesgo identificados por los estudios (VIH, farmacodependientes, indígenas) y en las áreas geográficas identificadas por el estudio geoespacial en la ciudad de Armenia y

la utilización de las pruebas moleculares por los laboratorios departamentales o en los hospitales de segundo y tercer nivel y de vigilancia epidemiológica molecular, no se han ejecutado. Un debate reciente en la prensa regional puso en evidencia la causa principal (14). De acuerdo con el secretario de salud departamental las pruebas moleculares para tuberculosis eran para lugares como Dubái pero no para Colombia. Un metanálisis reciente (15) muestra que una prueba molecular para el diagnóstico precoz es justamente lo necesario para países de bajos recursos y actualmente es la recomendación de la OMS, lo cual se viene evaluando con gran éxito en Haití, India y en Sudáfrica, en este último país las pruebas moleculares han reemplazado la baciloscopia (16).

Discusión y conclusiones

Este estudio de caso revela que la mayor dificultad actual para la apropiación del conocimiento en salud en Colombia es la incapacidad de asimilación técnica por las entidades responsables de la salud pública en Colombia. Esa incapacidad técnica tiene varias razones:

Primero: La preparación del personal responsable de decisiones, y del ejecutor, en nuevas tecnologías y en la evaluación de su implementación es insuficiente. Por ejemplo, la ausencia de formación previa en técnicas moleculares de los bacteriólogos y bioanalistas que hacen parte de los laboratorios departamentales de salud pública. Sólo muy recientemente se ha iniciado la inclusión de la biología molecular en los programas de formación en el país. Los laboratorios departamentales de salud pública deberían tener la capacidad para llevar a cabo pruebas de referencia molecular para modernizar la vigilancia epidemiológica en Colombia. Hay entonces un vacío por llenar en educación continuada para el personal de salud. Es una prioridad.

Segundo: La ausencia de fundamentación sobre la evidencia aportada por los grupos de investigación para formular los planes y programas nacionales y regionales o las resoluciones o decretos de normas técnicas o de habilitación de servicios. Así, el reciente decreto de habilitación de los servicios

prestadores de salud exige cumplimiento de requisitos sobre los cuales no existe evidencia de su real beneficio e incluso en algunos casos son desactualizados y contraproducentes o totalmente innecesarios y que desvían del objeto principal del servicio, olvidando otros que sí son esenciales.

La aspiración por un círculo virtuoso de la investigación y su correspondiente resultado final en mejores indicadores de salud poblacional no recae sólo sobre los grupos de investigación, es necesaria una política ambiciosa de modernización del sistema ejecutor de salud pública que incluya:

- Fortalecimiento real del Instituto Nacional de Salud en su papel de referente para la vigilancia epidemiológica y control de calidad del diagnóstico. Todas las áreas deberían contar con las técnicas más modernas de referencia y en actualización constante, incluyendo secuenciadores de ADN.
- Implementación de las pruebas moleculares para vigilancia epidemiológica en los laboratorios departamentales.
- Formación en las técnicas de biología molecular para vigilancia epidemiológica y diagnóstico de enfermedades prioritarias en salud pública
- Las resoluciones y normas técnicas del Ministerio de salud deberían tener un anexo técnico de análisis bibliométrico y de evaluación de calidad de la evidencia como parte de los considerandos, de manera similar a como se lleva a cabo para las guías de manejo
- Un decreto o resolución que habilite transitoriamente a los grupos de investigación de universidades departamentales a apoyar los procesos de vigilancia epidemiológica (cuando cuenten con la infraestructura y experticia para ello) y a realizar capacitación del personal de laboratorios departamentales durante el proceso de modernización y fortalecimiento tecnológico de los mismos.

Declaración conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene conflictos de intereses a declarar.

Referencias bibliográficas

1. COLCIENCIAS - Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura – OEI y Universidad de Antioquia – Facultad Nacional de Salud Pública. Agenda prioritaria en Ciencia, Tecnología e Innovación para el Sector Salud, 2010-2020, Zona Centro Occidente (Antioquia, Chocó, Risaralda, Caldas y Quindío). 2012
2. Ríos R, Mattar S, González M. Análisis bibliométrico de las publicaciones sobre enfermedades infecciosas en Colombia, 2000-2009. *Rev. salud pública.* 2011; 13 (2): 298-307
3. Arevalo-Herrera, M., et al., Malaria in selected non-Amazonian countries of Latin America. *Acta Trop.* 2012. 121(3): p. 303-14.
4. Alvar J, Vélez ID, Bern C, Herrero M, Desjeux P, Cano J, et al., M; WHO Leishmaniasis Control Team. Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. *PLoS One.* 2012; 7 (5):e35671.
5. Soto H, Tibaduiza T, Montilla M, Triana O, Suarez DC, Torres MT, et al. [Investigation of vectors and reservoirs in an acute Chagas outbreak due to possible oral transmission in Aguachica, Cesar, Colombia]. *Cad Saude Publican.* 2014 Apr;30(4):746-56
6. Gómez JE, Rigouts L, Villegas LE, Portaels F. Restriction fragment length polymorphism (RFLP) analysis and tuberculosis epidemiology. *Bull Pan Am Health Organ.* 1995 Sep; 29(3):226-36.
7. Arenas N, García A, Coronado SM, Beltrán C, Acosta S, Gómez JE, et al. Prevalencia de tuberculosis infantil en Armenia, Colombia. *Revista Salud Publica* 2010; 12: 1000-1009
8. Arenas NE, Ramírez N, González G, Rubertone S, García A, Gómez JE, et al. Estado de la coinfección tuberculosis/ virus de la inmunodeficiencia humana en el municipio de Armenia (Colombia): experiencia de 10 años. *Infectio.* 2012;16(3):140-147
9. Arenas NE, Quintero L, Rodríguez K, Gómez JE. Análisis sociodemográfico y espacial de la transmisión de la tuberculosis en la ciudad de Armenia (Colombia). *Infectio.* 2012;16 (3):154-160
10. Arenas NE, Coronado S, García A, Quintero L, Gómez JE. Características clínicas y sociodemográficas de los casos con tuberculosis resistente en el municipio de Armenia, Quindío (Colombia). *Infectio.* 2012;16 (3):148-153

