

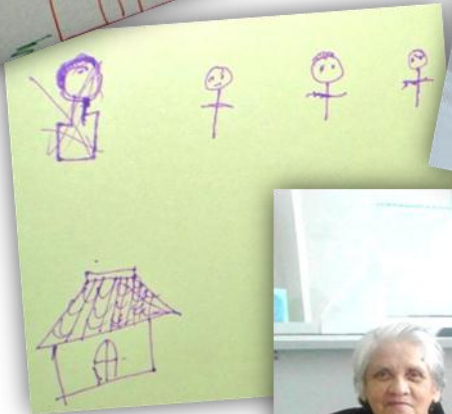


HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado



Boletín de Investigación CIHUS



**Boletín de Investigación CIHUS ,
Volumen 2 Numero 1 Enero – Junio 2015
ISSN: 2357-3694**

Hospital Universitario de La Samaritana ESE
Subdirección de Educación Médica e Investigación
Centro de investigación (CIHUS)

Miembros Directivos

- Dr. Oscar Alonso Dueñas Araque, Gerente
- Dr. Natalia Murillo Pardo, Director Científico
- Dra. Andrea Carolina Morales, Subdirectora de Educación Médica e Investigación

Equipo Editorial

- Dra. Dora Elena Fino Sandoval, Coordinadora Centro de Investigación, Educación Médica e Investigación, Directora y Editora Boletín de Investigación CIHUS .
- Enfermera Mónica Quemba Mesa, Profesional de Apoyo CIHUS, Asistente de Edición Boletín de Investigación CIHUS .
- Lic. Nubia Matallana, Biblioteca HUS, , Asistente de Redacción y Estilo Boletín de Investigación CIHUS .

Soporte de edición de contenidos

Área de comunicaciones HUS

Contacto

Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) - Centro de Investigación (CIHUS)
Dirección: Cra 8 No 0-55 Sur, Bogotá D.C.
Tel: 4077075, Ext. 10289, E-mail: investigación@hus.org.co
Cualquier duda o sugerencia con gusto será atendida.

Saludo Dr. Oscar Alonso Dueñas Araque, Gerente ESE Hospital Universitario de La Samaritana



Queridos docentes, estudiantes y colaboradores, para nosotros es muy grato compartir la tercera versión de nuestro Boletín de Investigación, que permite que toda la generación de nuevo conocimiento que germina en nuestro hospital pueda ser visualizado por cada uno de ustedes y permita motivarlos para continuar en este camino y de esta manera puede impactar en la salud de todos nuestros usuarios, el departamento y el país.

Contenido

Pg.

I. Editorial. *Dra. Andrea Carolina Morales Guerrero*

II. Reseña histórica del Grupo de Investigación en Enfermedades Digestivas Gastrosur. *Homenaje por la trayectoria en el desarrollo investigativo*

III. Artículos de reflexión

3.1. Historia de la ética de la Investigación y principios emergentes. *Gloria Lucía Arango*

3.2. Análisis sobre el concepto de cuidado de enfermería. *Mónica Paola Quemba Mesa*

IV. Pedagogía HUS

4.1. Retos de la Evaluación Pedagógica en el Hospital Universitario de La Samaritana. *Natalia Murillo Pardo.*

4.2. La Pedagogía de la Inclusión: Una realidad en el Servicio de Fisioterapia del HUS. *Nair Y. Díaz D., Pilar Mogollón y Maritza Quijano*

4.3. La cultura del aprendizaje continuo. *Cesar Augusto Carrioni Pineda*

V. Investigación en Gestión de procesos

5.1. Desarrollo del Cuadro de Mando Integral como herramienta para la medición del desempeño de la red de suministro de medicamentos en el Hospital Universitario de La Samaritana. *Luis C. Arciniegas C., Manuel Á. Camacho O. y Edgar L. Duarte F.*

5.2. Análisis del flujo de pacientes en el Hospital Universitario de La Samaritana (HUS) a través de dinámica de sistemas. *Edgar Leonardo Duarte Forero, Manuel Ángel Camacho Oliveros y Alexander Naranjo Ladino.*

5.3. Sistema de gestión de requerimientos y procesamiento de solicitudes de servicios para el área de hotelería hospitalaria en el Hospital Universitario de La Samaritana. *Mariana Tapieros Arias, Manuel Ángel Camacho y Nelsy Flórez, Hotelería.*

VI. Investigación en clínica

6.1. Manejo conservador de tumor Odontogénico Queratoquístico. Hospital Universitario de La Samaritana. Reporte de un caso. *Beatriz Mejía Flórez, Cesar Carrioni Pineda, Mónica Rodríguez Marín y Margarita Reina Cuevas.*

6.2. Factores Asociados con Mortalidad Intrahospitalaria Postquirúrgica en Pacientes con Fractura de Cadera. Jaime A. Leal M.D.; Omar R. Peña M.D.; Kristian A. Espinosa M.D.; Amparo Gómez M.D.

VII. Mesa de trabajo: Vejez divino tesoro

7.1. Política: Envejecimiento y vejez en Cundinamarca Equipo Vejez divino tesoro Secretaria departamental de salud de Cundinamarca Dr Victor Romero, Natalia Gómez, Tatiana Rodríguez, Estela Duque, Yolima Beltran. Presenta el Dr Victor Romero

7.2. Adulto mayor – Hospital Universitario de la Samaritana, Unidad funcional de Zipaquirá Doctor Jairo Enrique Castro Melo Médico Salubrista. Md , EGSP, EASP, McSP Coordinador Científico Unidad Funcional de Zipaquirá HUS

7.3. Adulto mayor Hospital Universitario de La Samaritana Girardot Doctora Norma París

Boletín de Investigación CIHUS

I. Editorial

Dra. Andrea Carolina Morales Guerrero, Subdirectora de Educación Médica e Investigación HUS

El Hospital Universitario de La Samaritana, cuenta con más de 83 años, en la vanguardia de contribuir en la formación de Talento Humano en Salud. Sueño plasmado y edificado por el distinguido Dr. Jorge E. Cavelier, que trabajó arduamente en las construcciones de nuestro Hospital, como los describe el Periodista Hernando Téllez, en su artículo publicado el 27 de Noviembre de 1948, en la revista Semana¹ “ *Su empeño ha sido satisfecho Ahí están su enfermos, su campo de experimentación, su sitio de estudio, en una palabra, el Sueño de toda su vida*”

Muestra de eso, es que muchos de nuestros maestros han pasado por el Hospital de la Samaritana, como docentes o como alumnos, tales como el Dr. José Felix Patiño quien convencido del sueño del profesor Cavelier, se empeñó en convertir a la Samaritana en un Centro académico y científico de talla internacional,² marcando un hito en la historia de la Educación Médica.

En el libro “75 años de Historia Médica Colombiana”, el mismo Dr. José Feliz Patiño relata dicho cambio en la formación de médicos para aquella época, de la siguiente manera:

“Vinculado a la Samaritana y con el estimulante apoyo del Profesor Jorge E. Cavelier, emprendí la reestructuración del Departamento de Cirugía bajo una nueva filosofía de cirugía científica, cirugía basada en el conocimiento de fisiología y la fisiopatología, con la intención de cambiar la escuela de cirujanos operadores que imperaba en la época. También comenzamos el diseño de programas sólidos de internado y residencia para reemplazar las obsoletas <<Jefaturas de clínica>>, que por entonces constituían la esencia del adiestramiento de posgrado. Fue así como la Samaritana, y muy poco después San Juan de Dios, tuvieron el primer programa oficial de internado y residencia de Colombia, y tal vez en América Latina. El programa se diseñó y se inició bajo la égida de la Universidad Nacional”

Dejando así una huella incalculable y que se perpetúa en el tiempo, para la formación de médicos Colombianos, convirtiendo al Hospital de la Samaritana, en uno de los mejores del país en la vanguardia de sus procesos asistenciales y por supuesto académicos.

Ahora como todo en la Historia, han ocurrido momentos en que la tradición y trayectoria se han visto amenazadas por situaciones adversas propias o ajenas a la institución, que han conllevado a que este legado de “escuela”, se quede en documentos y normatividad perdiendo el verdadero quehacer del Hospital Universitario.

En lo concerniente a lo académico, el Hospital de la Samaritana, tuvo que afrontar que la Universidad con la que había desarrollado diferentes programas de posgrado base, se retirará del Hospital, lo que conllevó a que mucha historia se quedará en el olvido y que los procesos académicos ya instaurados

Se perdieran con el tiempo, dejando atrás de alguna manera la tradición de “escuela”, que regía como un pilar importante en la formación profesional de quienes rotaban en el Hospital. Como resultado de lo mismo, el hospital abrió sus puertas a diferentes Universidades, convirtiéndose en tan solo un Centro de Rotación de diferentes programas, sin un fin mancomunado con aquellas instituciones.

En su intento de recuperar su esencia de hospital Universitario, decide abrir cerca del año 2008, en compañía con otra prestigiosa Institución Universitaria, programas de posgrado base, que permitieron rescatar parte de la esencia Universitaria del Hospital. Pero dada las circunstancias del país y de la misma normatividad, que se refleja en todos los hospitales universitarios, se formaron brechas entre la academia y el quehacer hospitalario y administrativo del Hospital.

Por lo anterior el Hospital, hoy está haciendo un alto en su camino, revisando sus procesos docentes y reorganizándolos, con el fin de cerrar las brechas existentes entre la articulación de Hospital y Universidad, para ser un verdadero Centro Académico, tal como lo había expresado el Dr. Patiño; terminología que al día de hoy, es ampliamente usada en diferentes países del mundo donde se desarrolla Educación Médica.

¹ 75 años de Historia Médica Colombiana – Alfredo Pinzón Junca pag 79-80

² 75 años de Historia Médica Colombiana – Alfredo Pinzón Junca pag 89

El Hospital quiere rescatar a través de sus alianzas actuales de docencia servicio, la “escuela” que fue precursora de la formación de los mejores médicos del país, trabajando en el desarrollo de programas que permitan formar ese talento humano en salud, que de respuesta a las necesidades de la región, alineados a la realidad económica y social, con enfoque hacia la atención de calidad de los pacientes; un especialista que tenga el sello “Samaritana”, reflejado en su nivel científico, de comportamiento, ética, humanismo, entre otros.

Por todo lo anterior se hace necesaria la puesta en marcha de crear y consolidar un Modelo de Docencia e investigación propia del HUS, acompañada de un plan estratégico a 10 años, esto se realiza de la mano con instituciones de Educación Superior reconocidas y aliadas, para así integrar aun

más, la academia a los procesos asistenciales. Es necesaria dicha articulación, dado que se requiere de una unión casi simbiótica, que permita que al estudiante, se le brinde todo lo necesario para alcanzar la profesionalización junto con es sello Samaritano.

Esta es una pequeña invitación de todos los que nos encontramos comprometidos con el sueño del Dr.

Cavelier, a participar y generar las estrategias necesarias para llevar a la realidad, su sueño. Destacarse como el mejor Centro Académico del país reconocido incluso de manera internacional.

Ya se han dado los primeros pasos en la transformación académica del Hospital Universitario de la Samaritana, muestra de ello, es la publicación que hoy les compartimos y que nos llena de gran orgullo, en retomarla, ya que desde hace más de una década, no disfrutábamos de una revista propia del Hospital Universitario de la Samaritana.

Por lo tanto dejo abierta la invitación a que todos aportemos a la divulgación de nuevos conocimientos y que se comparta a través de esta revista, que finalmente les pertenece a ustedes como familia Samaritana.

Bienvenidos.

Boletín de Investigación CIHUS

II. Reseña histórica del Grupo de Investigación en Enfermedades Digestivas Gastrosur.

Julián David Martínez Marín, Líder Grupo de Investigación Gastrosur

Desde mi vinculación a la Unidad de Gastroenterología del Hospital Universitario de La Samaritana en aquel entonces dirigida por el Dr. Sidney Fassler, se planteó la necesidad sentida de investigar y además publicar, acerca de las patologías digestivas y hepáticas más prevalentes en el departamento de Cundinamarca.

Ese mismo año el grupo fue creado e inscrito en Colciencias y se dio inicio a un proceso concienzudo de educación continuada por parte de los integrantes de Gastroenterología con la asistencia a múltiples congresos nacionales e internacionales y en especial al Congreso Americano de Enfermedades Hepáticas.

La realización de diferentes tipos de investigaciones y publicaciones médicas, de varios casos acompañados de su descripción, análisis y estudio a fondo de los mismos son los resultados que han sido dados a conocer en revistas nacionales –en especial la Revista Colombiana de Gastroenterología– y en revistas internacionales como la Revista Médica de Chile, la Revista de Gastroenterología del Perú y la Revista Helicobacter.

Otro de los grandes retos emprendidos por los miembros de Gastrosur ha sido, la divulgación del conocimiento actualizado de nuestra especialidad y de nuestra experiencia clínica adquirida con los años; para este propósito hemos sido conferencistas invitados a nivel nacional, interdepartamental e internacional.

A lo largo de estos años hemos desarrollado investigaciones con nuestros estudiantes de posgrado y con estudiantes de pregrado y posgrado de otras instituciones hospitalarias y/o educativas, como el Instituto de Cancerología, el Colegio Mayor de Cundinamarca y la Universidad Javeriana, lo que nos ha permitido ampliar nuestro conocimiento y experiencia pues muchos de estos trabajos han sido la parte básica de la medicina (bioquímica, farmacología, microbiología) y no solamente estudios clínicos relacionados con nuestra especialidad.

De las investigaciones iniciales que más repercusiones han tenido a nivel nacional fueron las

relacionadas con la Hepatitis C en cuanto a su prevalencia en los bancos de sangre y su renotificación en pacientes colombianos, estudios que fueron pioneros en Colombia. Otro de los trabajos de investigación que generó más impacto fue el estudio epidemiológico y toxicológico de los guarapos producidos en el departamento de Cundinamarca, pues nuestro hospital es el centro de referencia departamental de patologías ocasionadas por el abuso de esta bebida como el síndrome de hipertensión portal por cirrosis alcohólica.

El cáncer gástrico patología prevalente en nuestro departamento también ha sido objeto de investigación por parte del grupo, logrando determinar sus prevalencias en las diferentes subregiones del departamento, en la actualidad seguimos trabajando en este tema y en asociación con la Universidad de Pamplona, trabajaremos en el diseño de un dispositivo de detección de cáncer gástrico mediante nanotecnología.

La apropiación del conocimiento médico especializado para la comunidad de médicos generales, médicos rurales, médicos internos, estudiantes de medicina ha sido una preocupación constante en nuestro grupo; desde hace más de 15 años se desarrolla una actividad académica de un día de duración en la cual se abordan temas de gastroenterología, hepatología y coloproctología de gran prevalencia en la comunidad y cuyo abordaje inicial requiere de médicos generales con suficientes conocimientos.

Esta actividad académica se ha denominado Simposio de Gastroenterología y siempre ha contado con el apoyo irrestricto de los diferentes directores del Hospital Universitario de La Samaritana, de la Secretaría de Salud del departamento de Cundinamarca y de la industria farmacéutica, dicha actividad se realiza siempre en el segundo trimestre del año en las instalaciones del auditorio de la Gobernación de Cundinamarca y es uno de los eventos que más repercusión tiene en la comunidad médica y de gran satisfacción generada por nosotros.

La Unidad de Gastroenterología además de su componente asistencial es históricamente un centro de formación de especialistas con el aval de la Universidad del Rosario.

Hasta la fecha han obtenido el título de especialistas 18 eminentes médicos que en la actualidad se desempeñan en diferentes instituciones del país con gran éxito profesional.

El ejercicio moderno de cualquier especialidad Médico quirúrgico, se origina dentro del trabajo en grupo y con individuos que tengan un alto sentido gremial, los miembros de Gastrosur no hemos sido ajenos a estos mandatos, hemos participado activamente en diferentes juntas directivas, con diferentes periodos de tiempo en las asociaciones científicas de gastroenterología, endoscopia digestiva y hepatología; esta activa participación en dichas agrupaciones han dado frutos como eventos científicos de índole nacional e internacional y diferentes publicaciones de la especialidad .

Por último le recordamos a la comunidad hospitalaria que el grupo está constituido por:

- Jorge Iván Lizarazo Rodríguez
- Juan Carlos Marulanda Gómez
- Juan Carlos Molano Villa
- Julián David Martínez Marín
- Mario Humberto Rey Tovar
- Martín Alonso Garzón Olarte
- Natán Hormaza Arteaga

Residentes Gastroenterología

- Diana Carolina Salinas Gómez
- Yuly Paulin Mendoza Jaimés
- Laura Marcela Moya Valenzuela



Julián David Martínez Marín

Líder Grupo de Investigación Gastrosur

Boletín de Investigación CIHUS

III. Artículos de reflexión

3.1 Historia de la ética de la Investigación y principios emergentes

Gloria Lucía Arango Bayer*, Profesora Asociada Universidad Nacional de Colombia

**Enfermera, especialista y doctora en Bioética, Magistra en Administración en Salud. Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: glarangob@unal.edu.co*

No cabe duda de que el desarrollo científico ha logrado importantes avances gracias a la experimentación con los humanos. De hecho, el avance en las vacunas y el desarrollo de medicamentos se logró gracias a que los científicos que investigaron sobre ellos hacían pruebas de su efectividad en sí mismos o en sus propios familiares, lo cual hoy sería considerado éticamente inaceptable.

La preocupación por la ética y la responsabilidad científica, ética y social de los investigadores surgió en el siglo XX tras ver las atrocidades cometidas por los médicos nazis con los presos de los campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial. Interesados en mejorar su preparación y su resistencia en la guerra, hicieron estudios con los presos para encontrar fórmulas que permitiera a los soldados resistir la hipotermia. Así mismo, probaron medicamentos, sueros y fórmulas químicas en ellos para medir su efectividad.

Probablemente algunos de los más reconocidos experimentos con humanos fueron los liderados por Josef Mengele, quien atendiendo a la ideología nazi, pretendía entre otros probar la inferioridad de la raza judía, sometiendo a los judíos a pruebas de diversa índole. La experimentación que hizo con gemelos en busca de la explicación genética de las enfermedades daba cuenta de su carácter atroz si bien no se le apodó “ángel de la muerte” por sus experimentos como se cree, sino por la frialdad con la que, situado en el punto de llegada al campo de concentración de Auschwitz, seleccionaba cuáles de los presos morirían de inmediato en la cámara de gas y cuáles serían utilizados, entre otros, para su tarea “científica”. A pesar de ello, Mengele huyó a Suramérica después de la Segunda Guerra Mundial y murió en Brasil varias décadas después, en 1979, como logró confirmarse años más tarde con pruebas de ADN tras exhumar su cuerpo.

Varios médicos prisioneros de guerra fueron obligados a participar en los experimentos atroces de Mengele y de otros colegas en varios campos de concentración. Gracias a algunos de ellos, que relataron su experiencia, el mundo entero se movilizó buscando que estos exabruptos en aras del avance de la ciencia no volvieran a ocurrir. Por ello, tras la Segunda Guerra Mundial, se promulgó el Código de Nuremberg, un código que establece una

serie de condiciones para el desarrollo de investigación con sujetos humanos, si bien centra su preocupación en la necesidad de que cualquier experimento con humanos se realice con el consentimiento voluntario de quien participa. Hace referencia también a la necesidad de pruebas anteriores con animales, así como a evitar daño o sufrimiento innecesario y la importancia de que la experimentación sea efectuada por personas idóneas.

Aun así, para los investigadores alrededor del mundo el contenido del código parecía obvio y hubo voces que se pronunciaron indicando que no representaba ninguna novedad frente a su práctica cotidiana. Pero los hechos posteriores dieron cuenta de que lo que parecía tan obvio, en realidad no lo era.

En 1956 se dio a conocer un estudio que se estaba haciendo con niños con retardo mental en una institución para la atención de estos pacientes localizada en Staten Island, en Nueva York, Estados Unidos. El propósito de la investigación era comprobar si la gamma globulina sería un agente protector para el desarrollo de hepatitis en niños. El doctor Krugman, quien lideró la investigación, creía que si se inoculaba con gamma globulina a un niño (extrayendo estos anticuerpos de pacientes con la enfermedad), este desarrollaría la enfermedad en una forma leve, evitando así que la presentara con todas sus consecuencias. Para ello, inicialmente tomó niños que ya se encontraban en la institución, tomando un grupo de casos (al que inyectó la gamma globulina) y otro de control (que no recibió los anticuerpos). Más adelante hizo otro experimento tomando niños al momento de su ingreso a la institución para inyectarlos. Para hacerlo contó con el consentimiento informado de los padres, a quienes solía mostrarles las instalaciones del centro, el personal disponible y el programa de protección contra la hepatitis.

Como era de esperarse, hubo objeciones a este estudio, no solamente relacionadas con el hecho de que se usara para éste una población vulnerable (menores con retardo mental) sino que además se mantuvo la sospecha de que había coerción de los directivos del centro, que sugerían a los padres que si el niño no participaba no podría continuar allí.

Otros casos de investigación cuestionable fueron ilustrados por Henry Beecher, médico anesthesiólogo, en un artículo que publicó en 1966 en el que presenta varios estudios que, desde la perspectiva ética, resultarían controversiales. En el ambiente de la época, la era dorada de la medicina en los Estados Unidos, no resultó extraño que su artículo fuera rechazado por la Journal of American Medical

Association, por lo cual Beecher acudió al New England Journal of Medicine, en donde finalmente se publicó.

Evidentemente este artículo ayudó a dinamizar la discusión en torno a la ética de la investigación con seres humanos, si bien a este respecto la Asociación Médica Mundial había hecho ya un pronunciamiento, la Declaración de Helsinki (por el lugar, capital de Finlandia, en donde se reunieron científicos y médicos para reflexionar en torno a ello, de lo cual surgió la declaración). Precisamente esta declaración fue el resultado de un análisis del contenido del código de Nuremberg, frente al cual se hizo una modificación en términos del consentimiento informado, que en la declaración deja ya de ser condición *sine qua non* para la realización de investigaciones con sujetos humanos.

Pero los desafíos a la ética de la investigación continuaron cuando en 1971 el periódico New York Times hizo público un estudio sobre sífilis que había comenzado en 1932 en Tuskegee, Alabama. Varios hechos relacionados con esta investigación nueva conmocionaron al país. A manera de ejemplo, el estudio, que se hizo con el apoyo del Departamento de Salud de los Estados Unidos, fue realizado en hombres negros pobres que aceptaron participar en un estudio sobre la “mala sangre”, nombre que se daba a varias enfermedades transmisibles en aquella época. Cuando el estudio comenzó no había tratamiento alguno reconocido para la sífilis. Sin embargo, aun después de haberse reconocido la penicilina como tratamiento eficaz para esta enfermedad quienes participaron en ella no la recibieron. El objetivo, identificar y describir la evolución natural de la enfermedad, se logró por supuesto, y de hecho, se hicieron informes post-mortem de varios “pacientes”, para acopiar más información. Aún así, se engañó a los pacientes acerca de su enfermedad y del propósito del estudio.

Las consecuencias del escándalo presionaron al congreso a conformar la denominada Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y de Comportamiento. A ella se le encargó la tarea de orientar a los investigadores acerca de los principios éticos que debían tenerse en cuenta en la investigación. Así, años más tarde, esta comisión presentó el llamado Informe Belmont, que reconoce tres como los principios que deben orientar la investigación con sujetos humanos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Así pues, a partir de los hechos históricos que han marcado el desarrollo de la ética de la investigación desde el siglo pasado, hoy se reconoce la importancia de tres principios como fundamentales en torno a la protección de los seres humanos en la investigación:

Respeto por las personas: este principio se proyecta principalmente en la realización de un adecuado proceso de consentimiento informado. Al momento de invitar a una persona a participar el proceso comienza presentando al posible participante los objetivos del estudio, las condiciones bajo las cuales

se realizará en tiempo y lugar, las medidas para proteger privacidad y confidencialidad, los riesgos y beneficios para el posible participante, entre otros. Si la persona decide participar, la firma del documento en el que atestigua que ha sido completa y claramente informado es apenas un acto en términos éticos que demuestra el respeto del investigador por el nuevo participante. Pero el proceso continúa, por cuanto o un participante puede retirarse del estudio cuando así lo consideren, y el consentimiento informado que ha firmado no lo obliga mantenerse activo dentro de la investigación. Por otra parte, atendiendo a este principio un participante puede indicar cómo espera que se haga el manejo de muestras biológicas por ejemplo y autorizar o no su uso para investigaciones futuras.

Beneficencia: este principio supone que la investigación aportará algún beneficio a los participantes tanto como a la sociedad en su conjunto y que por ello la investigación tiene un mérito que va más allá de lo científico. Evidentemente, en general las investigaciones conllevan consigo unos riesgos que es necesario precisar y que deben presentarse a un posible participante al momento de empezar el proceso de consentimiento informado.

Justicia: este principio se entiende en dos sentidos: desarrollar una investigación que supone más riesgos que beneficios a los participantes es injusto. Por ello es necesario evaluar la relación entre los beneficios y los riesgos que una investigación traería para los participantes. Pero además, seleccionar sujetos participantes vulnerables también lo es. Por esta razón resulta fundamental que, de considerarse necesario hacer investigaciones en poblaciones vulnerables, se expliquen con precisión las razones que obligan a hacer la investigación con esa población en particular.

No maleficencia: parte del reconocimiento del principio de que ante todo no debe hacerse daño a una persona. Aunque pareciera obvio y, de hecho, algunos textos de ética en investigación omiten este principio, lo cierto es que es posible que inconscientemente o no, se haga daño a un participante en una investigación, de manera que, aunque frecuentemente se considera innecesario expresar este principio, aun hoy, los hechos han demostrado que en ocasiones los conflictos de interés conducen abiertamente a investigaciones que hacen daño a los participantes con sujetos de investigación.

Otros aspectos que han de considerarse cuando se hace una investigación con sujetos humanos tienen que ver con la privacidad y la confidencialidad de la información. Si bien la privacidad se relaciona más con las condiciones bajo las cuales se obtiene la información, la confidencialidad se refiere fundamentalmente al manejo que se hace de la información ya obtenida y el rigor en la custodia de esos datos para garantizar el anonimato de los participantes.

En lo que tiene que ver con la privacidad, al igual que en la práctica clínica, ha de protegerse al

participante de ser expuesto ante otras personas durante el proceso de recolección de información. Por esa razón un investigador debe buscar el lugar apropiado para examinar a un paciente, entrevistarlo, tomar muestras de laboratorio, hacer seguimiento, etc. Estos lugares deben garantizar que no se escuche y no se vea aquello que el sujeto de investigación o participante no quisiera que fuera visto o escuchado por personas distintas al investigador.

La confidencialidad por su parte se concentra en mantener la información de los participantes, las muestras físicas, etc. bajo condiciones tales que ninguna persona pudiera acceder a la información personal que el participante o sujeto de investigación ha proporcionado, así como tampoco tener conocimiento de su identidad.

Pero en las últimas décadas la investigación ha venido ampliando su preocupación hacia el conflicto de interés, que conduce a la violación de estos principios y otros que deben fundamentar el quehacer de un científico y mostrar su respeto por la ciencia y por la comunidad científica.

Los conflictos de interés en la investigación científica son situaciones o condiciones que, igual que la práctica profesional, podrían nublar el juicio o interferir en un juicio objetivo sobre los hechos, en este caso, sobre la investigación. Estos conflictos pueden afectar las condiciones de selección de los sujetos de investigación o participantes, así como el manejo de los resultados.

En la última década la preocupación por los conflictos de interés ha trascendido a las publicaciones científicas, por cuanto este tipo de conflictos pueden interferir en las decisiones de evaluadores y editores al momento de decidir sobre la pertinencia de publicar una investigación. Así, por ejemplo, se habla de la idoneidad de los evaluadores de los artículos científicos; se hace referencia también a la importancia de diferenciar en las publicaciones a quienes hicieron la investigación y a quienes apoyaron tangencialmente en aspectos como la revisión de texto y el procesamiento estadístico de datos, para evitar que personas distintas a las directamente responsables por los resultados que se plasman en el artículo sean consideradas como investigadores. Estas son apenas unas de las muchas consideraciones que se hacen actualmente en busca de que la ética de la investigación se haga evidente también en los procesos de publicación de revistas científicas.

Casos como el de Jessie Gelsinger, que padecía una infrecuente enfermedad metabólica y a quien se le hizo una transferencia de genes de adenovirus que condujo a su fallecimiento es un ejemplo de conflicto de interés. El renombrado caso de Pfizer, en el cual se basó la película *el jardinero fiel*, es otro ejemplo de ello.

Como se ve, un investigador no tiene responsabilidad solamente con los sujetos de investigación (hoy llamados participantes); también la tiene con la comunidad científica y ha de atender a los principios éticos que ella le reclama. Los casos

de plagio, falsificación o elaboración de datos, han generado en el público una pérdida de confianza en la tarea científica y, por ello, universidades y centros de investigación de reconocido prestigio internacional han llamado la atención sobre estos principios en particular, que tienen que ver no solamente con la manera como se debe investigar sino que abarca también consideraciones éticas relativas al proceso de publicación de los resultados de investigación.

Un principio rector en este sentido es el de honestidad intelectual, que se evidencia en actos sencillos como la adecuada referenciación bibliográfica y el uso correcto de las citas en los documentos. Este principio responde a la importancia que se le da al valor de la verdad, así las verdades en la ciencia sean reconocidas como mutables ahora percederas.

Evidentemente, el plagio se constituye en una conducta éticamente inaceptable que lesiona la credibilidad de la comunidad científica y que por lo tanto se reconoce como una de las más importantes faltas de un investigador. El plagio no solamente podría suponer una intención de engañar sino que, peor aún, podría sugerir falta de interés por el conocimiento.

Por otra parte, actualmente se exige a los investigadores contar con los permisos para utilizar los instrumentos desarrollados por otros investigadores, así como contar con la autorización para usar las ideas de otros que en el propio proyecto de investigación.

Ahora bien, quizá es uno de los asuntos más álgidos y por los cuales los investigadores suelen considerar que los comités de ética de la investigación se extralimita de sus funciones tiene que ver con el examen que se hace de la validez científica los proyectos. Esta valoración responde a la premisa de que una investigación que no es técnica ni científicamente válida es en sí misma injusta. Así las cosas, las investigaciones que no están sólidamente soportadas, cuyos antecedentes están pobremente presentados o que no parten de una juiciosa revisión de la literatura científica no pueden ser examinados desde la perspectiva ética por no cumplir con los requisitos mínimos para poder hacer esta tarea.

Finalmente, hoy no se entiende la investigación en salud como responsable si, además de aportar a la ciencia y a su avance no aporta también con sus resultados a mejorar las condiciones de salud y de vida de las personas, así como a su bienestar, su participación en las decisiones en salud y su conocimiento de cómo hacer efectivos sus derechos en salud. Es por esta razón que se suele considerar en detalle cuáles son los propósitos de un estudio o los impactos esperados, en tanto que éstos deben ser superiores a los costos en que se incurre al hacer una investigación; de lo contrario esta sería considerada injusta.

Como se ve, la comunidad científica, los participantes en una investigación y la sociedad en su conjunto demandan de los investigadores una

responsabilidad claramente visible, no solamente en los proyectos de investigación sino a lo largo de la investigación e inclusive en la publicación de los resultados.

Referencias

CIOMS, Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Traducción de la edición original en Ingles realizada por el Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Mayo de 2003. Disponible en internet: [www.cioms.ch /frame_spanish_text. htm](http://www.cioms.ch/frame_spanish_text.htm).

Vélez, Alberto; Ruiz, Ángela y Torres, Martha. Retos y dilemas de los comités de ética en investigación. Bogotá, Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, 2013, 320 pp.

Lolas, Fernando; Quezada, Alvaro; Rodríguez, Eduardo. Investigación en Salud, dimensión ética. CIEB, Universidad de Chile. Primera edición, 2006.

Boletín de Investigación CIHUS

3.2 Análisis sobre el concepto de cuidado de Enfermería

Mónica Paola Quemba Mesa*, Profesional Centro de Investigación

*Enfermera y Candidata a Magister en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Correo: mpquembam@unal.edu.co

RESUMEN

Objetivo: Describir las características del concepto de cuidado de enfermería, a partir de la caracterización dada por enfermeras y teóricas en enfermería. **Metodología:** Se realizó una revisión de las características que las enfermeras le dan al cuidado de enfermería, a la vez que se revisó el desarrollo que cinco teóricas reconocidas de enfermería le dieron a este mismo concepto. Se realizó un análisis de la información encontrada, unificando las características similares. **Resultados y conclusiones:** Tras esta revisión se identifican características comunes en todas las perspectivas, siendo el cuidado de enfermería diferente al cuidado que brindan otras profesiones. El cuidado de enfermería es entendido con unanimidad como la esencia de la práctica de enfermería, puesto que este fenómeno se identifica en los diferentes roles que desempeñan las enfermeras. Sin embargo, hay diferentes percepciones y significados que se le dan a este fenómeno, unos más empíricos y otros muchos más abstractos.

Palabras Clave: Formación de Concepto; Cuidado de Enfermería; Percepción; Enfermería (Fuente: DeSC BIREME)

INTRODUCCIÓN

El cuidado ha sido denominado unánimemente como un concepto central para la disciplina de enfermería, tal es su importancia que es definido por muchos como “la esencia de la enfermería” (1). Es así como el cuidado es incluido dentro de los cuatro conceptos que forman el metaparadigma de enfermería. Siendo comprendido el metaparadigma de enfermería como “las declaraciones que identifican los fenómenos relevantes para la disciplina” (1); el cuidado, la salud, el contexto y la persona son los conceptos que delimitan los fenómenos que son de interés para la disciplina y que contribuyen a ampliar y cualificar el cuerpo de conocimientos, y por tanto la práctica de enfermería. El concepto de cuidado puede abordarse desde diferentes niveles de abstracción y desde diferentes visiones del mundo de enfermería, y a pesar de estos distintos abordajes siempre se

identifica el cuidado en los diferentes roles y escenarios de la práctica de enfermería.

Este concepto es de interés disciplinar puesto que al indagar con enfermeras de diferentes perfiles y niveles de formación, todas coincidirán en la importancia que para su práctica tiene el cuidado de la salud de las personas, aunque tal vez tengan percepciones diferentes de su significado. A continuación se va a mostrar la percepción que las enfermeras tienen sobre el cuidado de enfermería, y se va a hacer un recorrido por el significado y la caracterización que diferentes eruditas de enfermería le han dado al concepto de cuidado de enfermería.

EL FENÓMENO DE CUIDADO IDENTIFICADO EN LA PRÁCTICA DIARIA DE LAS ENFERMERAS

El concepto de cuidado se desarrolló a partir de la identificación de características comunes en la práctica de enfermería, que se mostraban continuamente en todas las actividades del quehacer diario, con el tiempo y tras múltiples consensos este fenómeno fue denominado como cuidado de enfermería. Al hablar con las enfermeras que se desempeñan en el ámbito clínico, en la docencia o en la investigación todas coinciden en que su práctica contribuye al cuidado de la salud humana, desde diferentes escenarios, roles e incluso visiones del mundo de enfermería. Esto se evidencia en los resultados encontrados en el estudio cualitativo de GARCIA et al (2009) (2) sobre la percepción del cuidado profesional de enfermería, indagado en enfermeros que se han desenvuelto en el ámbito hospitalario por más de un año:

<Cuidar la salud son acciones que se realizan en todas las etapas desde el inicio de la vida, todas las enfermeras con estudios universitarios están capacitadas para dar cuidados profesionales. Para llevar a cabo el cuidado es necesario que el paciente también participe... Cuidamos a las personas para que estén sanas y retornen pronto a su hogar, en algunas ocasiones se puede ver que el paciente se angustia mucho, porque extraña su ambiente> (2)

En este fragmento se identifican varios elementos de importancia para esclarecer el significado del cuidado de enfermería para los enfermeros del común. Estos enfermeros consideran que para dar

cuidado de enfermería es necesario tener bases conceptuales obtenidas a través de una formación universitaria, y por medio de esta formación formal el enfermero se capacita para dar cuidado a las personas en las diferentes etapas de la vida. Además, se identifica la importancia que se le da a las percepciones subjetivas del sujeto de cuidado y a su participación activa dentro de sus propios procesos de cuidado de la salud. Así mismo, se ve con claridad que el fin último del cuidado es que las personas tengan el mayor grado de bienestar posible y que puedan retornar a retomar sus roles con las menores limitaciones posibles.

A continuación se verá otro fragmento de los resultados de este estudio sobre la percepción de enfermeros sobre el cuidado profesional de enfermería:

<Mis actividades se dividen en: dar un cuidado integral al paciente, en algunas ocasiones es necesario recibir material y equipo, revisar que a los pacientes se le hayan realizado los cuidados de la guardia anterior, organizar las actividades que corresponden en el servicio... las actividades van desde las técnicas hasta las administrativas y de docencia; todas estas se unifican para atender a un paciente. Aunque en los programas se está revisando la participación de las enfermeras en la investigación, esta última se me hace muy difícil> (2)

En este párrafo se destaca la completa descripción que se hace de las actividades que frecuentemente debe hacer una enfermera en un servicio clínico. Se muestra la gran cantidad de actividades de tipo administrativo y estructural que con el tiempo se han asignado a enfermería. Esta gran cantidad de actividades pueden tonarse caóticas en un turno normal de enfermería, y pueden dificultar la realización de intervenciones de cuidado directo de enfermería, entre otras razones por la distribución de tiempo que la enfermera debe hacer. Sin embargo, es de gran importancia como en este fragmento se menciona que todas estas actividades se hacen de forma unificada y articulada con un propósito común, que es contribuir al cuidado de la salud de los pacientes.

En este estudio la visión que más se destaca en la percepción de cuidado de enfermería es la mecanicista, entre otras razones porque la mayoría de instituciones de salud en la actualidad tienen un fuerte enfoque biomédico. No obstante, hay que destacar que se da importancia a la subjetividad de los sujetos de cuidado y al cuidado integral como fin último, lo que muestra que las enfermeras están en medio de un proceso de transformación hacia visiones

mas integrales e integradoras del cuidado de enfermería.

Es importante comentar la frase con la se termina el fragmento, porque muestra una realidad que está en proceso de transformación. En esta última frase se plasman algunas dificultades, que para las enfermeras que están en el ámbito hospitalario se presentan frente al hacer investigación. Esto se relaciona con muchos factores, entre los que se puede mencionar que la investigación en enfermería es relativamente nueva en el ámbito hospitalario latinoamericano, y que las enfermeras están en proceso de cualificación en los procesos de investigación. Aunque la investigación ya hace parte integral de la mayoría de los planes de formación universitaria de enfermería, aún falta que esta trascienda más de la academia a la práctica hospitalaria, puesto que el objetivo final de la investigación en enfermería es cualificar la práctica, de forma que el cuidado de enfermería sea mucho más integral y eficaz.

EL CONCEPTO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DESARROLLADO POR LAS ERUDITAS DE ENFERMERÍA

A continuación se va a hacer un recorrido por diferentes caracterizaciones sobre el concepto de cuidado de enfermería, tomando como referencia algunas de las teóricas más destacadas en el desarrollo teórico e investigativo de la enfermería.

Para comenzar, Leininger dio gran importancia al cuidado de enfermería en el marco de un cuidado transcultural, destacando el impacto en este del contexto cultural, histórico y social de los individuos, viendo al ser humano como un ser holístico. Esta autora describió el concepto del cuidado profesional de enfermería de la siguiente forma:

< Aquellas conductas, técnicas, procesos o patrones, aprendidos cognitivamente y culturalmente, que permiten o ayudan a que un individuo, familia o comunidad, mejoren o mantengan una condición o estilo de vida saludable. El cuidado humano es un fenómeno universal, pero las expresiones, procesos, y patrones varían entre las culturas> (3).

Así mismo, para WATSON (1988) (4) el cuidado es considerado como el ideal moral de enfermería en donde el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana. Para esta autora, que define a la enfermería como el arte y la ciencia del cuidado humano, todas las herramientas del conocimiento empírico son importantes, sin embargo todo lo subjetivo cobra un especial relevancia, tanto en la enfermera, como en el sujeto de cuidado, y por supuesto en la relación de cuidado,

una relación de interacción y transacciones de conocimientos, aprendizajes y continuas reflexiones.

De igual manera, NEWMAN et al (1991) (5) considera que el cuidado de las experiencias de salud de los seres humanos es el núcleo de la disciplina profesional de enfermería; estas teóricas llegan a esta conclusión al considerar que este concepto engloba ampliamente al conocimiento existente sobre la enfermería. Es destacable el aporte que estas teóricas realizan al estudio del concepto de cuidado, ya que dan gran relevancia a la importancia social del servicio que la enfermería presta a la sociedad.

Es así como para DURAN M (1998) (1) el cuidado de enfermería es lo que hace la enfermera para, por y con la persona cuidada, son intervenciones de enfermería basadas en interacciones transpersonales entre la enfermera y el cliente. En esta definición se destaca la importancia que la autora da a las interacciones transpersonales, puesto que el sujeto de cuidado y la enfermera son personas integrales e indivisibles en su ser, y en las relaciones de cuidado se da continuamente intercambio de experiencias y aprendizajes mutuos.

Más recientemente NEWMAN et al (2008) (6) plantea desde la visión unitaria transformativa del mundo de enfermería, que el cuidado es uno de los conceptos centrales en la definición de la disciplina de enfermería, caracterizándose este por: tener las mejores intenciones para otros expresándolos en pensamientos palabras y acciones, respetando la forma de vida única de cada persona y la diversidad en las elecciones de vida, este cuidado es amplio y facilita la salud y al sanidad e ilumina la conciencia.

En cada uno de estas conceptualizaciones se ve como el concepto de cuidado integra muchos elementos, de forma tal que las teóricas coinciden en su importancia para la disciplina de enfermería. Se muestra también como los conceptos más recientes siguen tomando elementos que se planteaban con anterioridad, siendo unificadores y mucha más amplios, desde una visión unitaria transformativa del cuidado de enfermería.

CONCLUSIONES

Tanto las enfermeras como las teóricas mencionadas coinciden en muchos elementos al describir el significado que dan al cuidado de enfermería, sin embargo unas hacen una revisión más profunda incluyendo conceptos de mayor abstracción en su descripción. Uniendo las características más destacadas de esta revisión se concluye que el concepto de cuidado de enfermería se caracteriza por: el cuidado de enfermería se da a través de interacciones transpersonales entre la enfermera y el sujeto de cuidado, incluye actividades que en su mayoría se han aprendido a través de formación formal, y que propenden siempre por mejorar y

mantener el estado de salud y preservar la dignidad del sujeto de cuidado, teniendo como base el respeto a la individualidad y la autonomía de las personas; de esta forma el cuidado es tanto el ideal moral como el núcleo de la disciplina profesional de enfermería.

Teóricas como Leininger diferencian entre el cuidado profesional de enfermería y el cuidado que se brinda de forma innata entre seres humanos. Hay colegas que se refieren a este punto específico, afirmando que otras profesiones sean o no del ámbito de la salud también cuidan, estos argumentos nos muestran que el *cuidado* no es único de enfermería, pero el *cuidado de enfermería* sí es la esencia de la profesión, por eso es necesario hacer uso tanto de los conocimientos que la enfermería toma de otras ciencias, pero más aún del conocimiento disciplinar propio (modelos y teorías de enfermería, y resultados de investigaciones de enfermería) para darle el toque de la enfermería al cuidado que se brinda, y que de esa forma ese cuidado sea reconocido como diferente y único por parte de otros profesionales y por supuesto por parte de los sujetos de cuidado.

Por último, para fortalecer a la enfermería como disciplina y profesión, hay que destacar los acuerdos disciplinares que existen, y no acentuar las diferencias. De esta forma se tendrá una base sólida de conocimientos, que orienten el quehacer diario, permitiendo que la enfermería deje una huella diferenciada en su práctica, aportando tanto a la sociedad como al crecimiento disciplinar, y así seguir exitosamente la tarea que Nightingale y tantas otras empezaron: empoderar a la enfermera y situar a la enfermería como un ciencia en desarrollo, con todo lo que eso implica.

REFERENCIAS

- (1) Duran de Villalobos, M.M. Capítulo 1: Disciplina de Enfermería. Libro Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. Santafé de Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia, 1998, p. 77
- (2) García Hernández M., Cárdenas Becerril L., Arana Gómez B. y Monroy Rojas A. Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México – la reconstrucción del camino. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr - jun; 13(2): 287- 9
- (3) Cohen JA. Two portraits of caring: a compare ison of the artists, Leininger and Watson. J Adv Nurs. 1991 Aug; 16 (8): 899-909.
- (4) Watson, J. Enfermería: Ciencia Humana y Cuidado Humano: Una teoría de enfermería.

- National League for Nursing, 1988, 9-30.
Adaptación y Traducción: Beatriz Sánchez.
- (5) Newman, M., Sime, M. y Corcoran-Perry, S. The focus of the discipline of Nursing. ADVANCES IN NURSING SCIENCE, 1991, p. 14, 1, 1-5. Traducción María Mercedes Durán de Villalobos
- (6) Margaret A.N., Marlaine C.S., Margaret D.P. y Dorothy J. El foco de la disciplina: una revisión. Advances in nursing Science, 31(1), p. E16-E27. Traducción al español por Edilma de Reales, 2013.