11. Coronado S, Arenas N, Gomez JE. Diagnosis of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis using an in-house PCR method in clinical samples from a middle-income resource setting. *Infectio* 2011; 15: 145-146.
12. Gaetáneda DM, Bolívar A, Rodríguez AJ. La investigación científica en tuberculosis: Evaluación bibliométrica de las contribuciones de la literatura colombiana. *Rev. Méd. Risaralda* 2013; 19 (1):4-9.
13. Disponible en: <http://cronicadelquindio.com/noticia-completa-titulo-resultados-de-investigaciones-se-están-quedando-en-los-escritorios-seccion-regional-nota-71096.htm>
14. Scott L, Albert H, Gilpin C, Alexander H, Degruy K, Stevens W. A multi-centre feasibility study to assess External Quality Assessment panels for Xpert(R) MTB/RIF assay in South Africa. *J Clin Microbiol*. 2014 in press.
15. Steingart KR, Sohn H, Schiller I, Kloda LA, Boehme CC, Pai M, et al. 2013. Xpert(R) MTB/RIF assay for pulmonary tuberculosis and rifampicin resistance in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 1:CD009593. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009593.pub2>.

DEL PENSAMIENTO A LA REALIDAD: LA METAMORFOSIS DE PROFESORES A MAESTROS

THOUGHT TO REALITY: METAMORPHOSIS OF TEACHERS TO MASTERS

Rodrigo Ocampo Mejía¹, Jorge Raúl Ossa Botero²

Cómo citar este artículo: Mejía R, Ossa J. Del Pensamiento a la Realidad: La Metamorfosis de Profesores a Maestros. Revista Hospitium. 2014;01: 51-54.

Recepción: 26/10/2014 Aceptación: 20/11/2014 Publicación: 29/12/2014

Resumen

El presente artículo ilustra los fenómenos del Sistema Educativo Universitario y su interpretación desde los estudios socio-históricos, que utilizan como herramienta hermenéutica la interpretación de los Sujetos a partir de sus huellas vitales y de las historias de vida de los actores del sistema educativo. Con una clara invitación a que los maestros y maestras cambien su forma de pensar y utilizando las herramientas de la pedagogía crítica, es posible lograr procesos emancipatorios que logren evitar el fracaso escolar a través de nuevas propuestas en el aula a fin de edificar verdaderos proyectos de vida en los jóvenes que se están formando para la sociedad del mañana.

Abstract

This article illustrates the phenomena of University Education System and its interpretation from the socio-historical studies perspectives by using the interpretative instrument of interpretation of Subjects from their life and it traces the life stories of the actors of the educational system. With a clear invitation for teachers to change their way of thinking and by using the tools of the critical pedagogy it is possible to achieve emancipatory processes that will prevent academic failure. We propose the use of new tools in the classroom in order to build real projects of life for youth who are training for tomorrow's society.

Palabras clave: Huellas vitales, Sistema Educativo Universitario, cambiar de pensamiento, pedagogía crítica, emancipación, historias de vida, proyecto de vida, fracaso escolar.

Key words: Footprints vital, University Educational System, change thinking, critical pedagogy, emancipation, life stories, life project, school failure.

Introducción

Esta investigación surge por la motivación de los autores a incursionar reflexivamente en sus huellas vitales, desde donde se hacen evidentes sus afectaciones por haber sido amenazados de retirarse del sistema educativo universitario. Estas afectaciones son heridas que dejan conocer lo abstracto de la mente humana, donde un acontecimiento del pasado hace cambios

1 Integrante Grupo de Investigación Gestión Hospitalaria del Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios. Médico Epidemiológico. Magister en Educación Docencia de la Universidad de Manizales. Docente Universidad del Quindío, Universidad de Manizales y Universidad Antonio Nariño. rocampo@uniquindio.edu.co

2 Médico del Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios. Magister en Educación Docencia de la Universidad de Manizales, Docente Universidad del Quindío, Universidad de Manizales y Universidad Antonio Nariño. jorgerossa@gmail.com

en el pensamiento y la manera de proceder de un individuo, en numerosos casos, ya sea para bien o como impedimento para conseguir lo que desean. De esta manera, los autores se identifican con Foucault quien los desafía a un cambio de pensamiento en el ambiente de la exclusión social y el fracaso escolar: "Pensar es cambiar de pensamiento".