Boletín de Investigación CIHUS

IV. Pedagogía HUS

4.1. Retos de la Evaluación Pedagógica en el Hospital Universitario de La Samaritana.

Dra. Natalia Murillo Pardo*

* *Especialista en Cirugía General, Directora Científica, Hospital Universitario de la Samaritana*

El objetivo primordial de la formación de especialistas es darles a estos médicos los conocimientos científicos, técnicos, habilidades y actitudes propias de su especialidad, con el fin de que asuman progresivamente grados mayores de responsabilidad en el ejercicio de ésta. Este proceso no es sólo responsabilidad de las universidades sino también, y en gran medida, de las instituciones donde los residentes realizan sus prácticas formativas, las cuales deben asumir este reto ético y social para garantizar la calidad del servicio a través de la competencia de los especialistas que forman. El Hospital Universitario de La Samaritana ha sobresalido en esta función durante las últimas décadas dándole al país y al mundo especialistas de alta calidad científica, social y humana. Sin embargo, la evolución y los cambios que se han venido dando en el modelo de educación, en el sistema de salud y en el hospital mismo obligan a hacer un alto en el camino para reflexionar acerca de cuál es la mejor manera de formar a nuestros futuros especialistas y por tanto, cuál es la manera adecuada de evaluarlos.

Si bien la evaluación tiene un papel subordinado al proceso de educación o formación y a la calidad del mismo al ser una herramienta o instrumento al servicio de éste, tiene una relevancia especial, ya que contar con la herramienta adecuada llega a ser necesario y hasta imprescindible para alcanzar las metas u objetivos esperados. Es así como autores de la talla de Ramón Pérez Juste (Presidente de la Sociedad Española de Pedagogía) han definido la evaluación pedagógica como, ante todo, un medio al servicio de los objetivos educativos, a cuyo logro debe contribuir decisivamente.

Todos, en algún momento de nuestra formación, fuimos sometidos a evaluaciones con función de control ya que, además de ser este su objetivo principal, la aplicación de estas estaba reservada a quienes ocupaban una posición de poder (profesores, instructores, etc.); sin embargo, desde las contribuciones de Michael Scriven en el área de la evaluación educativa, junto a esta función *sumativa*, de gran importancia, se conoce la relevancia de la función *formativa* o para la mejora que tiene la evaluación pedagógica. En ese orden de ideas, si la evaluación sumativa nos puede dar información sobre el grado en que se han alcanzado los objetivos, la evaluación formativa nos otorga la información

necesaria para tomar decisiones pertinentes y adecuadas acerca de cómo alcanzar dichos objetivos en el grado deseado o para mejorar los niveles que se previeron inicialmente. Esta función de mejora no se aplica sólo al aprendizaje de los estudiantes sino que puede reflejarse en el crecimiento profesional de los profesores que encuentran en los resultados puntos relevantes sobre su propio programa y su actividad docente.

Este camino, que lleva a convertir la evaluación de una actividad que nos informa del logro alcanzado en un medio para lograr los objetivos, implica una serie de cambios fundamentales:

1. Es necesario que la evaluación deje de ser una actividad discontinua en el proceso enseñanza/aprendizaje para ligarla lo más posible a este, procurando su continuidad lo que nos permitirá tener información oportuna e introducir cambios necesarios a tiempo.
2. Se debe evolucionar de la calificación al informe. JH Hills afirmaba que la calificación oculta más de lo que informa. De hecho, la calificación sólo da a conocer si se ha tenido éxito o no, pero no sobre las razones subyacentes para uno u otro resultado. Informar al estudiante de los diferentes hallazgos de la evaluación, positivos y negativos, se convierte en un factor motivacional en caso de los primeros y orientador en los segundos.
3. Pasar de los exámenes a la diversidad de técnicas. Dado que los objetivos a evaluar suelen ser variados y complejos, se podría afirmar que no hay una técnica mejor que la otra sino que hay técnicas adecuadas para cada uno los objetivos a evaluar.
4. Cambiar de la valoración de resultados a la toma de decisiones. Tal vez es el cambio más importante que se requiere, hacer de los resultados de la evaluación no el momento final de la misma sino el origen de la actividad educativa.

Como conclusión, podemos citar a Pérez Juste cuando plantea que la evaluación pedagógica debe evolucionar para convertirse en un proceso “integral”, “integrado” e “integrador”.

Es hora, entonces, de hacer parte de este proceso evolutivo de la educación y por tanto de la evaluación, para continuar aportando a nuestro país

profesionales y especialistas de altísima calidad científica, humana y social: Profesionales y Especialistas SAMARITANOS.

4.2 La Pedagogía de la Inclusión: Una realidad en el Servicio de Fisioterapia del HUS

Nair Y. Díaz D.*, Pilar Mogollón** y Maritza Quijano***, Fisioterapia HUS

**Coordinadora Servicio de Fisioterapia HUS, Fisioterapeuta Especialista en Cuidado Crítico, Fisioterapeuta Instituto Nacional de Cancerología, Cursando Maestría en Educación.*

***Fisioterapeuta Especialista en Cuidado Crítico, Fisioterapeuta Unidad de Cuidado Intensivo HUS, Docente de Práctica Universidad Nacional de Colombia, Docente Posgrado Corporación Universitaria Iberoamericana, Cursando Maestría en Educación*

**** Fisioterapeuta Especialista en Cuidado Crítico, Fisioterapeuta Unidad de Cuidado Neonatal HUS, Docente de Práctica Universidad Nacional de Colombia, Docente Posgrado Corporación Universitaria Iberoamericana, Cursando Maestría en Educación*



El departamento de fisioterapia lleva 74 años en el Hospital Universitario de La Samaritana prestando sus servicios en las áreas de pacientes hospitalizados, Unidades de Cuidado Intensivo adulto y neonatal, en urgencias, programa madre y padre canguro y consulta externa, desempeñándose con responsabilidad compromiso y buscando siempre el mejoramiento continuo.

Este trabajo no se ha limitado al campo de lo asistencial, nos desempeñamos también en el área de la pedagogía por medio de los convenios docencia servicio con fisioterapeutas que cuentan con la formación y la vocación de la enseñanza, en la actualidad se benefician de estos convenios la Universidad Nacional, la Corporación Universitaria Iberoamericana, la Escuela Colombiana de Rehabilitación y la Universidad de La Sabana, desarrollando actividades de formación profesional con estudiantes de pregrado, pasantía nacional e internacional y posgrado.

En los últimos años las fisioterapeutas Maritza Quijano y Pilar Mogollón han buscado estrategias para fomentar en los estudiantes un ambiente propicio para su formación profesional no solo como receptores pasivos sino como parte activa del proceso de la educación profesional. Estas estrategias fueron aplicadas inicialmente con los estudiantes de la Universidad Nacional, experiencia que arrojó muy buenos resultados en el área de intervención y en el campo de la docencia ya que el espacio pedagógico, más allá de la transmisión de conocimientos y habilidades, generó oportunidades de interacción que en conjunto forjaron crecimiento y nuevo conocimiento en ambas partes.

Ante tan buenos resultados se decidió generar un espacio pedagógico un poco más grande involucrando a todas las universidades que realizan su práctica clínica de Fisioterapia en el HUS, era un proyecto ambicioso, pues la docencia universitaria lleva implícito el celo por la formación específica de los estudiantes inscritos a sus programas, sin

embargo las fisioterapeutas Maritza y Pilar incluyeron en este proceso a los docentes de las diferentes universidades transmitiendo un campo pedagógico en el área clínica basado en el respeto a la opinión, a los diferentes modelos de intervención, generando la habilidad para escuchar y entender, vivenciando la inclusión como parte del modelo académico y utilizando las fortalezas académicas de cada programa de formación para permitir el aprendizaje colectivo, de esta manera se dimensiono este espacio pedagógico, como un modelo que cambiaría la práctica clínica tradicional en una experiencia de mejoramiento continuo, no solo refiriéndonos al hacer, sino a la capacidad de generar conocimiento no en una relación jerárquica sino promoviendo la relación Educador- Educando y Educando- Educador, donde todos somos iguales.

De esta forma la llamada *Pedagogía de la esperanza* de la que alguna vez escribió Paulo Freire, es una realidad en Fisioterapia, los estudiantes son personas absolutamente valiosas llenas de conocimiento para intercambiar, trabajan en equipo con estudiantes de otras universidades buscando crecimiento mutuo dando siempre la mejor atención a los pacientes y dejando huellas imborrables en el corazón de sus profesores y en el servicio. Así, desde el servicio de fisioterapia del Hospital Universitario de La Samaritana, estamos formando estudiantes que den respuestas a las nuevas demandas impuestas a ellos por la sociedad actual: que sean capaces de aceptar la diversidad y que sea la formación profesional la cuna en el fortalecimiento de habilidades colaborativas, que aporten a la estructuración de la comunicación y que propicien el colegaje, que sean estudiantes conectados con las exigencias propias de

la globalización y la apropiación de las TICs para el desarrollo personal y de los pacientes y que respondan con amplia fundamentación científica humanizada, de modo que puedan desarrollarse en los diferentes ámbitos del futuro quehacer profesional.

Es de resaltar el compromiso del servicio de fisioterapia con la docencia no como un espacio impuesto contractualmente sino como la oportunidad de brindar lo mejor de cada uno, de aprender a valorar a cada estudiante y profesor de las diferentes universidades como seres valiosamente únicos y a mostrar que el espacio pedagógico que se vive con las facultades de fisioterapia en el HUS es diferente al modelo tradicional, pues nosotros buscamos un proceso académico de inclusión en el cual no existen niveles de dominación, solo personas dispuestas al conocimiento y donde garantizamos que todos podemos hablar, escuchar y aportar cosas nuevas que muy seguramente de haber continuado con un trabajo restringido a una facultad no hubiera mostrado los frutos académicos de los que hoy gozamos y que han llegado a repercutir en universidades públicas como las de Ecuador, Perú y México que han solicitado rotar por el HUS ya que han escuchado de la calidad en la docencia como de la estrategia pedagógica de inclusión y esperanza.

Bibliografía

Freire, P. (2005). *Pedagogía de la Esperanza: un reencuentro con la pedagogía del oprimido*. Editorial: SIGLO XXI (MEXICO), edición 2005. N° de páginas: 226 Prólogo de Carlos Núñez Hurtado. Notas de Ana María Araujo Freire.

4.3. La cultura del aprendizaje continuo.

Cesar Augusto Carrioni Pineda*, Residente Cirugía Oral y maxilofacial

**Odontólogo, Magister en Salud Pública con énfasis en gestión de servicios de Salud. Residente Cirugía Oral y maxilofacial Universidad Nacional de Colombia. Email: cesar.carrioni@gmail.com; cacarrionip@unal.edu.co*

El aprendizaje continuo dentro de los procesos de educación y formación institucional es el elemento clave que permite trascender el conocimiento aprendido y desarrollado a través de la experiencia clínica para llevarlo a otros escenarios con el fin de mostrar los avances alcanzados como hospital pionero en Colombia para el reemplazo aloplástico total de la Articulación Temporomandibular (ATM).

En días pasados se llevó a cabo el Congreso Internacional de la asociación Latinoamericana de Cirugía Oral y Bucomaxilofacial en la ciudad de Lima, que es la principal asociación de la especialidad que reúne a toda las asociaciones científicas de América Latina y cuyo congreso se realiza de manera bianual. Cuenta con más de 16 países miembros y en esta oportunidad asistieron más de 700 participantes y reconocidos conferencistas de talla mundial y para orgullo del Hospital Universitario de La Samaritana, estuvimos representados por la conferencista Nacional e Internacional la Doctora Beatriz Eugenia Mejía Flórez como panelista del Simposio de Articulación Temporomandibular en temas de Cirugía de ATM abierta, cirugía mínimamente invasiva y la importancia del manejo del disco articular; y como conferencista del tema resorción condilar idiopática de la ATM.

La Doctora Beatriz Mejía es Odontóloga egresada de la Facultad de Odontología de la Universidad nacional de Colombia y posgraduada en Cirugía Oral y Maxilofacial de la misma universidad, con estudios en Molecular Biologytechniques de University Of Wisconsin, especialista en epidemiología de la Universidad del Rosario y magister en Educación de la Universidad Pedagógica Nacional. Es una reconocida líder a nivel nacional en reemplazo Aloplástico total de la ATM y actualmente se desempeña como Jefe del Grupo de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de La samaritana de Bogotá y de la Unidad Funcional Zipaquirá.

El desarrollo de la temática permitió conocer los alcances de los procedimientos actuales sobre cirugía en la ATM, reconocimiento institucional por ser el Hospital Universitario de La samaritana de Bogotá, una institución pionera en Colombia, con más de 70 casos de reemplazo aloplástico total de ATM, con una década de experiencia en estos

procedimientos y ocupando el segundo lugar, solamente superado por Brasil. Sin lugar a dudas este alto desempeño en el Área de la Cirugía Oral y Maxilofacial se articula con los procesos institucionales enmarcados dentro del desarrollo como hospital universitario, donde además de realizar adecuadamente las actividades hospitalarias, se requiere de un alto grado de avance en la academia docencia e investigación, además del desarrollo de un pensamiento crítico y constructivo frente a los problemas de salud del país para el personal que está en formación.

Es por esto, que poder mostrar nuestras fortalezas, alcances y desarrollos desde lo científico a la comunidad internacional, nos catapulta como hospital líder de procesos educativos en la región, reconociendo la importancia de la formación investigativa, académica y docente, sin dejar de lado nuestro compromiso ético con los pacientes quienes son los que han permitido tener los desarrollos regionales alcanzados. Sin lugar a dudas, esta participación en actividades internacionales impacta significativamente en los objetivos estratégicos institucionales relacionados con la garantía de tener el más competente talento humano del sector, comprometido con la cultura de servicio y mejoramiento continuo de sus procesos, fortaleciendo así la prestación de los servicios de salud. A su vez, también permite velar para que los niveles de formación y desempeño del personal en formación, sean acordes a las exigencias en materia de desarrollo científico, tecnológico e intelectual basados en la excelencia académica

La invitación es entonces, a nuestros profesores y profesionales en formación a dar el salto cualitativo de las actividades hospitalarias y propias de cada servicio y continuar mostrando nuestras fortalezas institucionales a la comunidad internacional para llegar a ser el principal centro de referencia como hospital de alta complejidad en Colombia consolidando así nuestro modelo de educación e investigación.

V. Investigación en Gestión de procesos

5.1. Desarrollo del Cuadro de Mando Integral como herramienta para la medición del desempeño de la red de suministro de medicamentos en el Hospital Universitario de La Samaritana.

Luis C. Arciniegas C. *, Manuel Á. Camacho O.** y Edgar L. Duarte F.**, Semillero Ingeniería y Sustentabilidad, Universidad Libre de Colombia.

*Estudiante Ingeniería Industrial. **Docentes departamento de Ingeniería Industrial y directores del Semillero Ingeniería y Sustentabilidad - Universidad Libre de Colombia. Correo de contacto: luis.arciniegasc@unilibrebog.edu.co.

Resumen

Con el desarrollo de este proyecto se pretende contribuir al conocimiento de la medición del desempeño de la red de suministro en el marco de la logística hospitalaria. Teniendo como referente la aplicación de la metodología del Cuadro de Mando Integral, diseñada por Kaplan y Norton en 1992. El objetivo general del presente proyecto de investigación es el de desarrollar una metodología para la medición del desempeño de la red de abastecimiento de medicamentos en el Hospital Universitario de La Samaritana (HUS), de manera que permita mejorar los procesos de toma de decisiones en el hospital.

Palabras clave: *Administración de la red de suministro, Cuadro de Mando Integral, desempeño, hospital, indicadores claves de medición, Logística Hospitalaria, sistemas de medición del desempeño, toma de decisiones.*

Introducción

El presente documento hace referencia a los resultados del proyecto de investigación “Desarrollo del Cuadro de Mando Integral (CMI) como herramienta para la medición del desempeño de la red de suministro de medicamentos en el hospital universitario de la samaritana”, llevado a cabo como proyecto de grado en las instalaciones del área de farmacia del H.U.S, por parte del Semillero de Investigación Ingeniería y Sustentabilidad perteneciente a la Universidad Libre de Colombia, el cual se encuentra bajo la dirección de los ingenieros Manuel A. Camacho O. y Edgar L. Duarte F.

El desarrollo del presente proyecto investigativo tuvo lugar en los periodos contemplados en los años 2012-2015 y contó con la participación de un gran número de miembros del área de farmacia de los cuales se destaca la colaboración de la actual líder de farmacia la doctora Aura Enit Ahumada, la química

farmacéutica Diana Rocío Martínez García, y el ingeniero Alexander L. Naranjo L, el cual es miembro del área de planeación del hospital, quienes han aportado desde su conocimiento como asesores de la presente investigación.

Como problemática de investigación se aborda la temática de medición del desempeño de la red de suministro de medicamentos en un hospital de alta y mediana complejidad, como es el caso del Hospital Universitario de La Samaritana (HUS).

La medición del desempeño de la red de suministro dentro de una organización debe garantizar de manera certera un crecimiento holístico de cada uno de los niveles que componen a la misma, por lo cual es importante que las compañías adopten un sistema de evaluación confiable, efectivo y acertado, el cual permita identificar los elementos relacionados con el desempeño, medirlos y proporcionar retroalimentación a la empresa.

Por esta razón el presente proyecto adopta como objetivo general el desarrollar una metodología para la medición del desempeño de la red de abastecimiento de medicamentos en el HUS, a partir del uso del CMI, de forma que permita mejorar los procesos de toma de decisiones.

Actualmente el proyecto se encuentra en la etapa de análisis de la información resultante del proceso de medición.

Objetivos

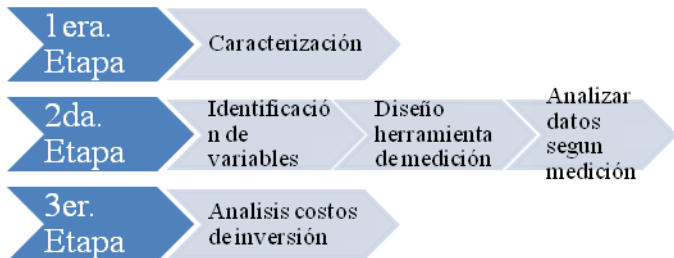
El objetivo general del presente proyecto de investigación es el de desarrollar una metodología para la medición del desempeño de la red de abastecimiento de medicamentos en el Hospital Universitario de La Samaritana (HUS), a partir del uso del CMI, de forma que permita mejorar los procesos de toma de decisiones.

De igual forma se han planteado cinco objetivos complementarios, los cuales se especifican en la metodología del proyecto.

Metodología

El proceso metodológico de este proyecto consta de tres etapas, que de manera secuencial facilitan el logro de los objetivos específicos propuestos para el desarrollo de este proyecto de investigación. Como se demuestra en la siguiente figura:

Figura N°1. Metodología establecida para el desarrollo del estudio



Fuente: Autor (2015)

En el desarrollo de la primera etapa de este proceso metodológico es importante tener en cuenta que la cadena de suministro engloba los procesos de negocio, las personas, la organización, la tecnología y la infraestructura física que permite la transformación de materias primas en productos y servicios intermedios y terminados que son ofrecidos y distribuidos al consumidor para satisfacer su demanda (1). Es por esta razón, que dentro del marco de estudio de este proyecto, se limita el alcance de la cadena de suministro desde los proveedores de medicamentos (materia prima) hasta el personal encargado de suministrar los medicamentos al paciente. Mediante actividades de visitas de campo y entrevistas a los miembros del hospital, se logró obtener como resultado la caracterización de flujo de los medicamentos dentro del hospital y los diferentes niveles que hacen parte de esta red de suministro.

Figura N°2 Niveles de la red de suministro de medicamentos en el HUS.



Fuente: Autor (2015).

En el desarrollo de la segunda etapa metodológica se hizo énfasis en las actividades claves y de apoyo logístico definidas por Ballou en su libro *Administración de la cadena de suministro* (2) y se procedió a determinar cuáles de estas actividades poseen un mayor impacto en el proceso de medición según el contexto en el que opera el hospital. Como resultado se obtuvieron tres procesos claves para

efectuar la medición del desempeño, los cuales fueron: Servicio al cliente y procesamiento de pedido, planeación y gerencia de inventarios y suministro (compras y manufactura). Una vez identificadas estas actividades, se desarrolló una herramienta que permite relacionar la metodología del CMI, las actividades claves de medición y los indicadores logísticos que fueron aplicados. Como resultado se obtuvo una tabla que relaciona los ítems anteriormente mencionados, la cual es adaptada de la propuesta efectuada por el ingeniero Luis Aníbal Mora en su libro *Indicadores de la gestión logística* (3), en la que se relacionan los procesos versus los tipos de indicador, por consiguiente para el caso de este proyecto se adapta el proceso versus cada una de las perspectivas pertenecientes al CMI, lo cual se expresa a continuación.

Tabla N°1 Relación de procesos Vs Perspectivas de medición.

Proceso/ Prospectiva	P. Financiera	P. Procesos Internos	P. Cliente	P. Aprendizaje y Crecimiento
Servicio al cliente y procesamiento de pedido.	volumen de compra	Entregas perfectas	Índice de satisfacción del cliente	Índice de satisfacción del personal
Planeación y gerencia de inventarios.	exactitud de inventario	Vejez de inventario	Ciclo de la orden	Índice de rotación de personal
Suministro compras y manufactura.	nivel de dependencia de inventario	Entregas perfectamente recibidas	Certificación de proveedores	Capacitación de personal

Fuente: Adaptado de indicadores de la gestión logística, Mora Luis Anibal. (2010)

Estos indicadores claves de medición logística fueron determinados mediante la metodología del CMI, en la que se toma como referencia la visión de la empresa, los objetivos estratégicos por cada perspectiva y los factores de riesgo que dificultan el alcance de estas metas. Una vez identificados los indicadores claves de medición logística, se desarrolló una herramienta de seguimiento en el programa Excel en la cual se incluyeron las fichas técnicas de cada uno de estos indicadores, responsables y metas.

Teniendo claro que el desempeño hace referencia al nivel de cumplimiento de los objetivos planteados por una organización y después de obtener los resultados del proceso de medición, se procedió a buscar una metodología que permitiera relacionar las cuatro perspectivas del CMI en un solo indicador de desempeño. Fue en esta etapa que tuvo lugar la aplicación del Índice de Desarrollo Humano (IDH), el cual es un índice simple, pero ingenioso, diseñado para medir los logros relativos de las naciones con mayor agudeza de lo que consiguen las clasificaciones anuales de ingresos entregadas por el Banco Mundial (4). Lo que se resume en la relación de factores con características diferentes en un solo indicador.

$\text{Valor Indicador} = \frac{\text{Valor real} - V. \text{min}}{v. \text{Max} - V. \text{min}}$	Ecuación N°1
--	---------------------

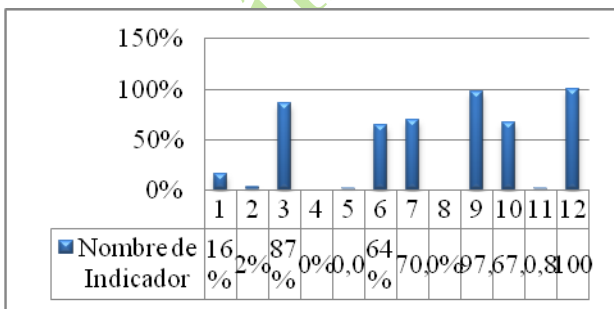
Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD (IDH).

Con esta fórmula se buscó obtener un valor representativo por cada uno de los indicadores logísticos seleccionados, de manera tal que al efectuar la sumatoria de los resultados de esta actividad, se obtenga el indicador de **desempeño de la red de suministro de medicamentos**. Como ejemplo de la aplicación de esta fórmula se podría tomar el indicador número x el cual es un indicador decreciente y obtuvo un valor real de 19% y tiene una meta de valor máximo de 16% y una meta de un valor mínimo de 21%. Aplicando la fórmula del IDH, se tendría como resultado: Valor indicador= (19%-21%) / (16%-21%); lo cual representa el índice de desempeño para este indicador de 40%. Este valor es el que se sumará con los resultados de los otros indicadores para obtener el desempeño de la red de suministro de medicamentos. Cabe resaltar que el desempeño puede ser expresado en un macro indicador como fue mencionado anteriormente o se puede evaluar el alcance de las metas por cada una de las perspectivas del CMI.

Resultados obtenidos

Hasta la fecha se han realizado un total de diez mediciones, las cuales fueron graficadas para efectuar el seguimiento correspondiente a la gestión de cada uno de estos indicadores. En la siguiente gráfica se expresa el comportamiento general de estos.

Gráfico N°1 Comportamiento general de indicadores.



Fuente: Autor (2015)

Con el fin de facilitar la interpretación del anterior gráfico, en la tabla N°2 se expresa la numeración correspondiente a cada uno de los indicadores propuestos.

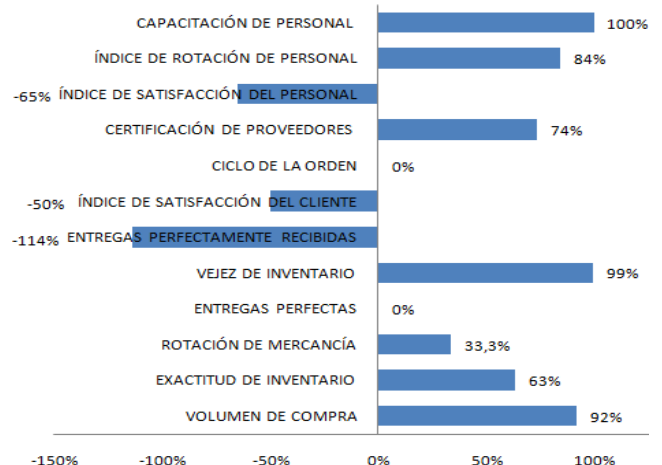
Tabla N°2 Numeración de indicadores.

Núm.	Indicador	Núm.	Indicador
1	Volumen de compra	7	Índice de satisfacción cliente
2	Exactitud de inventario	8	Ciclo de la orden
3	Nivel de dependencia de inventario	9	Certificación de proveedores
4	Entregas perfectas	10	Índice de satisfacción de personal
5	Vejez de inventario	11	Índice de rotación de personal
6	Entregas perfectas recibidas	12	Capacitación del personal

Fuente: Autor (2015)

El gráfico de seguimiento al comportamiento de los indicadores es una de las herramientas utilizadas para determinar el nivel de cumplimiento de las metas que estos presentan. Cabe resaltar que se cuenta con un total de doce indicadores, de los cuales siete son crecientes y los restantes decrecientes, esta es la razón por la cual se puede evidenciar resultados notoriamente bajos, lo que no implica que el indicador tuviese un mal desempeño. Una vez obtenido el comportamiento de los indicadores seleccionados, se procedió a aplicar la fórmula propuesta por el IDH, garantizando el paso de factores dimensionales a adimensionales, con la finalidad de poder relacionar la totalidad de los indicadores entre sí.

Gráfico N°2 Índice de desempeño por indicador



Fuente: Autor (2015)

Como consecuencia de este proceso se obtiene un macro indicador denominado “Índice de desempeño de la red de suministro” que es el resultado de promediar los índices de desempeño individual, el cual hasta el momento (un total de diez mediciones) presenta un valor del 31,6%.

En relación al desempeño de cada una de las perspectivas del CMI, el resultado del desempeño obtenido en un ámbito financiero fue el de 63%%, siendo este el desempeño más alto gracias a que sus tres indicadores se encuentran en los rangos esperados para su comportamiento. Para la perspectiva de aprendizaje y crecimiento se obtuvo un resultado del 40%%, esto debido a que el indicador “índice de satisfacción del personal” presentó un desempeño negativo del -65%.

Para la perspectiva de procesos internos el resultado fue de -7%, es pertinente resaltar que este porcentaje de desempeño solo corresponde al indicador “vejez de inventario” y “Entregas perfectamente recibidas” este último indicador con un desempeño notoriamente bajo (-114%) ya que su resultado se encuentra bastante alejado de las metas propuestas.

Por último la perspectiva del cliente arrojó como resultado un índice de desempeño del 12%, contando con dos de las tres mediciones que le corresponden, y resaltando que el indicador de “índice de satisfacción del cliente” presenta una tendencia negativa del -50% en cuanto a su nivel de desempeño.

Conclusiones

Según la medición efectuada hasta el momento es pertinente concluir que el estado actual del desempeño de la red de suministro de medicamentos en el HUS presente notables falencias en las perspectivas de procesos internos y del cliente, ya que los indicadores de índice de satisfacción del cliente y el índice de satisfacción del personal obtuvieron un desempeño de -65% y -50% respectivamente, lo que da como resultado un indicador de desempeño de la red de suministro del 31,6%. Esto es debido a que en parte los conceptos logísticos no son tenidos en cuenta por las entidades prestadoras de salud ya que en la mayoría de los casos estas no contemplan en su gestión procesos relacionados con la planeación, implementación y control efectivo y eficiente del flujo y almacenamiento de bienes, servicios e información relacionada a su labor, desde un punto de origen a un punto de consumo.

En relación a las medidas que el hospital debe tomar frente a los indicadores que obtuvieron un desempeño negativo, es oportuno diseñar metodologías basadas en desarrollo y crecimiento de los miembros de la organización, en aras de aumentar la productividad de los mismos, y a su vez estas medidas tendrán impacto en la perspectiva de los clientes. Frente a los indicadores que presentan un desempeño superior al 100%, es recomendable que la empresa reevalúe las metas y límites planteadas para estos, ya que lo ideal es exigir al sistema un mayor compromiso con los niveles de gestión y no obtener buenos resultados a causa de un margen amplio en el desarrollo del proceso de medición.

De igual forma es recomendable adoptar una cultura de medición dentro del HUS, de manera que el presente proyecto de investigación sirva como pauta para efectuar una medición general del desempeño de la organización. Se debe tener como referente la metodología planteada y los conceptos propuestos por el CMI, ya que esta herramienta no solo facilita el proceso de medición sino que también garantiza que de manera holística se abarquen los factores que presenten mayor relevancia para este proceso.

Bibliografía

- (1) PILOT. Manual Práctico de Logística. p.9.2010.
- (2) Ronald H. Ballou. 2008. Logística administración de la cadena de suministro.
- (3) Mora García Luis Aníbal 2010. Indicadores de la gestión logística “indicadores claves de desempeño logístico. Medellín Colombia.
- (4) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD. «Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo.» 2015.
- (5) David P. Norton, Robert S. Kaplan (1996). The Balanced Scorecard: Traslating Strategy into action. tercera edición: Noviembre de 2009. España.
- (6) Mora García, Luis Aníbal ; Mauricio Martiliano Martínez. 2012. Modelos de optimización de la gestión logística "la aplicación de herramientas estadísticas para la planeación y simulación en la cadena.

5.2. Análisis del flujo de pacientes en el Hospital Universitario de La Samaritana (HUS) a través de dinámica de sistemas

Edgar Leonardo Duarte Forero*, Manuel Ángel Camacho Oliveros** Semillero Ingeniería y Sustentabilidad, Universidad Libre de Colombia; y Alexander Naranjo Ladino*** Planeación HUS

*edgarl.duarte@unilibrebog.edu.co,

**manuel.camachoo@unilibrebog.edu.co,

***alexander.naranjo@hus.org.co

Resumen

El artículo presenta resultados parciales del modelado del flujo de pacientes en el HUS a través del uso de la metodología de dinámica de sistemas. La investigación busca proponer estrategias que contribuyan a mejorar el desempeño del flujo de pacientes, asegurando su estabilidad y control. Para ello concibe a este flujo como un sistema en el que intervienen agentes y factores articulados a partir de relaciones causales.

El proceso de investigación ha sido de tipo descriptivo – causal y las fuentes de información utilizadas son de tipo secundario, provistas por las áreas de planeación y estadística del HUS. Se proponen tres modelos causales: de arribo de pacientes al HUS, flujo de pacientes en urgencias y flujo de pacientes de hospitalización. Para cada uno de ellos se han definido las características de las relaciones entre sus agentes y factores, así como su incidencia en el flujo de pacientes.

En materia del flujo de pacientes, los resultados preliminares permiten identificar las relaciones existentes entre la asignación de capacidad al sistema y los cambios en sus medidas de desempeño. Sin embargo, se evidencia la necesidad de considerar otros factores de capacidad distintos a la tradicional medida del número de camas existentes.

Con respecto al comportamiento del arribo de pacientes, se ha logrado identificar que su crecimiento pronunciado obedece en parte al débil grado de articulación de la red hospitalaria del departamento de Cundinamarca, la cual referencia al HUS pacientes con cuadros clínicos que podrían ser tratados en instituciones de menor complejidad. El estudio concluye en la necesidad de proponer estrategias que permitan planificar de mejor forma la capacidad del hospital, así como ahondar en los factores que influyen en las demoras no clínicas durante la estancia de pacientes.

Palabras clave: *Administración hospitalaria, Ocupación de camas, Dinámica de sistemas, Flujo de Pacientes.*

Introducción

El problema del flujo de pacientes se evidencia en que la variabilidad en su arribo genera subutilización o poca disponibilidad en los recursos disponibles por parte de las instituciones (equipos, personal y zonas de atención). Lo anterior implica un aumento en las tardanzas para la prestación efectiva del servicio a los pacientes. Causas adicionales para este problema consisten en capacidad física insuficiente, fallos en programación de operaciones, personal especializado necesario, equipos y suministros no disponibles, e inadecuados flujos de información.

Para enfrentar el problema surge la necesidad de balancear el nivel de servicio con los costos que involucra contar con una capacidad instalada. La literatura propone que los esfuerzos para mejorar el flujo de pacientes radican en: 1) Reducir el tiempo del paciente en cada etapa del proceso, 2) Reducir la demanda de servicios de urgencia a través de medicina preventiva y otras, 3) Reducir el número de etapas del proceso, 4) Desarrollar actividades o etapas en paralelo y 5) Reducir el tiempo requerido para ir de una etapa a otra(1).

Por otra parte, las medidas tradicionales de medición de capacidad hospitalaria (número de camas u ocupación por cama) no brindan información sobre las particularidades de los servicios ofrecidos, además que ocultan el rendimiento de otros servicios complementarios de los hospitales (imágenes diagnósticas, hotelería, o laboratorio) (2). Una mayor capacidad de camas no necesariamente se refleja en las mejoras en el número de egresos, o en la duración de la estancia. Las medidas tradicionales de capacidad hospitalaria bloquean la visión sobre las necesidades de mejora requeridas en otros servicios influyentes.

Normalmente, la capacidad de los hospitales ha sido diseñada en función de los servicios brindados, pero hoy en día la literatura propone la necesidad de rediseñar esta capacidad de acuerdo con la perspectiva de los pacientes, es decir sobre la ruta de atención que éstos siguen (3), a través de eventos tales como: exámenes, diagnósticos, transferencias, etc. Esto implica un cambio en la perspectiva pues el flujo de pacientes ya no se examinaría desde el punto de vista de “condiciones clínicas similares” sino de “procesos similares”. Así, medidas de capacidad como las asociadas al número de camas pierden relevancia, dando paso a aquellas asociadas a la

capacidad de los servicios o procesos que dentro del flujo de atención del paciente generan cuellos de botella.

La comprensión de las relaciones entre capacidad y medidas de desempeño del flujo de pacientes en los sistemas hospitalarios resulta ser de gran complejidad y por ello se acudió al uso de la dinámica de sistemas como metodología de investigación. La revisión de la literatura sobre el uso de esta metodología para el análisis de flujo de pacientes identificó quince referencias.

Brailsford et.al.(4), desarrollaron un modelo dinámico para explicar el flujo de pacientes en urgencias y consulta externa para la red hospitalaria de Nottigham (Inglaterra). Los autores proponen una comparación entre el uso y pertinencia de la simulación discreta y la dinámica de sistemas para el modelado de sistemas de salud (5). Rwashana et.al.(6), proponen un modelo dinámico para caracterizar la mortalidad infantil en Uganda a partir del estudio del flujo de pacientes. El modelo permitió comprender mejor este fenómeno y dar elementos para el diseño de políticas al respecto.

La construcción del modelo de dinámica de sistemas para el HUS contiene cinco pasos fundamentales (7): 1. Formulación del problema; 2. Hipótesis dinámica; 3. Formulación del modelo; 4. Pruebas y 5. Formulación y evaluación de políticas. El presente artículo presenta los resultados obtenidos para las tres primeras fases. Al finalizar se presentan los resultados y conclusiones preliminares, así como los pasos a seguir en el proceso investigativo.

Formulación del problema

Las características del flujo de pacientes en el HUS se fundamentan en la descoordinación que existe entre distintas áreas del Hospital(8). En entrevistas realizadas a funcionarios de las áreas de urgencias, hospitalización, planeación, farmacia y estadística, se identificó que el problema del flujo de pacientes del HUS se manifiesta a través de fenómenos como la elevada congestión del área de urgencias, las demoras en la entrega de exámenes diagnósticos y el represamiento de pacientes esperando sus órdenes de egreso, entre otras.

Estos síntomas se manifiestan a través del comportamiento de sus tres principales indicadores: giro cama, promedio de estancia y porcentaje ocupacional. El informe de gestión a 2013 del Hospital, refleja que mientras el indicador Giro cama se ha mantenido relativamente constante (3,8 personas por mes), el promedio de días de estancia aumentó levemente de 8,5 días en 2011 a 8,7 días en 2013. A esto se le debe sumar un incremento en el porcentaje ocupacional del mismo periodo (90% en 2011 a 109% en 2013)(9). Éste informe, y las entrevistas realizadas al personal del Hospital

plantean la necesidad de analizar las relaciones que existen entre causas y consecuencias para poder explicar el comportamiento de estos indicadores.

Las discusiones realizadas establecen que no existe claridad sobre el comportamiento de la demanda, la relación entre la capacidad instalada y los indicadores mencionados, y mucho menos acerca de estrategias de mejora basadas en estas relaciones. El problema se fundamenta entonces en la búsqueda de la solución a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los agentes que componen y caracterizan el flujo de pacientes en el HUS?, ¿Cuáles son las relaciones causales que determinan el comportamiento de los indicadores de desempeño del HUS, asociados a las características de los agentes del flujo de pacientes?, ¿Cuál es la tendencia o comportamientos característicos de estos indicadores?, ¿Qué estrategias debe desarrollar el HUS para mejorar el comportamiento de estos indicadores, asegurando su estabilidad y control?

Hipótesis dinámica

El planteamiento de la hipótesis dinámica implica establecer las relaciones causales que gobiernan el sistema del flujo de pacientes. Inicialmente se construyó un modelo esquemático que representa el flujo de pacientes, así como las principales características que influyen en su comportamiento. El flujo de pacientes fue modelado gráficamente referenciando la ruta y lugares por donde pasa un paciente desde el momento en que ingresa al HUS hasta que se presenta su salida, ya sea por egreso, abandono o muerte (Ver Figura 1).

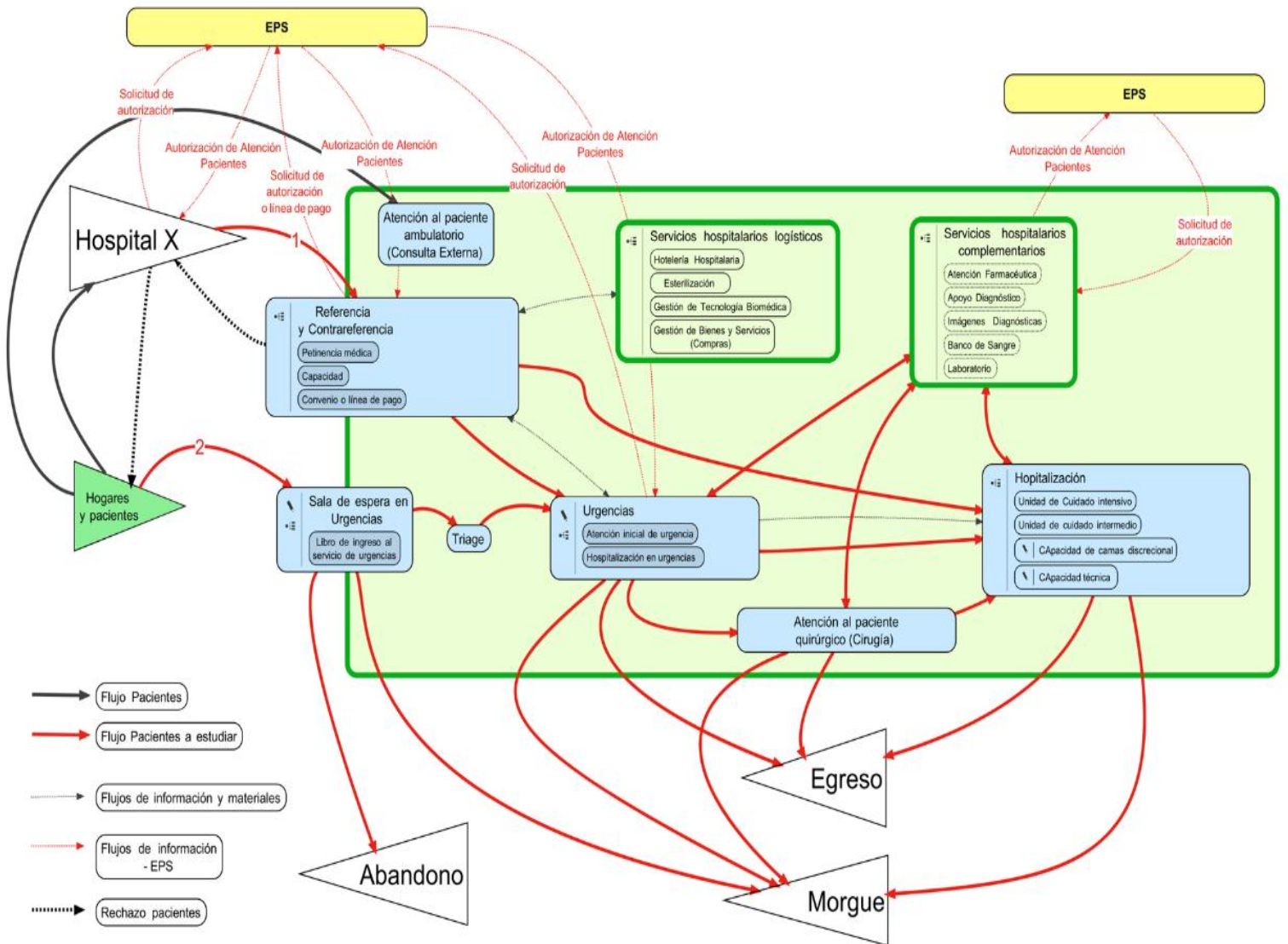
En este esquema se identificaron las principales rutas de los pacientes a su paso por el HUS, señalando como actividades críticas el ingreso del paciente, la hospitalización y la prestación de servicios logísticos hospitalarios y complementarios. En materia de ingreso, los pacientes arriban desde tres distintas fuentes: referidos desde otras entidades hospitalarias, demanda espontánea cuyo canal de ingreso es el servicio de urgencias, y los que son atendidos por el servicio de consulta externa. Posteriormente, los procedimientos médicos buscan que el paciente llegue a una pronta recuperación en Urgencias o hacia una estancia prolongada en Hospitalización. Durante este proceso, el paciente recibe servicios desde otras áreas (laboratorios, radiología, hotelería y restaurante), los denominados servicios logísticos hospitalarios y complementarios.

Se establecieron los agentes que intervienen en flujo de pacientes del HUS y se pasó a analizar las relaciones causales que inciden en su comportamiento. Para ello se realizaron entrevistas con el personal del Hospital logrando definir tres áreas específicas de análisis. El análisis implicó construir un diagrama causal general y subdividirlo en tres estructuras: 1. Comportamiento de la

demanda (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** – Recuadro 1); 2. Acceso a Urgencias (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la**

referencia. – Recuadro 2) y 3. Flujo en hospitalización (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** – Recuadro 3).

Figura 1. Modelo esquemático del flujo de pacientes en el Hospital de La Samaritana



Fuente: Los autores, 2014.

El HUS es un hospital del III nivel y por ende debería recibir pacientes con diagnósticos de alta complejidad. No obstante, lo que se observa en la realidad es que muchas veces los pacientes que arriban al HUS presentan diagnósticos de mediana o baja complejidad. Este fenómeno es originado al menos por dos causas fundamentales. En primer lugar, se observa que en algunos casos otros centros médicos de la red hospitalaria del departamento remiten casos de baja o mediana complejidad al HUS porque no tiene capacidad suficiente para tratarlos directamente en sus sedes.