La reflexión de estos profesionales de la medicina permanezca, y es por ello que hablar de pedagogía crítica hace referencia a "un amplio y significativo espectro de perspectivas, enfoques y proyectos teóricos, epistemológicos y sociopolíticos que reclaman y fundan sus visiones sobre las instituciones educativas, la formación y el conocimiento en el universo complejo de la política, la teoría del poder, la reproducción cultural, la hegemonía, la resistencia, los discursos de género, raza y la interculturalidad". Hablar de pedagogía crítica ahonda más en el interior de los inquietos docentes y confrontan "lo hecho con lo por hacer".

Asumir la pedagogía crítica en el contexto de la educación, es pensar en un nuevo paradigma del ejercicio profesional del maestro, es pensar en una forma de vida académica en la que el punto central del proceso de formación considera esencialmente para quién, por qué, cómo, cuándo y dónde se desarrollan determinadas actividades y ejercicios académicos, asumir este paradigma constituye un punto de partida que conduce a que los escenarios educativos, interactúen con el marco político de la educación, para que sirvan de base al sistema educativo en su conjunto, se fortalezca la crítica sobre las formas de construcción del conocimiento y sobre las maneras en que ese conocimiento se convierte en la fuerza social de transformación y construcción de las sociedades para abrir caminos hacia el cambio en beneficio de los más débiles, que suponga compromisos con la justicia, con la equidad y con la emancipación a las ideologías dominantes, que fortalezcan la autonomía y la autogestión con miras a la construcción del pensamiento propio, pero crítico, del constructor de sociedad.

Acorde con estos planteamientos, Stewart (3) narra la situación en que un granjero llamó a tres matemáticos para que le ayudaran a incrementar la producción lechera. Los expertos universitarios llegaron a la granja, observaron un rato tomando apuntes y se marcharon. Tras dos meses, volvieron a la granja y entregaron un grueso informe. El granjero lo abrió y tras leer la primera frase, cerró el libro inmediatamente. Estaba claro que no servía para nada. La primera frase decía "Sea una vaca esférica...". En el contexto educativo, al abrir un manual, una ley, una norma, un protocolo que comience con "Sea un cliente...", "Sea un mercado educativo...", "Sea una oferta instruccional..." o cualquier cosa similar, se debería cerrar de inmediato. Se debería cerrar por razones obvias, porque la educación no debería tener la connotación de mercado.

Lo necesario es que el maestro, como líder de una comunidad educativa, revestido de credibilidad y poder, se comprometa con su entorno social y en el momento que se vive, transforme el aula académica en un espacio social integral, pero para esto se requiere promover una visión crítica para que nuevas pedagogías sean construidas desde una mirada diferente frente a las realidades propias del entorno. El aprender es un proceso permanente de cambios dado por la historia individual; de esta manera el aprendizaje puede ser concebido como un proceso activo, personal, de construcción y reconstrucción de conocimientos, de descubrimientos del sentido personal y de la significación vital que tiene este discernimiento.

Por otro lado, los aprendizajes para la vida y el desarrollo del ser humano y la escuela como institución deben estar llamados a promover nuevos sistemas, donde haya una correlación entre sí. Se debe estimular a aprender a vivir consigo mismo, con los demás, a afrontar la vida, pensar, valorar, crear; en resumen, vivir en medio de la diversidad, esto intrínsecamente lleva al autocuidado, a promover la salud integral, a aprender a conocerse a sí mismo, a mejorar la autoestima, a desarrollar la voluntad, a aprender a orientarse, a formar una jerarquía de valores o sentidos de la vida y llegar a elaborar un proyecto de vida para interrelacionarse de forma positiva en la sociedad donde se desenvuelve.

Ante estos retos de la educación, se requiere de un enfoque integrador que sensibilice la necesidad de pensar en propuestas centradas, en desarrollar pensamiento crítico y reflexivo que clama otras formas de aprender y de enseñar. Sin embargo, lo que se observa hoy en día es una escuela que ha sido desbordada, aunque el currículo básico sea reformado para orientar las actividades de aprendizaje hacia el desarrollo de actitudes democráticas, en realidad lo que muchas veces la persona observa o aprende en sus espacios de referencia con sus pares o en relaciones de confianza es más arrollador que lo que la escuela puede transmitir, porque la persona es quien atribuye el significado a las experiencias educativas.