Otra causa radica en el imaginario de parte de la población usuaria de la red, quienes consideran que es preferible dirigirse al HUS sin importar su condición, pues entienden que allí tendrán acceso a todos los servicios requeridos. Esto es un fenómeno indeseado puesto que concentra la atención de la demanda en el HUS y ha sido documentado en la literatura especializada como “efecto voz a voz”

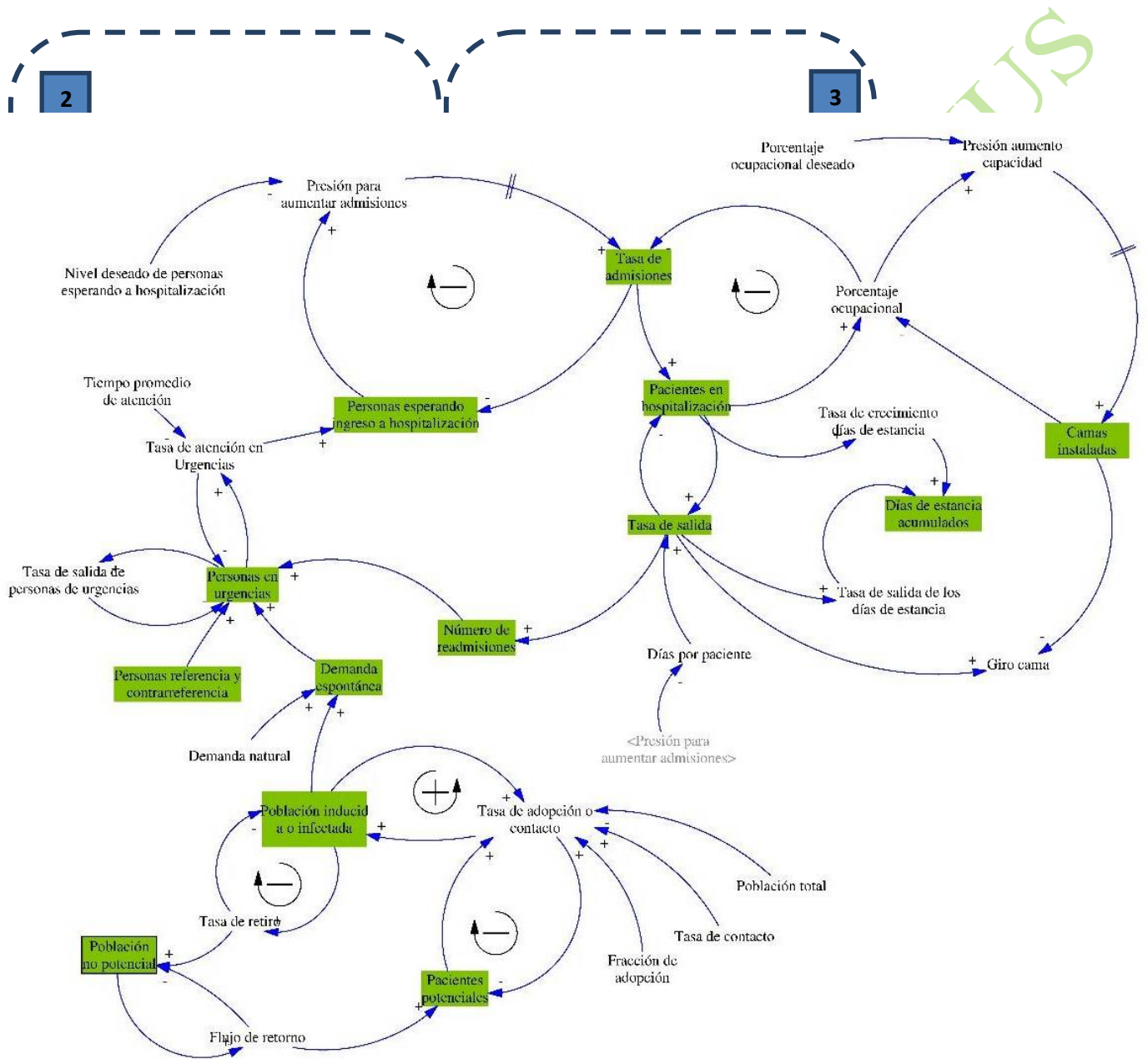
entre la población(10). Desde la dinámica de sistemas, este fenómeno corresponde a una estructura causal del tipo SIR MODEL(7) y ha sido utilizado para explicar la proliferación de ideas, costumbres y enfermedades en poblaciones cerradas. Esta problemática evidencia que el sistema departamental de salud no funciona como una red articulada, sino como un embudo cuyo eje central es el HUS. Cuando un paciente se adhiere a este tipo de práctica, se considera como un “paciente inducido o infectado” cuyo comportamiento afecta al sistema y reduce su eficiencia (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** – Recuadro 1).

Para el comportamiento del Acceso a Urgencias (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** – Recuadro 2) se estableció que existe una demora de material en el flujo de personas que pasan de urgencias a hospitalización. Esta demora radica en la ocupación que tiene hospitalización, fenómeno que impide un adecuado flujo de pacientes desde

urgencias hacia esta área. Lo anterior se evidencia en la necesidad de atender pacientes bajo el concepto de hospitalización, pero estando físicamente en el área de urgencias. En cuanto al área de hospitalización (Ver **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** – Recuadro 3), el análisis logró establecer las relaciones de causalidad que existen entre la disponibilidad de recursos (para este caso camas), con la entrada y salida de pacientes. Si bien se evidenció la necesidad de incluir otros recursos que resultan críticos para el flujo, el alcance de la

investigación se limitó al análisis de las camas como factor generador de capacidad. El diagrama causal fue expuesto a miembros del equipo de profesionales del HUS logrando un consenso frente a su estructura. Esta etapa requirió de múltiples ajustes y desarrollos adicionales como la inclusión de indicadores (Giro camas, Días de estancia y Porcentaje Ocupacional), así como la definición de fenómenos de retroalimentación como el flujo de Readmisiones.

Figura 2. Diagrama causal sectorizado del flujo de pacientes en el Hospital Universitario de La Samaritana



Fuente: Los autores, 2014

Formulación del modelo

A partir del diagrama causal de la Figura 2., se procedió a la construcción de un modelo de simulación basado en diagramas de Forrester utilizando el aplicativo Vensim. El modelo está compuesto por tres flujos principales. El flujo

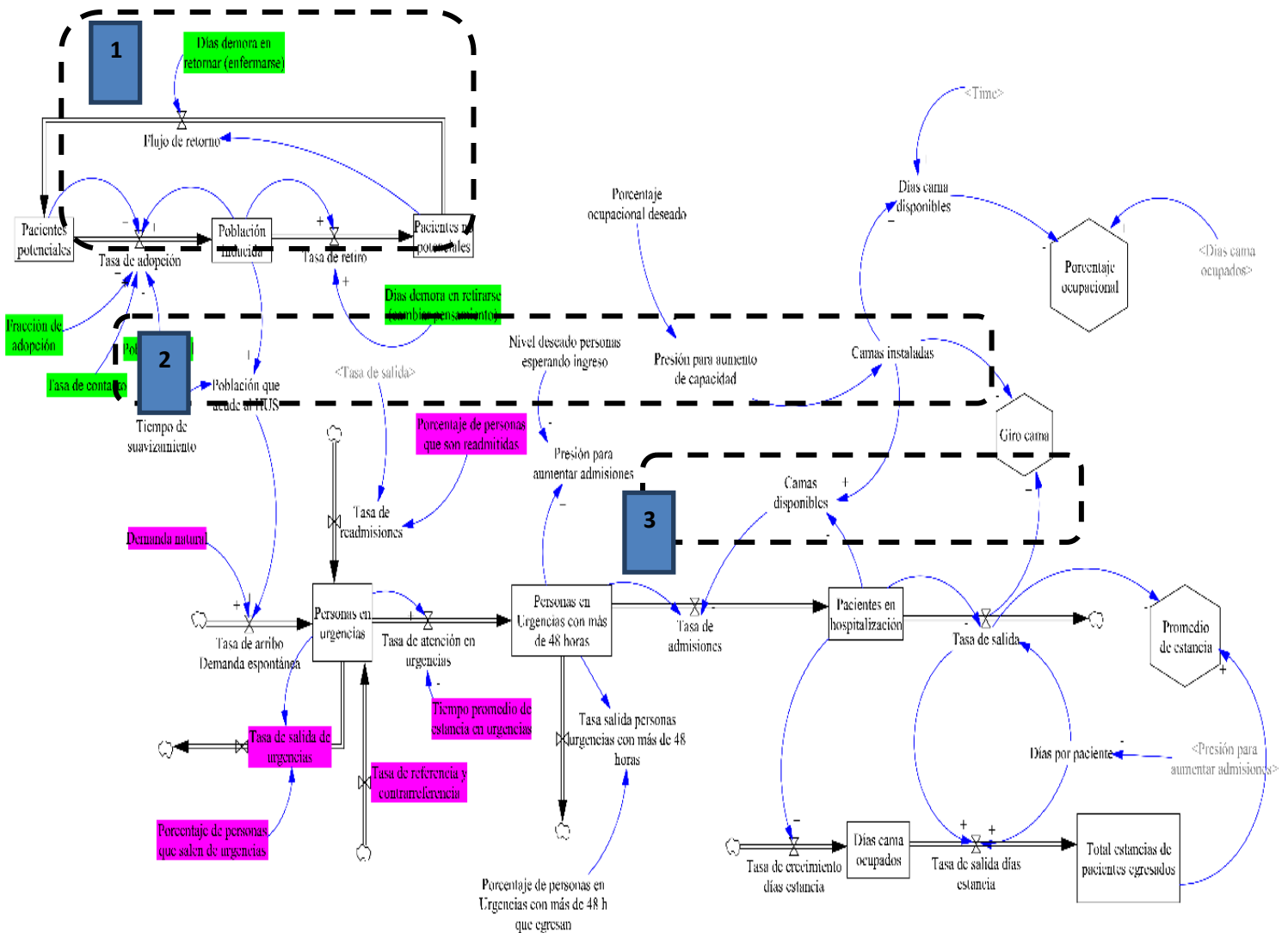
Figura 3 – Recuadro 1) considera el comportamiento de la demanda a la luz del SIR MODEL, llevando así a representar un rápido crecimiento en la demanda, independientemente de las necesidades reales de la población en cuanto a atención de media y alta complejidad. El flujo número 2 (Ver

Figura 3 – Recuadro 2) representa al paciente durante sus etapas de atención hospitalaria normal: paciente en urgencias, en urgencias esperando hospitalización y en hospitalización.

Alrededor de este flujo se construyeron las estructuras que permiten reflejar aspectos complementarios como la ocupación de camas, la

represión de pacientes en urgencias, y el cálculo del porcentaje ocupacional y el giro cama. Para el cálculo del número de días de estancia, se construyó una estructura de acumulación de días que permite considerar el envejecimiento de agentes dentro de un sistema (Ver Figura 3 – Recuadro 3) (11).

Figura 3. Diagrama de Forrester para el flujo de pacientes en el Hospital Universitario de La Samaritana



Fuente: Los autores, 2015.

El modelo construido ha sido revisado y ajustado por las áreas de investigación y planeación del HUS. Su estructura permite tener una mirada macro sobre el flujo de pacientes e identificar posibles cuellos de botella para el cumplimiento de metas en materia de eficiencia y eficacia del proceso.

Resultados

De acuerdo con lo expuesto, los resultados parciales que se tienen frente al análisis del flujo de pacientes en el HUS son los siguientes: a) reconocimiento y modelación de los componentes causales que permiten comprender la dinámica de arribos de pacientes, flujo de atención en urgencias y hospitalización en el HUS de forma estructural e integral; b) planteamiento de hipótesis acerca de los

factores que determinan la congestión de pacientes en el HUS y c) planteamiento inicial de escenarios para la mejora del desempeño del sistema.

Conclusiones e investigación futura

El modelo construido permite adquirir una comprensión significativa sobre el flujo de pacientes al interior del hospital, así como una explicación del comportamiento creciente de la demanda evidenciada en el área de Urgencias. Actualmente, el equipo de trabajo está desarrollando los análisis estadísticos de entrada para la obtención de funciones matemáticas que representen a los parámetros del modelo, y así poder continuar con el proceso metodológico establecido al inicio del proyecto. Un área de estudios pertinente y que

impactaría de forma positiva en el flujo de pacientes en el hospital, tiene que ver con la propuesta de esquemas interfuncionales de atención entre los servicios de forma que se puedan definir rutas de atención del paciente, que tengan en cuenta los cuellos de botella que mayor impactan en la demora de atención al paciente.

Adicionalmente, la búsqueda de soluciones para la asignación de recursos de capacidad en función de la demanda existente en distintas áreas también representa un frente de trabajo interesante. Todo lo anterior combinado con estudios que busquen la aplicación de estrategias de mejoramiento continuo basados en lo propuesto en metodologías como el *Lean healthcare*, igualmente tendrán grandes impactos en el flujo de pacientes. Finalmente la revisión de literatura presenta casos de uso complementario de la dinámica de sistemas con éstas herramientas en sectores como el de la salud y la prestación de servicios.

Bibliografía

1. Thompson S, Day R, Garfinkel R. Improving the Flow of Patients Through Healthcare Organizations. En: Denton BT, editor. Handbook of Healthcare Operations Management [Internet]. Springer New York; 2013. p. 183-204. Recuperado a partir de: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-5885-2_7
2. Rechel B, Wright S, Barlow J, McKee M. Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows. World Health Organ World Health Organ. 2010;88(8):632-6.
3. Lillrank P, Groop J, Venesmaa J. Processes, episodes and events in health service supply chains. Supply Chain Manag. 2011;16(3):194-201.
4. Brailsford SC, Lattimer VA, Tarnaras P, Turnbull JC. Emergency and on-demand health care: modelling a large complex system. J Oper Res Soc. 2003;55(1):34-42.
5. Brailsford SC, Hilton NA. A comparison of discrete event simulation and system dynamics for modelling health care systems. En: Riley J, editor. Planning for the Future: Health Service Quality and Emergency Accessibility [Internet]. Glasgow Caledonian University; 2001. Recuperado a partir de: <http://eprints.soton.ac.uk/35689/>
6. Rwashana AS, Nakubulwa S, Nakakeeto-Kijjambu M, Adam T. Advancing the application of systems thinking in health: understanding the dynamics of neonatal mortality in Uganda. Health Res Policy Syst. 2014; 12:36.
7. Sterman JD. Business Dynamics: Systems thinking and modelling for a complex world. Mc Graw Hill; 2000. 1008 p.
8. Escandón Vega LC, Naranjo A. Entrevista grupal - área de planeación. 2014.
9. Dueñas Araque OA. Informe de gestión [Internet]. Hospital Universitario de La Samaritana; 2013 [citado 11 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.hus.org.co/recursos_user/Planeacion%20gestion%20y%20control/INFORME%20DE%20GESTION%202013.pdf
10. Chevalier JA, Mayzlin D. The Effect of Word of Mouth on Sales: Online Book Reviews. J Mark Res. Agosto de 2006;43(3):345-54.
11. Duarte Forero E. Modelo para el sistema de transporte público de Bogotá, D.C., basado en dinámica de sistemas [Tesis de Maestría en Ingeniería Industrial]. [Bogotá, D.C.]: Universidad Distrital Francisco José de Caldas; 2011.

5.3. Sistema de gestión de requerimientos y procesamiento de solicitudes de servicios para el área de hotelería hospitalaria en el Hospital Universitario de La Samaritana

Mariana Tapieros Arias*, Manuel Ángel Camacho Oliveros** y Nelsy Flores***

*Investigador principal y **asesor metodológico Facultad de Ingeniería Industrial de la Universidad Libre y ***Co-investigadora Jefe de Hotelería Hospitalaria HUS. Correo de contacto: mariana.tapierosa@unilibrebog.edu.co

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de gestión de requerimientos y procesamiento de solicitudes de servicios, se han considerado como, aquel que soporta los procesos encargados de controlar y monitorear las solicitudes de servicios que se lleguen a presentar, desde el ingreso hasta su finalización. En base a estos sistemas, se encuentran métodos cualitativos que permiten conocer el comportamiento de diferente variables, en estos métodos encontramos la teoría de colas, que es una rama de las matemáticas aplicadas. Dicho modelo se ha desarrollado, para múltiples funciones como; conocer los tiempos de respuestas, determinar número de servidores, demoras en los servicios, entre otros.

Los hospitales han sido considerados en los últimos años como empresas de servicios y su éxito depende del trabajo que realicen sus funcionarios y hacer un buen trabajo significa desempeñar actividades que son importantes para proporcionar un buen y oportuno servicio a los usuarios (1). Dentro de este contexto se enmarca el servicio del área de Hotelería Hospitalaria, responsables de procurar el bienestar del paciente.

Esta investigación desea la sistematización de la gestión de requerimientos y procesamiento de solicitudes de servicios del Área Hotelería Hospitalaria en el Hospital Universitario de la Samaritana, a través de una herramienta informática, ayudando a la prestación oportuna de los servicios de esta área y en el proceso de acreditación institucional.

Palabras claves: sistema de gestión de requerimiento y procesamiento de solicitudes de servicio, hotelería hospitalaria, sistematización, teoría de colas, sistemas de atención a clientes, sistemas de información.

OBJETIVO

Mejorar la prestación de los servicios asistenciales mediante el desarrollo de un sistema de gestión de requerimientos y procesamiento de solicitudes de servicios para el área de hotelería hospitalaria en el Hospital Universitario de la Samaritana.

METODOLOGÍA

El tipo de investigación será mixta, una parte cuantitativa ya que se utilizan variables medibles como el tiempo, estadísticas de requerimiento y procesamiento de solicitudes, tipos de solicitudes, costos, recursos físicos, y también cualitativa correspondientes al criterio del personal administrativo del HUS.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este trabajo de grado se va a desarrollar una herramienta informática, la cual se le incorporará métodos cuantitativos, para la gestión de requerimiento y procesamiento de solicitudes de servicios; en el que se encontrarán indicadores como; tasa de arribos de solicitudes, tiempo promedio de respuestas de todos los tipos de solicitudes, áreas recurrentes, solicitudes de servicios recurrentes, estadísticas por solicitud de servicios, cantidad de insumo utilizado, tiempo de esperas de cada solicitud, tasa de utilización del sistema. Todo esto con el fin de conocer el comportamiento de la situación actual para poder tomar decisiones a futuro.

Esta herramienta informática contará con usuarios solicitantes, que serán los jefes de pisos, puesto que son quienes realizan las solicitudes y unos usuarios responsables que serán los encargados de dar respuestas a dichas solicitudes; ellas son; los servicios de lavandería, aseo y el área de hotelería hospitalaria. Dicha herramienta contará con una base de datos, donde se guardará la información registrada en la gestión de requerimiento y procesamiento de solicitudes de servicios, para calcular los indicadores nombrados.

CONCLUSIONES

En este trabajo de grado se validará diferentes teorías que sustenten el sistema de gestión de requerimientos y procesamientos de solicitudes de servicios propuestos para el Área de Hotelería hospitalaria, de manera que se mejore la prestación de los servicios asistenciales de dicha área y que de soporte al proceso de acreditación institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Malagón, Galan y Pontón. (2008). En Administración Hospitalaria (pág. 654). Bogotá: panamericana.
- Andreu, Ricart y Valor. (1996). Estrategia y Sistemas de información. McGraw-Hill.
- Amaya, J. (2010). Toma de decisiones gerenciales métodos cuantitativos. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Arwise, J. & Seligman, J. (1997). Flujo de información. La lógica de Sistemas Distribuidos. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brown, A. (1992). Gestión de la atención al cliente. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Colunga Dávila, C. (1995). La calidad en el servicio. Panorama .
- Díaz, Pazos y Suárez. (2003). Teoría de colas y simulación de eventos discretos. Madrid: Pearson.
- Escudero, L. (1972). Aplicaciones de la teoría de colas: análisis y solución de los problemas de cuellos de botellas en almacén, producción y ventas con referencias breves a Business Games y teoría de juegos. Bilbao: Deusto.
- Fernández Alarcón, V. (2010). Desarrollo de sistemas de información: una metodología basada en el modelado. Cataluña: Univ. Poli. de Cataluña.
- Gosso, F. (2010). Hiper Satisfacción del Cliente. México, D.F.: Panorama.
- Gross, Shortle, Thompson, Harris. (2011). Fundamentals of Queueing Theory. John Wiley & Sons.
- Hillier y Lieberman. (2002). Métodos cuantitativos para administración: un enfoque de modelos y casos de estudio, con hoja de cálculo. Buenos Aires: McGraw-Hill/Irwin.
- Jackson, J.R. (1963). Jobshop-like queueing systems. In: management science.
- Kamlesh y Solow. (1996). Investigación de operaciones: el arte de la toma de decisiones. New York: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Kotler, P. (2006). Dirección de Marketing. México: Pearson Educación.
- Küster Boluda, I. (2002). La venta relacional. Madrid: ESIC Editorial.

VI. Investigación en clínica

6.1. Manejo conservador de Tumor Odontogénico Queratoquístico. Hospital Universitario de La Samaritana. Reporte de un caso.

Beatriz Mejía Flórez*, Cesar Carrioni Pineda**, Mónica Rodríguez Marín** y Margarita Reina Cuevas**, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial HUS.

*Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Jefe Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial HUS, bemeji@unal.edu.co. **Residentes de Cirugía Oral y Maxilofacial Universidad Nacional de Colombia, cesar.carrioni@gmail.com, microdriguez@unal.edu.co, malreinacu@unal.edu.co

Resumen

El Tumor Odontogénico Queratoquístico (TOQ) es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una lesión benigna uni o multiquística interósea de origen odontogénico con características de paraqueratina sobre el tapizado epitelial estratificado escamoso con un potencial para un comportamiento agresivo e infiltrante. El tratamiento del TOQ es controversial y puede variar entre tratamientos conservadores (terapias que consisten en enucleación, curetaje, descompresión y marsupialización); y tratamiento agresivo (resección con o sin pérdida de continuidad mandibular o desarticulación).

Metodología: Se describe el caso de un paciente de 17 años de edad con evidencia en radiográfica de lesión radiolúcida mandibular amplia, que se extiende desde parasífnisis, cuerpo, ángulo y parte de rama mandibular del lado derecho, con diagnóstico histopatológico de TOQ tratada mediante descompresión, marsupialización y tras el seguimiento de 7 meses enucleación de lesión residual, el cual ha mostrado resultados óptimos y resolución completa de la sintomatología del cuadro clínico inicial.

Conclusión: Es competencia del Cirujano Oral y Maxilofacial analizar en cada caso las características propias del paciente como el estado de salud general, edad; y características de la lesión para definir el tipo de tratamiento más apropiado para cada caso individual teniendo en cuenta tanto alternativas conservadoras como agresivas así como su combinación y un proceso de seguimiento a largo plazo como parte del manejo integral que debe recibir este tumor.

Introducción

El TOQ es una neoplasia benigna odontogénica con un comportamiento potencialmente agresivo y recurrente (1) (2). Fue descrita por primera vez en la literatura por Philipsen en 1956 como “Queratoquiste Odontogénico” exhibiendo un quiste

de los maxilares que presenta queratinización sobre su revestimiento epitelial. (1).