De esta manera para lograr permear en las aulas el pensamiento crítico, es necesario que exista la fluidez de ideas con libertad y naturalidad, donde exista la claridad de la palabra, la expresión sincera y con sentido, pero también debe existir la flexibilidad del pensamiento, la originalidad, los procesos de autodisciplina, de búsqueda permanente de la información y una lectura desde la emancipación y de la libertad. En efecto, no hay duda que la pedagogía es un discurso producto de la modernidad, es por esto, que algunos sucesos que la instituyen son el origen de las ciencias y el descubrimiento, lo que inspira el desarrollo de nuevas doctrinas y tendencias del pensamiento. Es imperativo generar reflexión en torno al saber pedagógico. En nuestro medio, es posible afirmar que la formación ha sido des-pedagogizada, en caso de poderse usar el término, debido a que los docentes se alejan cada vez más de la importancia de los concernientes teóricos, y convierten esto en el referente pragmático e instrumental de un "saber hacer". Por décadas esta mirada instrumental de la pedagogía ha generado una serie de asuntos frente al sistema educativo. Tal es el caso de la repetición de frases célebres que no permiten una producción reflexiva frente al quehacer de la pedagogía, convirtiéndola en un manual, en recetas instructivas que nada aportan, y limitan la producción intelectual.

Es así, como dentro de la anhelada metamorfosis, estos hombres de blanco, maestros, coinciden en

enfrentar la famosa "mortandad" que se ven en las aulas de clase, fuere por la causa que fuere, donde la sistematización de la educación juega un papel importante, puesto que coloquialmente se ha relacionado con el bajo rendimiento académico y su posterior fracaso escolar, seguido del abandono de los claustros del saber, inmerso en un mundo desconocido, el mundo de lo político y social de su propio momento histórico y el mundo de posibles inestabilidades en su entorno familiar. Lo que si es cierto y preocupante, es que la preparación de los estudiantes para pasar a la Universidad, se vea afectada por la problemática social que nos cobija en la época, como la violencia social e intrafamiliar, el desplazamiento forzado y los fenómenos de intolerancia que han convertido a nuestros barrios en lugares con fronteras invisibles en donde pulula la guerra de pandillas, quizá generadora de comportamientos subnormales como es el caso del "matoneo", fenómeno que se presenta en todos los ámbitos y facilita la deserción académica en las aulas de clase.

También es necesario mencionar, que al interior de las escuelas, se vive un clima de intolerancia entre los actores de la educación, y cuando hablamos de los actores de la educación, deben incluirse los directivos, los docentes, las familias, los estudiantes, y en fin, todo el sistema educativo nacional, incluyendo a las Instituciones Educativas, situación que se agrava por los altos niveles de descomposición familiar y social, que evidentemente, agrava la situación de estabilidad escolar, silenciando la voz de los actores del sistema. Es en este aspecto, el maestro le implica la posibilidad de recuperar las historias silenciadas de los sujetos y las historias institucionales que se alejan.

En conclusión, la motivación que se ha despertado en estos inquietos hombres para emancipar las prácticas educativas es inmensa, la tarea es larga, pareciera ser utópica, pero al menos esta la disposición perenne por hacerlo, sabiendo que el conocimiento emerge con una fuerza creciente que puede movilizar e impulsar el desarrollo social y es aquí donde se propone instrumentar nuevos proyectos pedagógicos, basados en

formas superiores de enseñanza que posibiliten la formación de individuos, de profesionales capaces de dar respuesta a las exigencias de una sociedad moderna y globalizada.

Declaración conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene conflictos de intereses a declarar.

Referencias Bibliográficas

1. Gantiva, J. De la teoría crítica a la pedagogía radical. La filosofía política de la nueva educación pública. *Revista de educación y cultura*. 2001; 59 - 40.
2. Stewart, I. ¿Juega Dios a los dados? Editorial Grijalbo. Barcelona. 1991; 624.
3. Adorno, T. La metacritica de la teoría del conocimiento. Editorial Akal. Madrid. 2012; 352.
- Alvarez, J. Anotaciones para el análisis del discurso pedagógico. *Revista de Educación y Pedagogía*, 2002; XII; 13 - 25.
- Adorno, T. Estudios sobre Husserl y las antinomias fenomenológicas. Monte Ávila Caracas. 1970; 287.
- Beck, U. Hijos de la libertad. Fondo de cultura económica. México. 2002; 383.
- Ibáñez, T. Algunos comentarios en torno a Foucault. Fluctuaciones conceptuales en torno a la postmodernidad y la psicología. México. Universidad Autónoma de México; 1996, 43 - 60.
- Luhmann, N. Teoría de la sociedad y pedagogía. Editorial Paidós. Barcelona. 1996; 160.
- Zuleta, E. Educación y democracia. Editorial Tercer Milenio. Bogotá. 1995. 200.

UN PERVERSO SISTEMA DE SALUD

Christiam Suarez¹

Cómo citar este artículo: Suarez C. Un Perverso Sistema de Salud. Revista Hospitium. 2014;01: 55-55.
Recepción: 10/11/2014 Aceptación: 28/11/2014 Publicación: 29/12/2014

Los modelos de atención pública en salud que usan la mayoría de países, independiente de su modelo económico (socialista Vs capitalista) son dos:

1) Un modelo de atención universal prestado por el estado con cobertura total de la población; que sigue las directrices de la OMS y de los códigos de ética médica; consiguiendo las mejores tasas de morbilidad y basados en la prevención y tratamiento adecuado de las enfermedades, sin tener el lucro económico como meta; pues la correcta gestión de los servicios públicos que velen por la preservación de los derechos fundamentales no pueden generar utilidad económica ya que son valores intangibles e incommensurables, y su correcta gestión se traduce en bienestar social. Estos países invierten entre el 4 y 5 % del PIB en salud (Inglaterra, Canadá, Francia, los asiáticos, etc.)

2) El segundo es un modelo neoliberal, basado en el lucro y en el cual la enfermedad produce utilidad económica; en este, el sector asegurador privado y la banca presta el servicio; en nuestro caso a través de las EPS. En este perverso sistema entre más pacientes deje morir el terapeuta por negación de servicios, mayor el lucro para las empresas prestadoras o gestoras.

En este sistema se rompe la relación médico paciente perdiéndose la autonomía médica y se va en contra de todos los principios éticos del código

de medicina y de las directrices de la OMS. En estos países se invierte el 10% del PIB, pero en realidad solo se transfiere a la población el 30% de este recurso el 70% la banca y las empresas prestadoras de salud o gestoras lo presentan como utilidad y lo reparten con legisladores para que acomoden las leyes a su amañó, y que estos recursos continúen en su perverso círculo de la muerte.

Infelizmente con este sistema se le amputa a la salud el área de prevención, investigación y extinguen a los profesionales de la salud que no atiendan urgencia vital (odontólogos, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, cirujanos plásticos, etc.); pues no solo se lucra al negar atención y dejar morir los pacientes sino que también se lucra al no contratar profesionales.

Fatalmente, el segundo es el sistema de salud que se presta en Colombia y en contra del cual los trabajadores de la salud marcharon el año pasado y seguirán marchando, en las famosas manifestaciones de las batas blancas; pues se esta protestando contra una Ley 100 que le permite al sector asegurador lucrar por matar a la población colombiana negándole atención médica.

¹ Cirujano Plástico del Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, Miembro Titular de la Sociedad Colombiana y Brasileira de Cirugía Plástica, Vocero del Movimiento Social Por Una Salud Digna en Colombia.

BREVE RESEÑA SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE HOSPITALIDAD

Santiago Sánchez Londoño

Ganador del Concurso del Nombre de la Revista Científica del
Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, estudiante de medicina

Cómo citar este artículo: Sánchez S. Breve Reseña sobre la Evolución del Concepto de Hospitalidad. Revista Hospitium 2014;01: 56-57.

Recepción: 05/12/2014 Aceptación: 15/12/2014 Publicación: 29/12/2014

Hospicio (del latín hospitium) es, según la Real Academia Española, una casa para albergar y recibir peregrinos y pobres¹. Durante la antigüedad, la noción de hospitalidad de los pueblos grecorromanos estuvo definida por el concepto de Xenia (literalmente "amistad con el invitado"), que consistía en mostrar generosidad y cortesía hacia aquél que está lejos de su hogar; en la sociedad romana, esta concepción de respeto mutuo entre quien llega y quien le alberga representaba una relación casi sagrada que, en caso de ser violada, podía desembocar en graves consecuencias legales². La idea de hospitalidad evolucionó durante la historia hasta crearse durante la edad media europea los hospicios, edificios en los monasterios que se especializaban en dar albergue a los viajeros. Con el tiempo y la bondad cristiana, el hospitium se convirtió en el refugio de los pobres, los ancianos, las personas sin hogar y, por supuesto, los enfermos³. El término "hospital" encuentra entonces su raíz etimológica en la relación misma entre el huésped y su anfitrión, entre quien llega y quien recibe, entre quien carece y quien provee, entre quien necesita y quien cuida, y en los principios de solidaridad y beneficencia que han quedado enterrados bajo el peso de la indiferencia.

Resulta curioso relacionar bajo una misma raíz romana términos tan distantes en el imaginario colectivo como lo son "hospital" y "hospitalidad", sin embargo, al remitirnos nuevamente a la Real Academia de la Lengua nos damos cuenta de

que el adjetivo "hospitalario" se refiere tanto a quien socorre y alberga a los extranjeros y necesitados, acogiéndolos con agrado y agasajo, como a lo perteneciente o relativo al hospital para enfermos⁴. La complejidad de la relación entre el anfitrión, representado por el personal de salud, y el huésped, representado por el grueso de personas que acuden a los hospitales en busca de una cura para sus males, debe estar enmarcada tanto por la hospitalidad clínica como por la romana; al fusionar ambas definiciones y tratar de aplicarlas a nuestros quehaceres médicos podríamos, sin redundancia alguna, asegurar que el galeno ideal debe regirse por un nuevo concepto de "hospitalidad hospitalaria". La hospitalidad hospitalaria debe comprenderse como un conjunto de valores que, al ser aplicados a nuestra práctica en salud, lograrán convertirla en un acto más humano y propio del origen de la palabra con la que designamos el recinto donde cumplimos nuestras funciones profesionales.