Debido a su comportamiento clínico, de altas tasas de recurrencia tras la enucleación, apariencia histológica y más recientemente la presencia de marcadores tumorales como Antígeno nuclear proliferante celular y algunas metaloproteínas (2); la OMS renombra esta lesión como TOQ (2). Algunos estudios han encontrado que estos quistes podrían estar tapizados frecuentemente por paraqueratina, una variante clínicamente agresiva (3) en contraste con la rara variante de ortoqueratina la cual se asocia con tasa de recurrencias mucho más bajas y se permite mencionarlos dentro del grupo de los quistes odontogénicos (2).

El TOQ se origina de remanentes de la lámina dental de la misma manera que un quiste primordial. Sin embargo no siempre se relaciona con la ausencia de un diente, alternativamente podría originarse de la mucosa oral especialmente de la región retromolar debido a que se han encontrado quistes hijos en estas regiones (2).

Dentro de las características puede presentarse como un área uni o multilocular, presentar expansión de corticales óseas en estadios tardíos con invasión medular principalmente pudiendo causar eventualmente perforación de la cortical, junto con el compromiso del nervio dentario inferior en lesiones bien instauradas.

El tratamiento del TOQ es controversial y puede variar entre tratamientos conservadores (terapias que consisten en enucleación, curetaje, descompresión y marsupialización); y tratamiento agresivo (resección con o sin pérdida de continuidad mandibular o desarticulación.).

La tasa de recurrencia que se ha reportado varía desde 25 a 62% (3). Dependiendo el autor y tipo de tratamiento y aunque hay consenso de que la tasa de recurrencia luego de una resección con márgenes de 1 cm es virtualmente 0%, este es un tratamiento que puede causar excesiva morbilidad (2). La recurrencia principalmente se observan entre los primeros 5 años postratamiento e incluso puede verse recurrencia hasta después de los 10 años. Las razones para su elevada recurrencia pueden ser debidas a la friabilidad del epitelio que generan dificultad en la escisión quirúrgica completa y a la presencia de quistes hijos en la periferia de la lesión (2).

Por lo anterior se debe tener en cuenta las características del paciente que puedan ser determinantes incluyendo el estado de salud general, posibilidad de seguimiento y compromiso del paciente; otras características del tumor son si se encuentra aislado, múltiple o si corresponde a una recurrencia, la localización y los bordes radiográficos de la lesión (7).

Caso clínico:

Se presenta el caso de un paciente femenino 17 años quien ingresa al servicio de urgencias y es valorada por el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del

Hospital Universitario de La Samaritana con cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor severo asociado a edema en región de ángulo mandibular derecho acompañado de pérdida de la sensibilidad labio mental ipsilateral. (Figura 1), deformación de contorno en fondo de surco vestibular compatible con expansión de corticales óseas (Figuras 2); se evidencia en radiografía panorámica un área radiolúcida unilocular asociada con diente 48 incluido, con bordes definidos, que se extiende desde rama hasta parasíntesis mandibular derecha sin evidencia de resorción radicular. (Figura 3).

Figura No. 1:



Fuente: autores reporte de caso

Figura No. 2.



Fuente: autores reporte de caso

Figura No. 3.



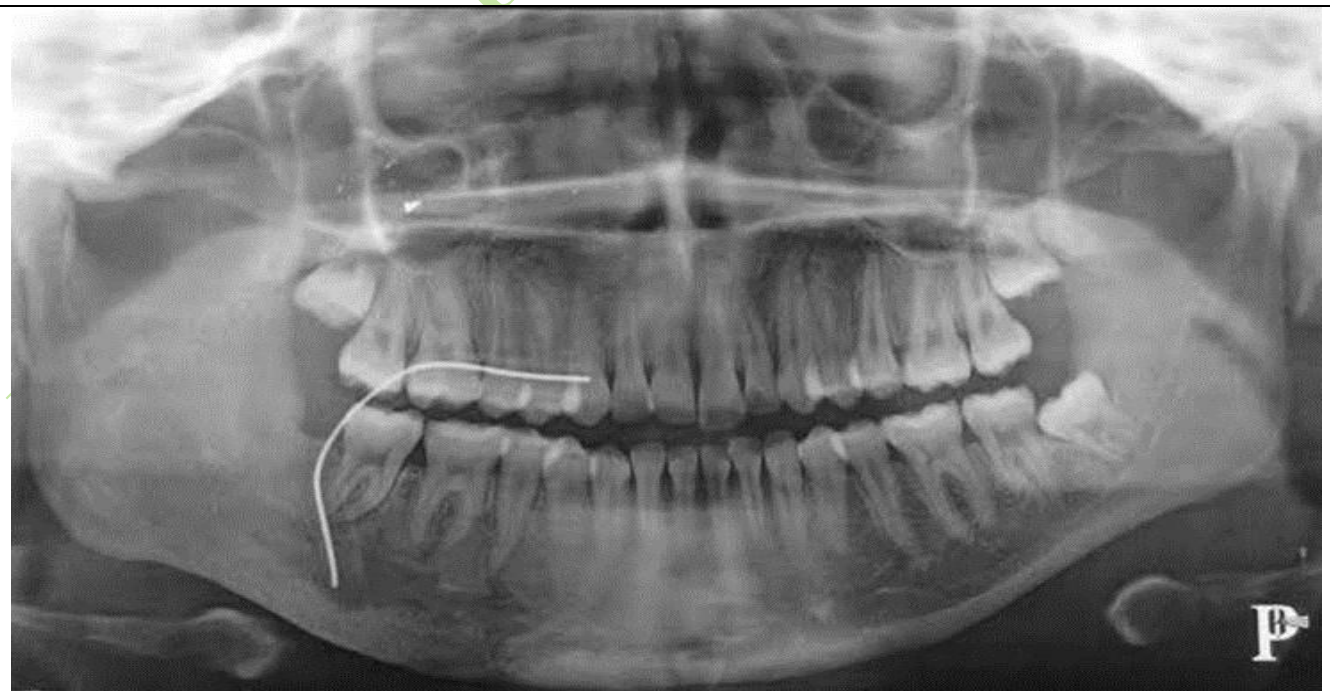
Fuente: autores reporte de caso

Es llevada a salas de cirugía para la realización de exodoncia del 48 involucrado en la lesión observando una cavidad definida tapizada por un tejido de apariencia grisácea friable, se toma una muestra para estudio histopatológico con colocación simultánea de dren no deformable para descompresión de la lesión. Se Obtienen hallazgos no conclusivos reportando una lesión mesenquimal benigna con cambios inflamatorios asociados dando negativo para neoplasia.

Tras un seguimiento de 7 meses, se observa en la radiografía panorámica la disminución del tamaño de la lesión con aumento progresivo de

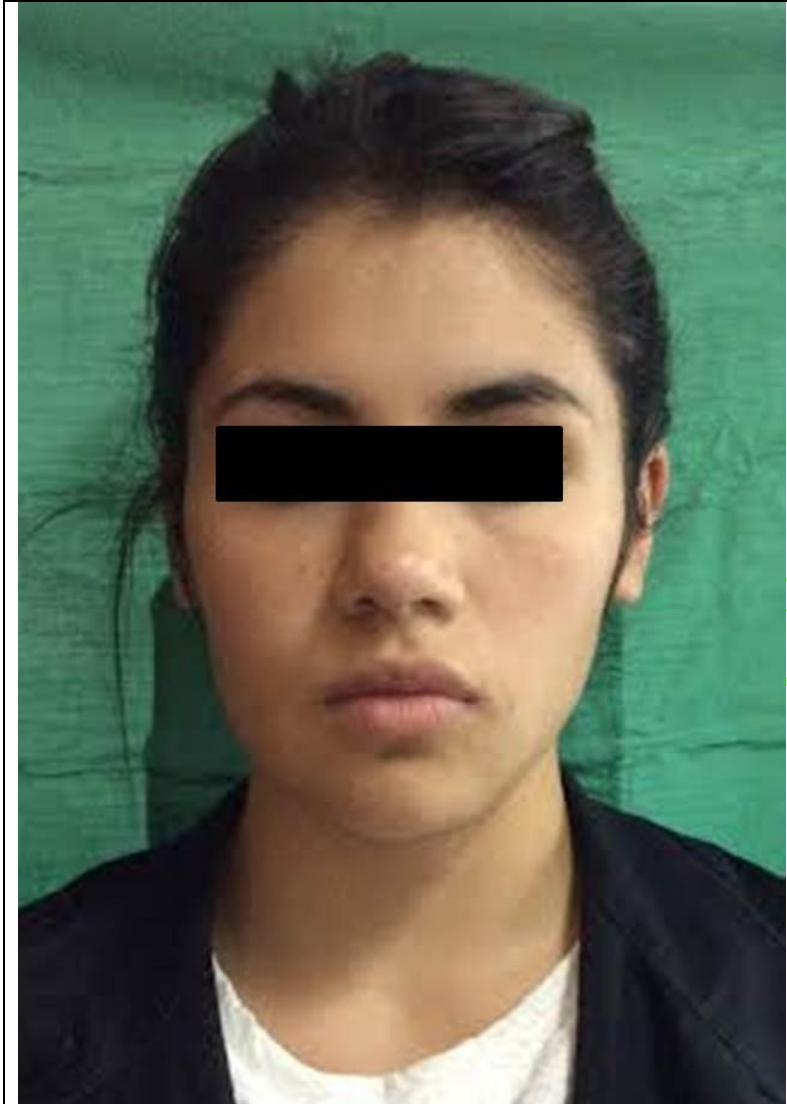
neoformación ósea; (figura 4). Ausencia de edema y simetría facial (figura 5), con la resolución completa de la parestesia labio mental. Dados estos hallazgos es llevada nuevamente a salas de cirugía donde se encuentra una cavidad residual con tapizamiento completo el cual es enucleado a en su totalidad (Figura 6) y enviado a un nuevo estudio histopatológico con un reporte de TOQ (Figura 7). La paciente se encuentra en la actualidad en seguimiento clínico y radiográfico.

Figura No. 4



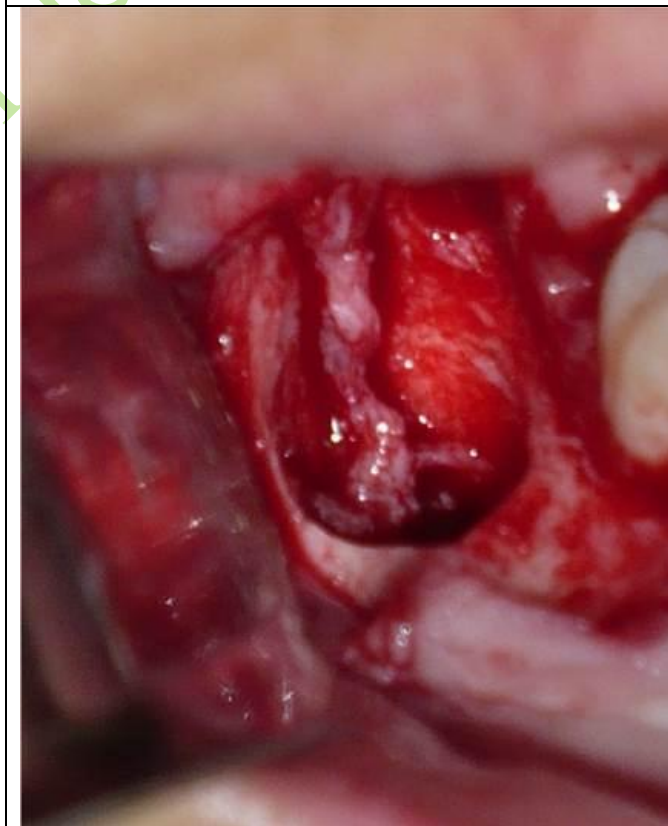
Fuente: autores reporte de caso

Figura No. 5



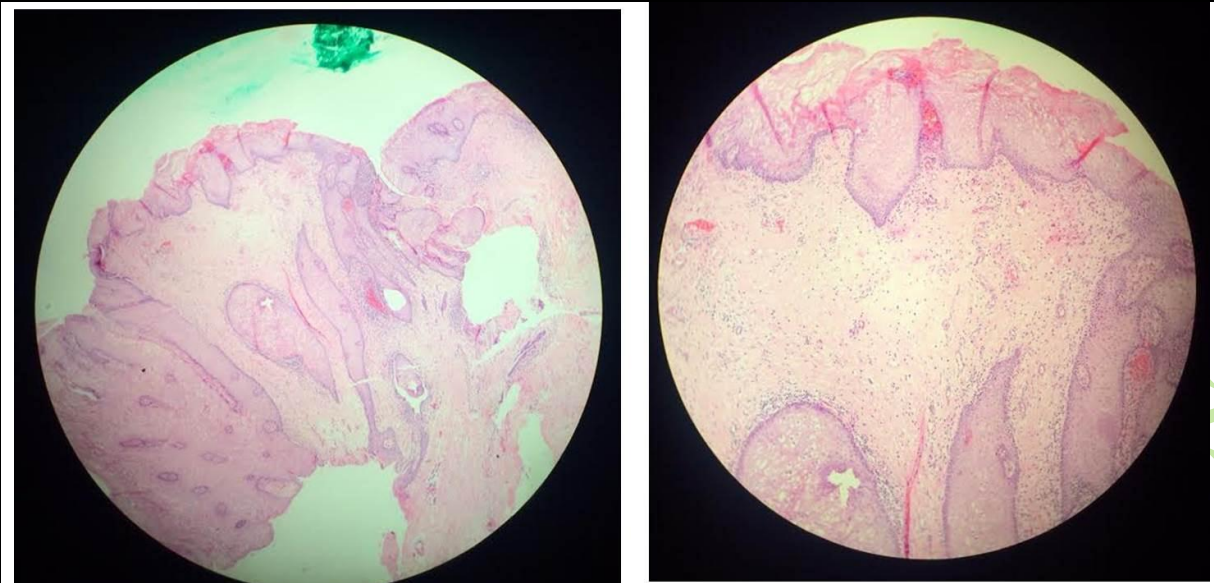
Fuente: autores reporte de caso

Figura No. 6.



Fuente: autores reporte de caso

Figura No. 7.



Fuente: autores reporte de caso

Discusión

El TOQ ha sido de gran interés desde su introducción y ha generado toda una investigación continua tratando de entender su comportamiento, subclasificar las lesiones y buscar el tratamiento apropiado el cual tenga resultados óptimos y que preserve la mayor cantidad de estructuras anatómicas (4).

Se encuentra reportado en la literatura el uso combinado de alternativas conservadoras para tratamiento del TOQ, empezando como en este caso con opciones que permitan disminuir el tamaño de la lesión y finalmente la escisión del contenido residual del quiste mediante curetaje óseo profundo (2). Algunos autores incluso consideran la posibilidad de una transformación histológica luego de la descompresión, en la que el TOQ pueda disminuir su potencial de agresividad mediante transformación parcial o incluso total del revestimiento con evaluaciones a largo plazo (9).

Dentro de los caracteres que llevaron a la elección del tratamiento definitivo para este caso se encuentran la edad de la paciente, el que se tratara de una lesión primaria, el estado de las corticales óseas de la lesión inicial las cuales no se encontraban perforadas, la buena respuesta de la lesión y la neoformación ósea secundaria a la descompresión y marsupialización como bien se describen en la literatura (1).

Conclusión

Dado lo controversial del tratamiento para el TOQ, es competencia del cirujano Oral y Maxilofacial analizar en cada caso las características propias del paciente como el estado de salud general, edad; y características de la lesión para definir el tipo de

tratamiento más apropiado para cada caso individual teniendo en cuenta tanto alternativas conservadoras como agresivas así como su combinación y un proceso de seguimiento a largo plazo como parte del manejo integral que debe recibir este tumor.

Bibliografía

1. Kaczmarzyk T, Mojca I, Stypulkowska J. A systematic review of the recurrence rate for keratocystic odontogenic tumour in relation to treatment modalities. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2012; 41: 756–767.
2. Pogrel MA. The Keratocystic Odontogenic Tumor. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 25 (2013) 21–30
3. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, Pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC. WHO classification of tumours series. 2005
4. Michele G. Conservative Management of a Large Odontogenic Keratocyst: Report of a Case and Review of the Literature. *J Oral Maxillofac Surg* 64:308-316, 2006
5. Williams TP, Connor FA: Surgical management of the odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg* 52:964, 1991
6. Madras J, Lapointe H. Keratocyst odontogenic tumor: reclassification of the odontogenic keratocyst from cyst to tumor. *JDCA*. 2008
7. Ghali GE. Surgical management of the odontogenic keratocyst. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am* 15 (2003) 383–392,
8. Shear M, Speinght PM. Cyst of the oral and maxillofacial regions. Fourth edition. 2007
9. Pogrel MA, Marsupialization as a Definitive Treatment for the Odontogenic Keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg* 62:651-655, 2004

6.2. Factores Asociados con Mortalidad Intrahospitalaria Postquirúrgica en Pacientes con Fractura de Cadera

Jaime A. Leal M.D.; Omar R. Peña M.D.; Kristian A. Espinosa M.D.; Amparo Gómez M.D. Departamento de Ortopedia y Traumatología – Grupo de Investigación *OrthoHUS*, Hospital Universitario de La Samaritana

Introducción

La mortalidad intrahospitalaria en pacientes con fractura de cadera puede presentarse antes o después de realizarse un procedimiento quirúrgico. Específicamente la mortalidad postquirúrgica ha sido reportada entre un 2,7 y un 6% y múltiples factores de riesgo han sido asociados. El objetivo de este estudio es identificar cuáles son los factores de riesgo más comúnmente encontrados en nuestra población y que contribuyen a la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con fracturas de cadera llevados a procedimiento quirúrgico.

Materiales y métodos

Un estudio de casos y controles no pareado fue realizado en un Hospital Universitario de referencia durante el periodo comprendido entre 2010 y 2013. Se incluyeron pacientes mayores de 65 años y que fueron llevados a cirugía por presentar fractura de cadera. Los criterios de exclusión fueron fracturas múltiples, patológicas o periprotésicas y pacientes con fractura o cirugía de cadera previas. Se valoraron variables sociodemográficas, índice de masa corporal (IMC), enfermedades incluidas en el índice de comorbilidad de Charlson (ICC) con sus exacerbaciones y la escala de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), también fueron documentadas las complicaciones durante la hospitalización, el tipo de cirugía y el tiempo pre quirúrgico. El tiempo pre quirúrgico fue dividido en 3 categorías: tiempo pre admisión (tiempo entre el momento de la fractura y el ingreso al Hospital), tiempo pre quirúrgico (tiempo entre el ingreso hospitalario y el procedimiento quirúrgico) y el tiempo pre quirúrgico total (la suma del tiempo pre admisión y el tiempo pre quirúrgico). Según el cálculo de muestra realizado, fueron requeridos 41 casos y 123 controles. Se realizó un análisis bivariado para identificar potenciales variables predictoras de mortalidad y después se realizó un análisis multivariado para controlar posibles variables de confusión y detectar las variables responsables de la mortalidad intrahospitalaria. La significancia estadística fue establecida en un valor p de menos de 0.05.

Resultados

En el periodo comprendido entre 2010 y 2013 fueron atendidos 704 pacientes ≥ 65 años con fractura de cadera con una mortalidad intrahospitalaria post quirúrgica de 5,8% (41 pacientes), incluyéndose 164 pacientes en este estudio, 41 casos y 123 controles. En toda la población estudiada la edad promedio fue de 82,7 años y el IMC promedio fue 23,5 kg/m². El tiempo pre quirúrgico total fue de 231,5 horas (rango de 48-1080 horas), con un promedio de tiempo en los casos de 214 horas y en los controles de 237,2 horas. No se encontró relación entre variables como ICC ≥ 3 , exacerbaciones y tiempos pre quirúrgicos con aumento de mortalidad intrahospitalaria. Después del análisis multivariado las variables asociadas con la mortalidad intrahospitalaria post quirúrgica fueron: IMC $\leq 18,5$ kg/m² (OR 8.3, IC 95% 1.4 - 49, p= 0.019), edad ≥ 83 años (OR 4.8, IC 95% 1.3 - 16 p= 0.014), ASA ≥ 3 (OR 6.4, IC 95% 1.4 - 2.7 p= 0.013) y el desarrollo de complicaciones durante la hospitalización (OR 7.0, IC 95% 2.0 - 70 p= <0.001).

Discusión y conclusiones

La mortalidad intrahospitalaria post quirúrgica encontrada fue similar a la reportada en otros estudios a pesar de presentar tiempos pre quirúrgicos tan prolongados, siendo esto una limitación propia de nuestra población debido a condiciones geográficas y socioeconómicas de difícil control, especialmente el tiempo pre admisión. Este estudio identifico factores relacionados con la mortalidad intrahospitalaria en esta población, específicamente confirmo la asociación con edad ≥ 83 años, valores altos de ASA y la presencia de complicaciones durante la hospitalización. De igual forma, el bajo peso medido a través del IMC fue detectado como un nuevo factor de riesgo no reportado previamente en esta población. La identificación de estos factores permitirá realizar intervenciones específicas con el objetivo de reducir la mortalidad intrahospitalaria en esta población.

VII. Mesa de la tercera edad: Vejez divino tesoro

7.1. Política: Envejecimiento y vejez en Cundinamarca

**Equipo Vejez divino tesoro Secretaria departamental de salud de Cundinamarca
Dr Victor Romero, Natalia Gómez, Tatiana Rodríguez, Estela Duque, Yolima Beltran.
Presenta el Dr Victor Romero**

Transcripción textual conferencia 4 Junio 2015 HUS

Muchas gracias por la invitación,

Un saludo de parte del Sr Secretario de salud de Cundinamarca el Dr Guerrero y de nuestra Directora de salud pública la Dra Esmili, el equipo de envejecimiento y vejez de la secretaria de salud de Cundinamarca venimos trabajando desde el año 2012 en la implementación de actividades que den cuenta de lo que es el programa Vejez divino tesoro.

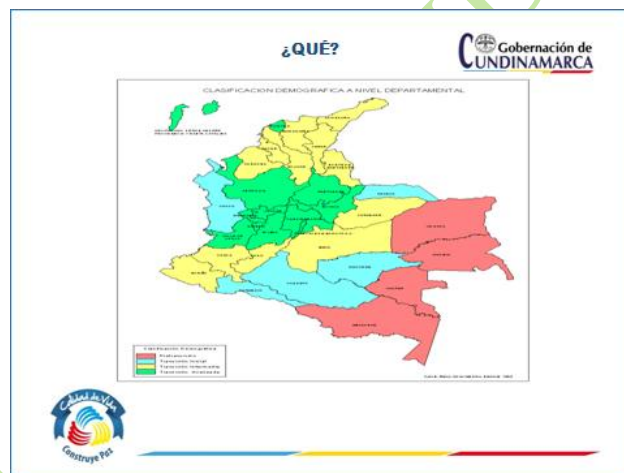


Las actividades y parte del ejercicio diagnóstico de la situación y en el levantamiento de la línea de base en la cual venimos trabajando ha sido el trabajo de un equipo que está aquí presente y queremos socializarles; está Natalia Gómez, Tatiana Rodríguez, Estela Duque, también Yolima Beltran .