Para establecer los principios adecuados del concepto de hospitalidad hospitalaria, resulta de utilidad remitirnos a una congregación que no sólo encarna la hospitalidad misma como vehículo primordial de la atención del paciente, sino que lo lleva a la práctica con algunos de los enfermos más necesitados. La Congregación de las Hermanas Hospitalarias nace a finales del siglo XIX como respuesta a la precariedad sanitaria y social de las enfermas más marginadas de la España de la Restauración Borbónica, bajo el estandarte de la

1. Real Academia Española 2014, URL: <http://lema.rae.es/drae/?val=hospicio>

2. Smith W, "A Dictionary of Greek and Roman Antiquities", p620-21, Londres, 1875

3. Martínez J.J, "El origen histórico del termino hospital", El Occidental, 23 de Febrero de 2008 URL: <http://www.oem.com.mx/esto/notas/n604975.htm>

4. Real Academia Española, 2014 URL: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=YSM3VapVODXX25qCN3o0>

combinación entre caridad y ciencia. Para explicar la esencia de la hospitalidad, la Congregación la desglosa en ocho valores fundamentales: la sensibilidad por los excluidos, el servicio a los enfermos y necesitados, la acogida liberadora, la salud integral, la calidad profesional, la humanidad en la atención, ética en toda actuación y conciencia histórica⁵.

Los valores que la Congregación asociada con la hospitalidad, deberían ser aplicados en la formación de nuevos médicos empáticos, serviciales, acogedores y humanos que abarquen de forma ética y profesional todas las dimensiones de la salud integral de cada paciente. En pocas palabras, médicos más hospitalarios.

Es más sencillo dar golpes al aire cuando resaltamos las falencias de nuestro actuar clínico actual que tomar la iniciativa y mover los engranajes del cambio. Afortunadamente, existen espacios colectivos de debate a los que es inherente el surgimiento de nuevas ideas que han de revolucionar nuestro desempeño médico tanto en el ámbito clínico como en el humano. A partir de la necesidad de hacer evolucionar la práctica médica local y de hacer más hospitalaria la atención médica nace la revista Hospitium, la cual representará a partir de hoy un punto de encuentro para que todos los exploradores académicos encuentren un albergue en el que aprender y compartir su conocimiento. Tal vez, a través de este medio y haciendo honor a su nombre, logremos finalmente que el personal hospitalario se vuelva más hospitalario.

5. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, "Valores Hospitalarios", URL <http://www.hospitalarias.org/index.php/valores-hospitalarios>

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

Recepción y Revisión

Los artículos recepcionados que cumplan con las características estructurales y editoriales solicitadas, serán revisados por el Comité Editorial y el Corrector de Estilo de la Revista, se realizarán las observaciones a los autores; la publicación estará sujeta en primer filtro a la mencionada revisión y ajuste, y en segundo momento y de manera definitiva a la evaluación por parte de pares académicos externos a la institución editora (Arbitraje). Las categorías de evaluación serán: Aceptado sin cambios, aceptado con cambios o rechazado.

Los trabajos deben ser inéditos y ser suministrados únicamente a la revista. En algunos casos, y sólo por acuerdo con el editor, podrá aceptarse la difusión pública y previa de los datos contenidos en el artículo, por ejemplo para alertar sobre riesgos de salud pública.

Proceso de Arbitraje

Los artículos convocados para la revista Hospitium del Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, se someten a la evaluación por parte de Pares Académicos Externos nacionales e internacionales, expertos en el área de las ciencias de la salud, bajo un arbitraje anónimo.

Propiedad Intelectual

El (los) autor(es) al enviar su artículo a la revista Hospitium certifica que su manuscrito no ha sido, ni será presentado, ni publicado en ninguna otra revista científica. Al remitir el manuscrito para evaluación, los autores aceptan transferir los derechos de publicación a la Revista Hospitium, para su publicación en los diferentes medios: Impreso y/o electrónico. Para el cumplimiento de este propósito el autor remitirá junto con el artículo la carta de Cesión y Publicación.

Derechos de Autor

El contenido de los artículos es responsabilidad completa de los autores del mismo y no del Comité Editorial y/o Científico de la Revista Hospitium; el contenido de los artículos de la revista podrá ser citado por los lectores, siempre y cuando se realice la debida referencia del texto citado, nombre del autor o autores, título del artículo, institución editora, año de edición y página citada, tanto a nivel literal como parafraseado.

Publicidad

La Revista Hospitium acepta avisos publicitarios con tarifa convencional y acordada con el editor. Estos recursos se destinarán para los procesos editoriales y científicos de la revista como ejemplares impresos, divulgación, capacitación del equipo técnico.

Tipos de Artículos Convocados por la Revista Hospitium

Originales: Documento que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos terminados de investigación. El Comité Editorial dará prioridad para su publicación a los artículos originales. Se presentarán con las siguientes subsecciones: Título, Título en inglés, Nombre Autor(es), Resumen, Abstract, Palabras Clave, Key Words, Introducción, Metodología, Resultados, Discusión, Conclusiones, Referencias Bibliográficas. (Máximo 4.000 palabras)

Revisión: Revisiones sistemáticas de la literatura o metaanálisis en el área de las ciencias de la salud y en un tema específico de esta. Estructura: Título, Título en inglés, Nombre Autor(es), Resumen, Abstract, Palabras Clave, Key Words, Introducción, Metodología de Revisión, Desarrollo, Conclusiones, Referencias Bibliográficas (Mínimo 50 referencias), (Máximo 5.000 palabras).