Queremos presentarles en esencia una serie de elementos que hemos venido identificando alrededor del ejercicio de generar una línea de base diagnóstico del adulto mayor, no solamente desde lo que comprende el programa vejez divino tesoro, sino desde también con una actividad que tiene que ver con la creación y formulación de la política departamental de envejecimiento y de vejez, en este sentido me voy a permitir a darles una información de carácter estadístico en primera instancia, pero luego hacer un énfasis en particular en cuanto a lo que se pretende hacer, se ha hecho y lineamientos como conceptualmente está planteado y como vamos en este ejercicio.

Esto en términos de dar respuesta al ¿Qué? ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? Y ¿Con quién?. De todo esto básicamente vamos a específicamente generar y formular la política departamental de envejecimiento y de vejez.

El primer ¿qué? Es partir de un marco conceptual de definir que es el envejecimiento, no existe un solo paradigma de que es el envejecimiento y la vejez, existen diferentes autores, en la bibliografía uno encuentra diferentes posiciones alrededor del envejecimiento y de la vejez,



sin embargo nosotros para efectos de coincidencia alrededor de lo que es la formulación de la política en Cundinamarca traemos a consideración lo que propone la política nacional de envejecimiento y de vejez que en primera instancia define el envejecimiento entendido como un proceso, y la vejez como parte del ciclo de la vida . Tanto el envejecimiento como la vejez son diferenciales, desde el punto de vista del individuo una persona envejece diferente a otra, y desde el punto de vista del imaginario colectivo no es lo mismo envejecer en Cundinamarca que envejecer en el Atlántico o envejecer en algún otro departamento de Colombia, por esta razón el Ministerio ha sugerido desde el enfoque de la territorialización que se genere y se construya políticas públicas departamentales, si bien ya existe una política departamental de envejecimiento y vejez que se denomina hoy en día política de envejecimiento humano y vejez se sugiere como les comentaba desde el enfoque de la territorialidad desde la nación que existan políticas por departamento ; en este sentido Cundinamarca ha respondido a este ejercicio y ya hemos tenido avances importantes al respecto.

La vejez es resultado del envejecimiento, es resultado de los riesgos sociales y económicos, el estado, la sociedad y la familia son corresponsales en la forma como se envejece y de la calidad de vida en la vejez.

En relación de los términos de cómo nos referimos a las personas mayores o adultos mayores, desde el punto de vista conceptual como sugiere la Organización mundial de la salud a partir de la segunda asamblea mundial de envejecimiento es que se han denominado **“personas mayores”**. El en año 1982 cuando Colombia participa en la primera asamblea mundial de envejecimiento se había evolucionado hacia un concepto de “adulto mayor”.

En el año 2002 se discute, dispone y sugiere que se le denomine persona mayor, no obstante en lo que corresponde a los procesos de formulación de la política el Ministerio ha dispuesto una metodología en la cual hemos incorporado todos estos elementos y las primeras sesiones tienen que ver en cómo quieren que sean denominadas las personas mayores y se le pregunta a esta persona mayor como quieren que se les llame, entonces en el caso del Distrito capital cuando formulan su política las personas mayores sugieren ser llamados adultos mayores como tal.

En el departamento estamos también ya en el ejercicio de hacer esa consulta y esperamos que estén los resultados ya en este segundo semestre del año 2015.

Uno de los autores que en geriatría hace reflexión en torno al envejecimiento y la vejez refiere que hay un primer momento donde las reflexiones del envejecimiento son de carácter existencial, es decir, todas las personas en un momento determinado estamos pensando en el envejecimiento, es decir desde el punto de vista cuantitativo y desde el punto de vista cualitativo, cuanto tiempo queremos vivir, cuanto proyectamos vivir y de qué forma queremos también vivir el tiempo que nos corresponda y se nos permita.

Una segunda reflexión es el tema de carácter colectivo y científico, porque no envejecemos solos, es decir el tema de la transición demográfica, el tema de la población mayor que sea en un porcentaje significativo es la siguiente reflexión.

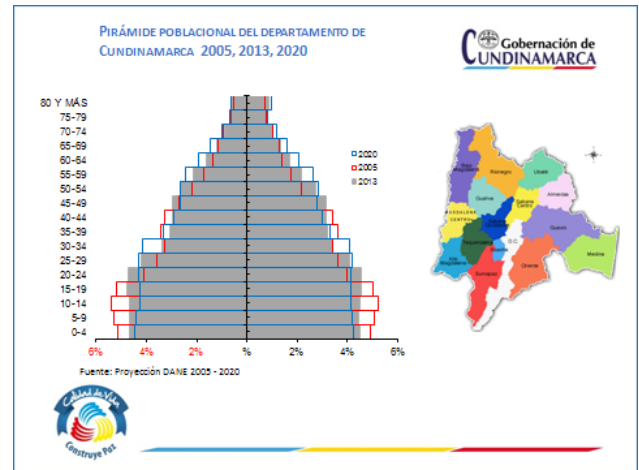
En este sentido traía a consideración: En 26 años Colombia envejeció lo que a Francia le tomó 115 años. Entre el 2010 y el 2036 los mayores de 65 años pasarán de ser el 6% de la población al 15%.

Es muy posible que para ustedes sea familiar esta información en términos de transición demográfica, rescato aquí en función, es que evidentemente Colombia pues viene avanzando de manera acelerada hacia el envejecimiento poblacional.

De acuerdo a lo que nos propone el Ministerio de Salud y Protección social, así mismo, también los departamentos tienen unos procesos de transición

avanzada hacia el envejecimiento, para algunos departamentos y particularmente para Cundinamarca es uno de esos departamentos que están en transición acelerada hacia el envejecimiento.

Esta es nuestra pirámide poblacional proyectada del 2013 al 2020 que en esencia coincide con lo anterior en términos de lo que corresponde a nosotros prepararnos hacia esos desafíos que presenta un proceso de transición avanzada hacia el envejecimiento, bien.



Lo que vemos aquí es en coincidencia con las otras dos diapositivas anteriores, la población mayor de 60 años pues aumenta el porcentaje desde lo que se plantea a partir del año 2005 aumentando del 10 al 12% de acuerdo a la proyección al año 2020 y los grupos etáreos previos a los 60 años muestran también en esencia una disminución en correspondencia a lo que se plantea.

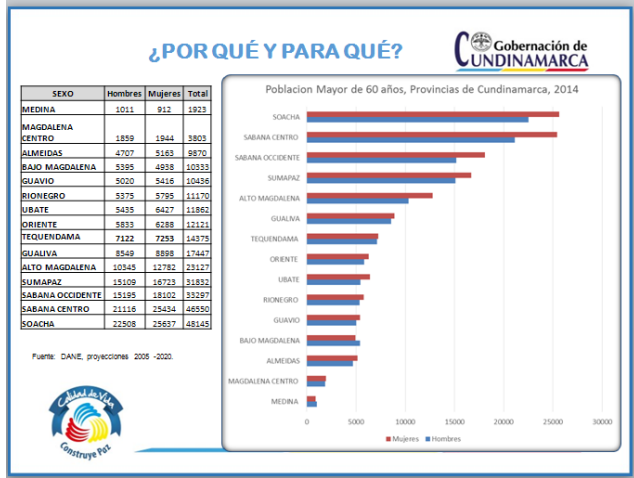
Ciclo vital	2005		2013		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	275.144	12%	285.390	11%	301.201	10%
Infancia (6 a 11 años)	286.064	13%	284.571	11%	295.340	10%
Adolescencia (12 a 17 años)	288.694	13%	288.452	11%	290.554	10%
Juventud (18 a 28 años)	405.296	18%	514.350	20%	537.168	19%
Adultez (29 a 59 años)	800.939	35%	945.986	36%	1.109.256	38%
Persona mayor (60 años y más)	224.021	10%	279.496	11%	353.486	12%
Total	2.280.158	100%	2.598.245	100%	2.887.005	100%

Fuente: Proyección DANE 2005 – 2020

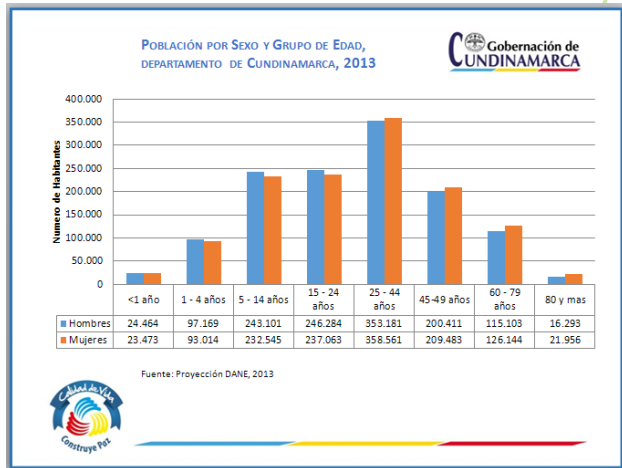
Por otra parte si bien Colombia está en un proceso de transición avanzada al envejecimiento, y a su vez el departamento de Cundinamarca de acuerdo a lo que presenta el Ministerio también presenta un proceso de envejecimiento avanzado, pues Cundinamarca en sus 15 provincias también presenta unas provincias que envejecen de manera más acelerada que otras, tienen una proporción en porcentaje mucho más significativo que otras en relación con la población mayor.

En este caso particular, la población o la provincia más vieja por decirlo así del departamento de Cundinamarca es Soacha, seguida de Sabana Centro, Sabana Occidente, Sumapaz, Alto Magdalena,

Gualiva, Tequendama, oriente, Rionegro, Guavio, Bajo Magdalena, Almeidas, Magdalena Centro y en las provincias donde hay menos población mayor o en envejecimiento es en la provincia de Medina.

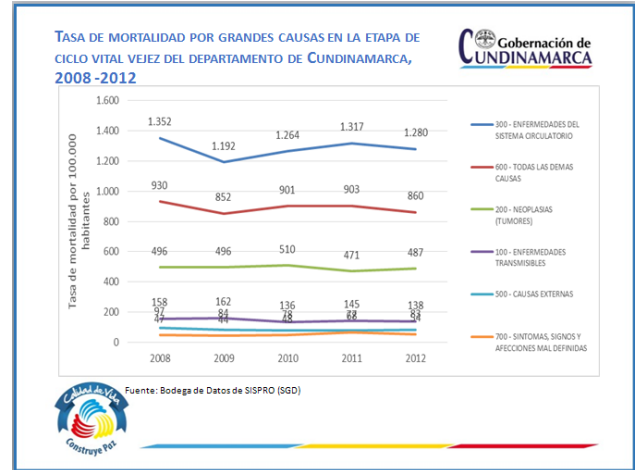


Una de las características mundiales y nacionales y que se ha planteado desde la Organización mundial de la salud, e incluso el Ministerio en lo que ha propuesto como la política nacional de envejecimiento y como un desafío es el tema del envejecimiento femenino, con todas las características por supuesto que esto determina, es el tema de que existen porcentualmente un mayor porcentaje de mujeres que de hombres después de los 60 años de edad, y estos son algunos de los elementos que se han planteado en el sentido de la relación de las características individuales del envejecimiento poblacional.



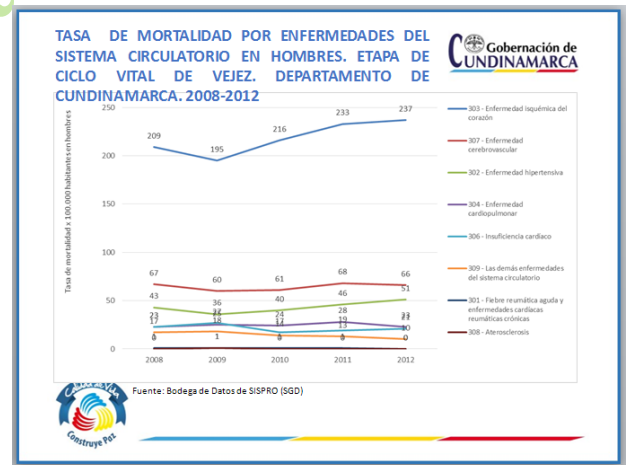
Como les planteaba, de acuerdo a lo que refería este Doctor, la primera reflexión es de carácter existencial y también del carácter colectivo en términos de lo que plantea el desafío de la transición demográfica y la siguiente de carácter científico, existencial así lo define, y a partir de esto revisar también como estamos un poco en términos de salud, cómo están las personas mayores, aquí traigo básicamente lo que son las tasas de mortalidad con las grandes causas en el ciclo vital en el departamento de Cundinamarca, tasa de mortalidad por 100.000 habitantes y refiere básicamente que la primera causa de mortalidad en personas mayores de 60 años son las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de todas las demás causas,

luego neoplasias, enfermedades transmisibles, causas externas, y otros síntomas mal definidos.

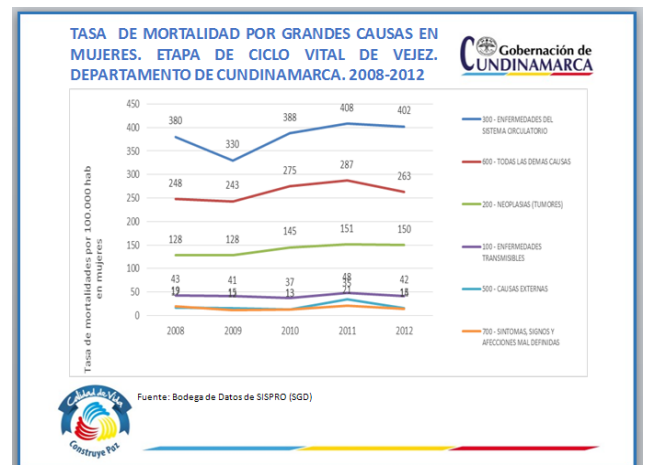


Ese mismo caso, específicamente en el caso de mujeres, y en hombres sigue siendo el tema de las enfermedades del sistema circulatorio las que se presentan como las de la primera causa de mortalidad,

hablábamos antes de iniciar la presentación que una de las cosas que llaman la atención incluso cuando nos articulamos con el tema de discapacidad una de las prioridades de la secretaria de salud es que lo que llama la atención es que muchas de las condiciones de dependencia de la población hoy en día, e incluso de las causas de mortalidad son en esencia prevenibles



La tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, específicamente tiene que ver la enfermedad isquémica del corazón como primera causa de mortalidad, también ocurre en mujeres.





Nosotros estamos en este momento levantando una línea de base en relación con el tema de la población mayor que aporte incluso a la formulación de la política departamental, en ese sentido nosotros como Secretaria de salud tenemos información de salud, no obstante estamos más en el proceso de articular actividades y opciones con otras dependencias de la gobernación de Cundinamarca a fin de que nos pueda referir información de otros aspectos que pueden dar aportes importantes como ejercicio diagnóstico de la población mayor de Cundinamarca.

Y en esta perspectiva, por qué una Política?

Un enfoque desde el envejecimiento activo a las políticas y programas de desarrollo ofrece la posibilidad de afrontar muchos de los retos tanto de las personas como de las poblaciones que están envejeciendo. Cuando la salud, el mercado de trabajo, el empleo y las políticas educativas y sanitarias apoyen el envejecimiento activo, posiblemente habrá:

- Menos muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida.
- Menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad.
- Más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo.
- Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria.
- Menos gastos debidos a los tratamientos médicos y la atención sanitaria.

Esto en el sentido de que básicamente de los desafíos que plantean el envejecimiento y la vejez en la población colombiana, quiero traer a consideración los desafíos que en este momento son planteados por la política nacional y que no son ajenos a los del departamento de Cundinamarca.

El primero ustedes ya lo evidenciaron es el tema del envejecimiento demográfico, el segundo desafío o reto que está planteado en la política es el tema de envejecimiento femenino, luego pongo a consideración las que vimos ahorita la enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la calidad de vida de las personas adultas mayores donde ahora viene la presentación donde se hace énfasis en el tema de discapacidad, otro reto que se propone es el de superar las condiciones de exclusión social, este es muy particular que tiene que ver incluso con uno de los determinantes que propone la OMS y que es transversal a todos los demás determinantes y es el tema de la cultura, de la forma como yo interpreto a la persona mayor, de la forma en que yo la interpreto de esa misma forma yo la abordo y en esa misma forma yo interpreto como esa persona mayor, el imaginario cultural adverso y las representaciones sociales discriminatorias del envejecimiento y de la vejez, una consideración hay me parece muy importante, una investigación que salió en la revista Chilena de medicina, que refiere una investigación que se hace en el hospital de Queretaro en México que se publica en el año 2012, y alrededor de este reto hace una investigación en términos de los estereotipos negativos que tienen los profesionales de la salud que atienden a población mayor, y el 60% de las personas que trabajan o ofrecen servicios

a población mayor tienen estereotipos negativos hacia el envejecimiento y hacia la vejez que redundan básicamente en la calidad de la prestación del servicio “humano” a esa población.

¿POR QUÉ Y PARA QUÉ?

POLÍTICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

- El envejecimiento demográfico
- El envejecimiento femenino
- La enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la calidad de vida de las personas mayores
- Superar las condiciones de exclusión social
- El imaginario cultural adverso y las representaciones sociales discriminatorias del envejecimiento y la vejez
- Erradicación del hambre y de la pobreza extrema en la población de persona mayor, en condiciones de vulnerabilidad





El siguiente desafío es la erradicación del hambre y la pobreza extrema en la población de persona mayor en condiciones de vulnerabilidad.

Bien, partiendo de estos retos que tiene el departamento en relación con el envejecimiento y la vejez, se crea el programa vejez divino tesoro, como está en nuestro plan de desarrollo, y parte de un nuevo marco conceptual que propone el envejecimiento desde una perspectiva más propositiva y amplia, y es el tema del envejecimiento activo, la OMS hace referencia que el término activo se refiere a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, un enfoque del envejecimiento activo a las políticas y programas de desarrollo ofrece la posibilidad de afrontar muchos de los retos tanto de las personas como de las poblaciones que están envejeciendo.

VEJEZ DIVINO TESORO

Objetivo: Contribuir al bienestar y dignidad humana de los y las adultas mayores en su diversidad, con participación activa, cohesión social, reconocimiento de sus habilidades, destrezas y atención a sus necesidades básicas.

Lograr adultas y adultos mayores más saludables con la implementación en el cuatrênio de un programa integral de estilos de vida saludable a nivel comunitario en el 100% de los municipios.



- Desarrollo Social
- Beneficencia
- IDECUT
- Secretaría de Salud
- INDEPORTES
- Secretaría de Educación
- Secretaría de Gobierno




Cuando la salud, el mercado de trabajo, el empleo y las políticas educativas y sanitarias apoyen el envejecimiento activo posiblemente habrá:

El envejecimiento activo entendido como la optimización de posibilidades de salud, de seguridad y de participación.

Implementar una política de envejecimiento activo de acuerdo a lo que refiere la organización mundial de la salud determinará

-menos muertes prematuras y en las etapas más productivas de la vida.

-Menos discapacidad relacionadas con enfermedades crónicas y en la ancianidad.

-Más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo.

- Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos, políticos de la sociedad en trabajos remunerados en la vida doméstica social y comunitaria.

- y menos gastos debidos a los tratamientos médicos y a la atención sanitaria que demandan con mucha frecuencia las personas mayores.

Todo esto también dando respuesta a los principios de las naciones unidas de la persona mayor que requieren la independencia, la participación, los cuidados, y la autorrealización, así como la dignidad. Sobre estos principios es que venimos montando nosotros nuestro diagnóstico y nuestra línea de base.

Entonces a partir de estas reflexiones existenciales, colectivas, científicas se crea el programa Vejez divino tesoro que está dentro de nuestro plan de desarrollo. Y una de las preguntas que usualmente suelo hacer es porque se denominaría vejez divino tesoro, a que creen ustedes que se podría referir el tema vejez divino tesoro?

Asistente: por la experiencia que hay

Experiencia, sabiduría,

Bautizar este tema como vejez divino tesoro hace parte de un ejercicio muy interesante que tiene que ver con el cambio de perspectiva o de romper estereotipos alrededor del envejecimiento y de la vejez, recordemos que cuando uno se recuerda envejecido uno se acuerda de lo que Rubén Darío propone en su poema “Juventud divino tesoro” , y Ruben Darío el poeta Nicaraguense refiere

Juventud divino tesoro

Cuando quiero llorar no lloro

Y cuando lloro lloro sin querer

Es desde esa mirada un poco triste de desprenderse de su juventud para llegar a una etapa paupérrima que es la de la vejez, y en ese sentido lo que busca el nombre divino tesoro es mostrar y ver desde una visión mucho más profunda y positiva el

envejecimiento y la vejez llena de ganancias también.

ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA META

Realizar asistencias técnicas a los actores municipales en el marco de la formulación de la PDEV.

Gestionar y participar en escenarios Nacionales, Departamentales y Municipales con el fin de fortalecer el proceso de formulación de la PDEV.

Conformación y fortalecimiento de grupos de personas mayores. (SD)

Lograr adultos y adultos mayores más saludables con la implementación en el cuatrienio de un programa integral de estilos de vida saludable a nivel comunitario en el 100% de los municipios.

En el programa vejez divino tesoro no solo se tiene el cumplimiento de metas y actividades en que se está la secretaria de salud, también hay otras instituciones allí: Desarrollo social, beneficiencia, instituto de cultura, secretaria de salud, indeportes, secretaria de educación, secretaria de gobierno, aludiendo por supuesto a que las problemáticas y los retos del envejecimiento no corresponden solamente a que les dé respuesta un solo sector. Si nos volteamos a la idea que un solo sector puede resolver todas las problemáticas o todos los retos que plantea el envejecimiento estamos un poco descontextualizados en términos de las formas en que se requeriría intervenir a esta población, y esencia es por esto que todos estas dependencias participan de las actividades que tienen que ver con el mejorar la calidad de vida de la población mayor del departamento, en particular para el caso de la secretaria de salud nosotros propendemos lograr responder con adultos mayores más saludables con la implementación del programa integral estilos de vida saludables a nivel comunitario del 100% de los municipios.

ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA META

Implementación de la ruta estratégica para la formulación de la PDEV.

Caracterización Sociodemográfica y de la salud de la Población Mayor.

AT – Actores Institucionales y grupos organizados de persona mayor en la construcción e implementación de un programa de estilos de vida saludable.

Foros – Seminarios – Encuentros.

Lograr adultos y adultos mayores más saludables con la implementación en el cuatrienio de un programa integral de estilos de vida saludable a nivel comunitario en el 100% de los municipios.