Reportes de Caso: Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Estructura: Título, Título en inglés, Nombre Autor(es), Resumen, Abstract, Palabras Clave, Key Words, Introducción, Metodología, Resultados, Discusión, Conclusiones, Referencias Bibliográficas. (Máximo 2.500 palabras).

Imágenes: Documento que presenta la descripción de una imagen desde una perspectiva analítica. Estructura: Título, Título en Inglés, Nombre Autor, Gráfica con su respectiva fuente, Descripción, Análisis, Conclusiones. (Máximo 2.500 Palabras).

Cartas al Editor: Posiciones críticas, analíticas y reflexivas sobre documentos publicados en la revista, cuales a juicio del Comité Editorial constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad académica. Estructura: Título, Título en Inglés, Autor, cuerpo integral (Máximo 2.000 palabras).

Humanismo y Medicina: Posiciones críticas, analíticas y reflexivas sobre aspectos relacionados con el humanismo y el ámbito médico. Estructura: Título, Título en Inglés, Autor, cuerpo integral (Máximo 2.500 palabras).

Editorial: Documento reflexivo o descriptivo alrededor de una temática de la revista, escrito por el editor o (Editor Invitado) que podrá ser un integrante del Comité Editorial o Científico o un investigador externo. Tendrá un título y una estructura de cuerpo integral. Estructura: Título, Título en Inglés, Nombre Autor, cuerpo integral (Máximo 2.000 palabras).

Descripción de los componentes Generales de un Artículo

Título: Nombre del artículo máximo 10 palabras.

- Referencia Título: En el título y a modo de pie de página mencionar las fuentes de

financiación e institución(es) que apoyaron el trabajo, la institución en el cual se desarrolló y el grupo de investigación.

Título en Inglés: Traducción al idioma inglés del título.

Autor (es): Nombre Completo y Apellidos.

- Referencia Autor(es): A modo de pie de página en cada uno de los autores mencionar los grados académicos, afiliación institucional, cargo institucional, grupo de investigación al que pertenece, dirección de correspondencia institucional (Ciudad, Departamento, País), correo electrónico institucional.

Resumen: Presentación sucinta del tema del artículo, su finalidad y una descripción de los contenidos que se abordarán en el mismo. En algunos casos se anticipan algunas de las reflexiones finales o conclusiones, con una extensión máxima de 250 palabras. Para el caso de artículos originales el resumen debe presentarse de manera estructurada (Objetivo, metodología, resultados, conclusiones).

Abstract: Traducción al idioma inglés del resumen.

Palabras clave: Se ha convertido en un criterio obligado de las publicaciones científicas indexadas o no indexadas nacionales e internacionales presentar un listado de las palabras claves del artículo, esto es, el nombre de los conceptos fundamentales del artículo (Ver Descriptores en Ciencias de la Salud). <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

Key words: Traducción en idioma inglés de las palabras clave.

Introducción: El objetivo de una buena introducción es que el lector quede satisfecho con esta, comprenda todo y no lea el resto. Esta afirmación, aparentemente extrema, tiene mucho de verdad. En la introducción se anuncia lo que se desarrollará en el artículo y, lo más importante, se

motiva al lector para que se interese por el tema y quiera continuar profundizando en este a lo largo del artículo.

Materiales y Métodos: Metodología utilizada en el desarrollo de la investigación (Población, muestra, instrumentos para la recolección de información) Descripción del procedimiento utilizado en la investigación. Los autores deben mencionar en el apartado métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras obtención de un consentimiento informado. (Aplica para artículos originales y reportes de caso).

Desarrollo o Resultados: Es el corazón del artículo en donde se desarrolla la idea general completa del artículo. Para el caso de los artículos originales, se evidencian los resultados alcanzados en la investigación.

Discusión: Análisis crítico de los resultados obtenidos. La discusión de resultado es el puente que articula los resultados y las conclusiones. (Aplica para artículos originales y reportes de caso).

Conclusiones: En esta parte del artículo se evalúa el alcance de la exposición, es una especie de balance de lo que se ha anotado a lo largo del trabajo. Incluye, además, recomendaciones para futuros artículos y, en algunos casos, una invitación a hacer algo, a estar o no de acuerdo con el autor o la autora del texto. La conclusión incluye, entonces, una síntesis o sumario del contenido del artículo.

Conflicto de intereses y financiación: Los autores deben incluir antes de las referencias del manuscrito un párrafo en el que expresen si existen conflictos de interés o si no los hay. Además, debe presentarse otro párrafo que incluya la fuente de financiación de la investigación adelantada.

Agradecimientos: Resaltar las instituciones, grupos de investigación e investigadores que colaboraron de manera directa e indirecta en el desarrollo de la investigación.

Referencias Bibliográficas: Lista de libros, artículos y demás material bibliográfico citado al interior del artículo.

Ejemplo para la realización de las referencias bibliográficas: Tomado del artículo Leishmaniasis facial: reporte de un caso y revisión de la literatura, de los autores Sánchez Vallejo G, Torres N, Zubieta M. "La Leishmaniasis en una zoonosis muy frecuente en el trópico y Colombia, hace parte de los países con una alta prevalencia de la enfermedad. Es una entidad causada por un protozoo flagelado del género *Leishmania*, la cual es transmitida al humano a través de la picadura de moscas hembra de los géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia*." (1) (2)

1. Guía de atención de la Leishmaniasis. Ministerio de la Protección Social. 2009. <http://www.acin.org/acin/new/Portals/0/Templates/Guia%20Leishmania.pdf> Consultada el 10 de octubre de 2014.
2. Control de la Leishmaniasis. Comité de expertos OMS. 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82766/1/WHO_TRS_949_spa.pdf Consultada el 10 de septiembre de 2014.

Lineamientos Editoriales para todos los Artículos

Los trabajos deben presentarse en formato digital (Word), tamaño carta, tipo de letra Times New Roman, tamaño 11 para el texto y 10 para citas y notas pie de página, con interlineado 1.5. El número de páginas son los indicados en cada tipo de artículo, incluidos todos los componentes del artículo según el caso.

Sistema de Citación: Normas estilo Vancouver.

Comité de Ética: Cuando se informen experimentos en humanos indique si los procedimientos utilizados siguen las normas del Comité de Ética de la institución donde se realizaron, de acuerdo con la declaración Helsinki de 1975, no mencione nombres de pacientes, iniciales o números de historias clínicas.

Proceso de Postulación de Artículos

Para postular sus manuscritos a la convocatoria de la Revista Hospitium, debe remitir los siguientes documentos al correo electrónico revistahospitium@hospitalquindio.gov.co

- Artículo (Formato Word)
- Carta de Cesión y Publicación (Firmada por el total de los autores y en PDF)
- Formulario Información Autor(es) (Formato Word)

HOSPITIUM

"Ciencia, Tecnología e Innovación"
Revista Científica

Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios

Oficina de Investigación y Servicios Docentes
Avenida Bolívar Calle 17 Norte (3° piso) Armenia, Quindío, Colombia
revistahospitium@hospitalquindio.gov.co

Tel: 036 – 7493500 Ext. 290 - Celular: 313 727 28 42
www.hospitalquindio.gov.co - Link: Investigación - Open Journal System

Objetivo Misional

Desarrollar las actividades y proyectos de investigación para el desarrollo científico de la institución, encaminado al mejoramiento de las condiciones de vida de la población objetivo de la misma. Mantener las relaciones interinstitucionales a través de los convenios docencia – servicio, garantizando la excelencia en la formación del recurso humano en salud y la participación conjunta en los diferentes proyectos de desarrollo.

Funciones Esenciales

1. Fomentar en toda la organización, la formación de una cultura de investigación que contribuya al mejoramiento de la entidad.
2. Diseñar y planear anualmente las líneas de investigación requeridas por la empresa.
3. Desarrollar las investigaciones tendientes a profundizar en las causas y soluciones de los problemas de salud de la población.
4. Diseñar y ejecutar las etapas del proceso de investigación y proponer las acciones asignadas en las investigaciones planeadas.
5. Interactuar con las diferentes Universidades a través de los convenios docente asistenciales para desarrollar investigaciones conjuntas en las líneas de investigación establecidas.
6. Diseñar y asesorar a los diferentes grupos en cuanto a la metodología a seguir para la realización de investigaciones.
7. Diseñar, elaborar y adoptar indicadores y estándares para el monitoreo de los diferentes proyectos de investigación.
8. Coordinar las acciones interinstitucionales para el desarrollo de proyectos de investigación.
9. Conformar y coordinar el grupo de investigación.
10. Participar en la dirección, planeación y evaluación del proceso de relaciones interinstitucionales en convenios docencia – servicio.
11. Representar a la Gerencia en los diferentes comités docencia - servicio.
12. Mantener actualizada la información relacionada con los convenios interinstitucionales docencia - servicio.
13. Coordinar y evaluar las diferentes actividades a realizar por personal sanitario en formación.
14. Participar activamente en los procesos de desarrollo y Cultura Organizacional de la Entidad especialmente en lo que concierne a procesos, riesgos, controles, indicadores de gestión y resultado, calidad, memoria institucional de acuerdo con las directrices y parámetros impartidos por la alta dirección.
15. Aplicar y mantener actualizados los procedimientos establecidos para el desarrollo de las actividades de su cargo.
16. Velar por la custodia del patrimonio documental de la oficina.

SAE

Saludar, Atender y Explicar

**“Tres situaciones que dan
propósito a la humanización
de la salud del Quindío”,**

Jairo López Marín, Gerente



HOSPITIUM

“Ciencia, Tecnología e Innovación”

Revista Científica del Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios

Oficina de Investigación y Servicios Docentes
Avenida Bolívar Calle 17 Norte (3° piso) Armenia, Quindío, Colombia
revistahospitium@hospitalquindio.gov.co