Tomamos como elementos también aquí conceptuales y que alimentan nuestro ejercicio cotidiano el tema de los determinantes, algo en lo que el Dr Cruz nos ha aclarado mucho al respecto y nosotros lo complementamos con lo que expone Lalonde en esta gráfica que expone lo que son los determinantes de la salud y nosotros también complementamos con lo que refiere la Organización

mundial de la salud en el año 2002 cuando presenta un documento en el que propone los determinantes del envejecimiento activo en un marco que denomina el marco político; entonces ellos dicen, planteemos el envejecimiento activo como una optimización de oportunidades de salud, de seguridad y de participación, y en ese sentido lograr envejecimiento activo determina hacerlo a través de la afectación de ciertos determinantes que para el caso del envejecimiento y la vejez están planteados desde:

- determinantes transversales cultura y género
- Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales
- Determinantes conductuales
- Determinantes relacionados con los factores personales.
- determinantes relacionados con el entorno físico
- determinantes relacionados con el entorno social y
- y finalmente los determinantes económicos.

Nosotros adjuntamos con lo que nos corresponde como programa vejez divino tesoro y es la aplicación de los determinantes conductuales en términos de lo que se propone de realizar actividades de educación, de promoción, de prevención en relación con tabaquismo, actividad física, alimentación sana, salud bucal, medicamentos, cumplimiento terapéutico que es aquello en que venimos trabajando desde el año 2012.

ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA META


 **Gobernación de CUNDINAMARCA**

<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes transversales: la cultura y el género. • Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales. • Determinantes conductuales. • Determinantes relacionados con los factores personales. • Determinantes relacionados con el entorno físico. • Determinantes relacionados con el entorno social. • Determinantes económicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo. • Actividad Física. • Alimentación Sana. • Salud Bucal. • El Alcohol. • Los Medicamentos. • Cumplimiento Terapéutico.
---	---

 Lograr adultas y adultos mayores más saludables con la implementación en el cuatrienio de un programa integral de estilos de vida saludable a nivel comunitario en el 100% de los municipios.

En este sentido venimos generando todas las actividades que plantean la afectación de estos determinantes y hemos hecho un ejercicio de articulación con las actividades y con las otras etapas del ciclo vital considerando que cuando hablamos de envejecimiento y de vejez no estamos parados exclusivamente en la intervención con población mayor de 60 años, sino pensamos en las personas mayores del futuro y eso implica un ejercicio de articulación incluso desde la maternidad y primera infancia.


ACTIVIDADES DESDE LA PRIORIDADES


 **Gobernación de CUNDINAMARCA**

Realizar jornadas de capacitación dirigidas al personal responsable de las IPS y los centros de protección social de carácter público y mixto en la promoción y prevención de la salud mental en la persona mayor.

Implementación del programa red de apoyo socio familiar en los procesos de empoderamiento, liderazgo y relaciones significativas favoreciendo la construcción de estrategias para la participación e inclusión de las personas mayores con discapacidad (RBC).


Realizar actividades de control de infección de tuberculosis y canalización al diagnóstico de sintomáticos respiratorios en centros de protección social y grupos organizados de persona mayor.

 Lograr adultas y adultos mayores más saludables con la implementación en el cuatrienio de un programa integral de estilos de vida saludable a nivel comunitario en el 100% de los municipios.



Hemos tenido avances en términos de la promoción del envejecimiento activo desde la secretaria de salud de Cundinamarca, en relación nos solo con la implementación del programa de estilos de vida saludables como lo hicimos desde la formulación de la política y en este momento tenemos ya 91 municipios capacitados para la conformación de consejos municipales de adultos mayores para que posteriormente van a aportar a lo que es la implementación de esa política y también de evaluación,


ACTIVIDADES DESDE LA PRIORIDADES


 **Gobernación de CUNDINAMARCA**

Realizar jornadas de capacitación dirigidas al personal responsable de las IPS en el tema de salud sexual para la etapa de ciclo vital vejez.

Promover hábitos higiénicos de salud bucal en la persona mayor como rutina de cuidado diario como parte integral de un programa de estilos de vida saludable mediante un programa de sensibilización.

Concurrir departamentalmente los municipios categoría 4,5 y 6 mediante sesiones de actividad física como estilo de vida saludable para la población mayor de departamento.

 Lograr adultas y adultos mayores más saludables con la implementación en el cuatrienio de un programa integral de estilos de vida saludable a nivel comunitario en el 100% de los municipios.



750 personas capacitadas en una metodología que se denomina metodología MINSAP que es avalada por el Ministerio de salud y protección social que sirva para la construcción de políticas y se denomina metodología integrada de participación social para adultos mayores, tenemos ya en este momento un avance importante en la creación del Consejo departamental de adulto mayor, o el consejo departamental de envejecimiento y de vejez en donde vienen participando ya distintas dependencias de la gobernación, instituciones académicas, y también adultos representantes de la comunidad del departamento,


También en el ejercicio de la sensibilización y crear cultura del envejecimiento y también en cuanto al tema cultural se han realizado encuentros intergeneracionales que fortalezcan la política y la salud pública;

Gobernación de CUNDINAMARCA


ACTIVIDADES DESDE LA PRIORIDADES

Realizar actividades lúdicas para promover intercambio de saberes y sabores con población adulta mayor del departamento de Cundinamarca.

Visitas de inspección y orientación en prevención de riesgos a entornos productivos u ocupacionales de personas mayores en el departamento de Cundinamarca.



Lograr adultas y adultos mayores más saludables con la implementación en el cuatrienio de un programa integral de estilos de vida saludable a nivel comunitario en el 100% de los municipios.



Tenemos una caracterización importante de lo que son los centros de protección social del departamento de Cundinamarca, mal interpretados como se conocían inicialmente como Asilos-ancianatos.

En lo que la literatura refiere, *los centros de protección social (mal llamados asilos o ancianatos) debiesen ser una última alternativa para una persona adulta mayor, lo ideal es que este en su casa con su familia*, sin embargo las dinámicas sociales y familiares lo están convirtiendo en la primera opción,

Gobernación de CUNDINAMARCA

LOGROS EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META

ALTO MAGDALENA SABANA OCCIDENTE SUMAPAZ TEQUENDAMA UBATÉ.

Caracterización de las organizaciones, agrupaciones y redes de personas mayores identificadas en el Departamento.

Caracterización de los Centros de Protección y promoción, centros día o instituciones que prestan atención a la persona mayor.

Implementación de la metodología de MIPSAM.



Lograr adultas y adultos mayores más saludables con la implementación en el cuatrienio de un programa integral de estilos de vida saludable a nivel comunitario en el 100% de los municipios.



y sin embargo son opciones de vida para algunas personas, en este sentido nosotros teníamos para el año 2012 en el departamento 68 centros de protección social, y en el transcurso de estos años llevamos ya 192 centros de protección social identificados, y lo más posible es que con el paso del tiempo esto tienda a aumentar; en la oficina teníamos una base de datos con 237 y ya habían cerca de 530.

Asistentes: Una pregunta ¿esos 191 centros de protección son por la gobernación, o también hay privados?

Son públicos y privados.

Bien, ya para finalizar hemos hecho un ejercicio de construcción de política departamental con la metodología de la cual yo les hablé, en este momento vemos que este ejercicio ya lo han

realizado 10 provincias, está alto Magdalena, Sabana Occidente, Sumapaz, Tequendama, Ubaté, Sabana Centro, Soacha, Oriente, Rionegro y el bajo Magdalena; tenemos provincias pendientes de comenzar este proceso como Gualivá, Guavio, Almeidas, Magdalena Centro y Medina.

Tenemos un documento preliminar que da cuenta de estas líneas de política en relación al adulto mayor y el envejecimiento:

Gobernación de CUNDINAMARCA

LOGROS EN EL CUMPLIMIENTO DE LA META

ALTO MAGDALENA SABANA OCCIDENTE SUMAPAZ TEQUENDAMA UBATÉ.

- Documento preliminar de la Política de envejecimiento y Vejez acorde con la experiencia de participación social, propuestas de ejes temáticos o líneas estratégicas de la política de envejecimiento y vejez para Cundinamarca.
- Foros de sensibilización.
- Consejo Departamental de Persona Mayor.



Lograr adultas y adultos mayores más saludables con la implementación en el cuatrienio de un programa integral de estilos de vida saludable a nivel comunitario en el 100% de los municipios.



Entre algunos avances tenemos:

Gobernación de CUNDINAMARCA

AVANCES

- 91 Municipios Capacitados para la Conformación de consejo municipal de personas mayores
- 750 personas Capacitadas en MIPSAM para la construcción de la política de vejez
- Creación del consejo departamental de persona mayor.
- 90 Grupos Conformados de líderes de personas mayores en derechos, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, participación y liderazgo en las provincias.
- Realización de 3 Foros de sensibilización frente al tema de Envejecimiento, Vejez y Promoción de Hábitos y estilos de Vida Saludable.
- Realización de cinco encuentros intergeneracionales.
- 191 Centros de Protección y Promoción Social (Instituciones de protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a Adultos Mayores), caracterizados y registrados en la base de datos emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.





LÍNEAS PREELIMINARES DE LA POLÍTICA

-El derecho a la participación

-El derecho a la promoción del envejecimiento activo que la hemos entendido como la optimización de oportunidades de salud de seguridad y de protección

-El tema de educación y conocimiento,

- Municipios saludables,

-Protección social

-El derecho a una vida dignidad y conocimiento en la vejez



Estas son las líneas planteadas para dar respuesta a esos retos que inicialmente les plantee.

Nosotros nos alineamos a los ejes de la política nacional en relación con lo que es la protección de los derechos de los adultos mayores,

En la transformación del talento humano hay algo particular que propone el envejecimiento activo saludable, satisfactorio y saludable

Estamos también en un ejercicio de armonización del plan decenal de salud pública frente al componente de envejecimiento y vejez, que tiene también varios retos y unas metas en particular a lo que es el envejecimiento activo, y dentro de la cual traigo a consideración unas que en particular unas que dan respuesta a unas de las líneas y de los ejes de la Política nacional de envejecimiento que es el tema de promover cultura y generar humanización a través de los servicios a la población mayor y a la población en general.

A 2015 el 80% de las entidades territoriales de ámbito departamental, distrital y municipal desarrollaran estrategias intergeneracionales para promover el envejecimiento activo en toda su población

Los objetivos del componente desde el Plan nacional de salud tiene que ver con promover el envejecimiento activo en todo el curso de vida y todos los ámbitos cotidianos mediante el desarrollo de una cultura positiva de la vejez para la población colombiana, y es en relación a lo que propone la OMS de fortalecer este primer determinante que es un determinante transversal de cultura y de género

en relación a que si no se considera este determinante, todos los demás determinantes no podrían afectarse.

Ya se entregó un ejercicio importante de lo que es el ejercicio de armonización con el plan decenal de salud pública, teniendo en consideración también lo que propone la Política nacional de envejecimiento y vejez, y nuestras líneas preliminares de política departamental y en esencia lo que buscamos es fortalecer la pertinencia de las actividades desde los distintos sectores con el fin de dar cuenta del mejoramiento de la calidad de vida de la población mayor de 60 años, pero también la perspectiva del envejecimiento, y como yo les decía da cuenta de fortalecer la pertinencia de las intervenciones desde las primeras etapas de ciclo vital pensando en la calidad de vida de las personas mayores de Cundinamarca a futuro.

Muchas gracias, esto era lo que en esencia teníamos para comentarles desde el equipo que en este momento tiene la secretaria de salud.



7.2. Adulto mayor – Hospital Universitario de la Samaritana, Unidad funcional de Zipaquirá

Doctor Jairo Enrique Castro Melo
Médico Salubrista. Md , EGSP, EASP, McSP
Coordinador Científico Unidad Funcional de Zipaquirá HUS

Transcripción textual conferencia 4 Junio 2015



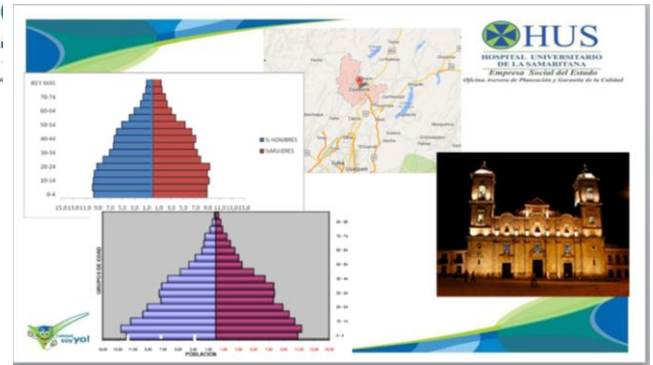
Una foto de nuestra Unidad Funcional, que es una institución de segundo nivel con más de 130 años de antigüedad, y en la cual hemos estado trabajando con la Samaritana desde hace 5 años y medio.

Hice una pequeña revisión desde el punto de vista normativo para saber que pensaba el país sobre el adulto mayor, y encontré que en la Ley 1251 y 1315 del 2009 se ve al adulto mayor como aquella persona que tiene 60 o más años de edad.

En el país existe una política nacional de vejez para los años 2007 al 2019, algo también importante de mencionar es que existe un programa que se llama Colombia mayor que básicamente busca brindar un apoyo económico a los adultos mayores, que estén en más dificultad, importancia en el tema de abandono y en el tema de incapacidad económica, contarles además que en Zipaquirá regularmente se hace una celebración del adulto mayor el 28 de agosto, se hace un reinado, una de nuestras últimas reinas está en la foto que se encuentra en la parte superior, en la parte derecha está uno de los iconos del municipio que es la catedral de sal de Zipaquirá, y abajo un grupo de danza de los adultos mayores, que participan dentro de nuestros programas de atención.

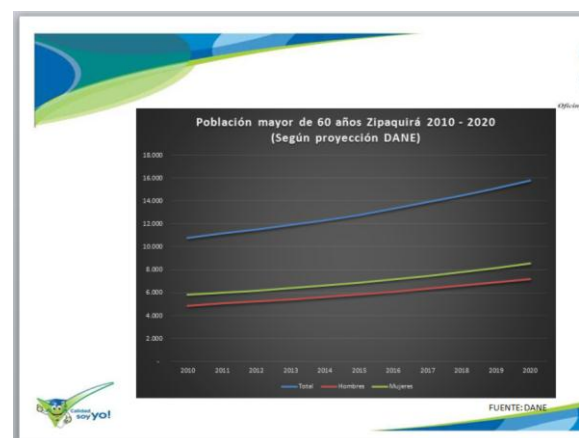
Algo que mencionaban en las primeras presentaciones, es sobre la pirámide poblacional de Zipaquirá, al igual que el Departamento de Cundinamarca y a nivel mundial ha estado cambiando, pasamos de una pirámide poblacional de base ancha a un angostamiento de esa base piramidal, con un ensanchamiento de la punta, es

decir Zipaquirá igual al resto del mundo está envejeciendo.



Zipaquirá es un municipio que se encuentra en la zona norte del departamento, en este momento tiene 145.000 habitantes, más o menos de acuerdo a las proyecciones del censo del Dane. (una foto de la iglesia principal)

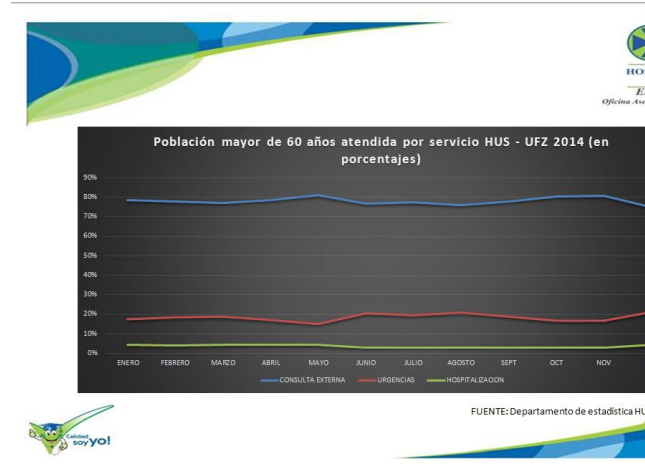
Bueno esta gráfica es sobre lo que dice el DANE, sobre la proyección de la población y específicamente sobre el grupo mayor de 60 años que va creciendo como se observa: esta primera línea hace referencia al total de población mayor de 60 años, que para el municipio de Zipaquirá observamos una tendencia marcada al crecimiento, mujeres más que hombres, las mujeres son más resistentes.



En cuanto ya a la atención prestada brindada en nuestro hospital de la Unidad Funcional de Zipaquirá específicamente a los mayores de 60 años la distribución por los tres grandes servicios:

- Consulta externa, hospitalización y urgencias, en números crudos son estos, tenemos la mayor cantidad, casi el 80% de nuestra población es atendida en el servicio de consulta externa por dos razones: primero porque tenemos un grupo de trabajo en promoción y prevención

fortalecido que atiende por un lado al paciente que está enfermo, al adulto mayor enfermo en nuestro programa de crónicos: Hipertensión, diabetes, artritis, etc., y por otro un grupo que atiende al adulto mayor que no ha presentado enfermedad crónica a través de grupos de detección de alteraciones del adulto mayor, las atenciones de urgencias ocupan el segundo lugar, y las hospitalizaciones el tercer lugar.



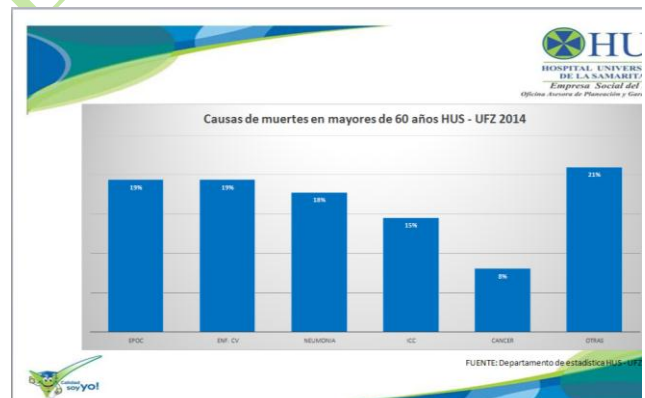
A pesar de los esfuerzos que hace la institución de salud encontramos como primer causa de muerte la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la segunda son cardiovasculares donde la insuficiencia cardiaca congestiva por si sola aparece como un porcentaje importante de las causas, la neumonía en el tercer lugar, y aparece en el 4to y quinto lugar el cáncer como una causa de mortalidad en nuestros Adultos mayores zipaquireños.

Población mayor de 60 años atendida por servicios HUS- UFZ 2014

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CONSULTA EXTERNA	1.669	1.676	1.619	1.670	1.730	1.410	1.810	1.512	1.746	1.809	1.909	1.486	20.136
URGENCIAS	364	396	389	358	320	373	452	416	417	368	390	416	4.111
HOSPITALIZACIÓN	92	84	91	94	88	54	81	64	80	74	70	82	910
TOTAL	2.125	2.156	2.099	2.122	2.138	1.837	2.343	1.992	2.243	2.251	2.369	1.984	25.157

FUENTE: Departamento de estadística HUS - UFZ

En el año 2014 de todos esos 25000 pacientes que atendimos murieron 62 pacientes

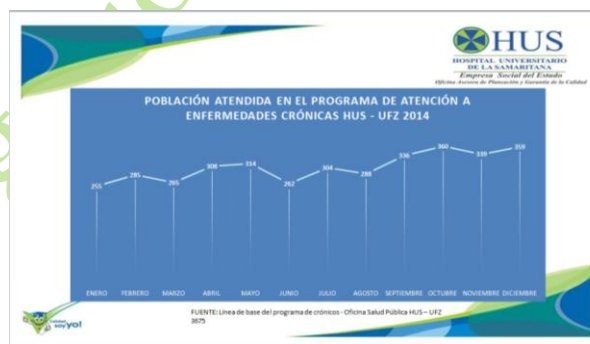
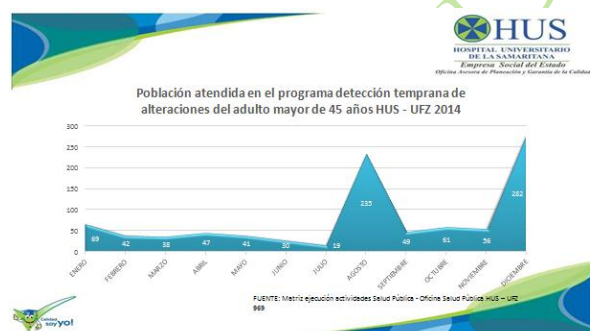


En cuanto a la población atendida en el programa detección de alteraciones en el adulto

mayor, en el año 2014, para un total de 969 adultos, tenemos dos picos importantes porque nosotros hemos hecho unas actividades importantes de reforzamiento para captura y ampliar la cobertura del su servicio.

- La población de crónicos en promedio 300 al mes, tenemos cuatro cohortes de 300 pacientes que se están viendo regularmente dos veces cada cohorte cada tres meses y dos veces al mes se ve una cohorte diferente.

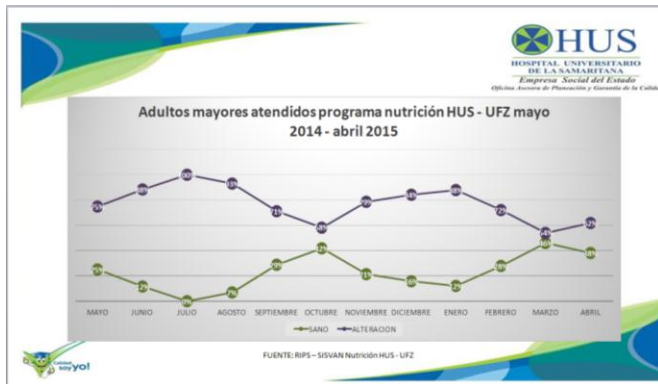
Un total de 3675 atenciones, que nos da un promedio de 1200 pacientes crónicos que está atendiendo regularmente el programa.



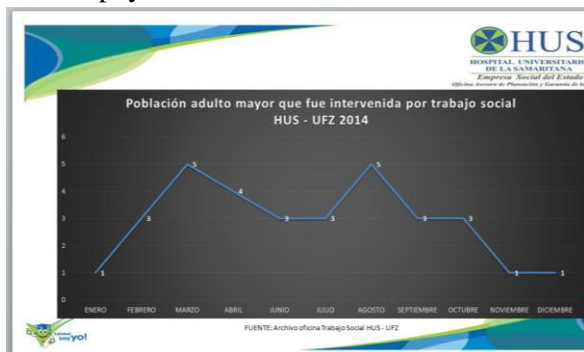
- En cuanto a nutrición también tenemos atenciones, básicamente aquí pretendemos mostrar que de las 318 atenciones que se registraron de mayo del 2014 al 2015, los que se encuentran en sobre peso son estos, en peso normal acá menor al anterior, y los de más abajo son los que tienen un peso menor para la talla.



Sacando los de bajo peso, mirando solamente los que no tienen alteración contra los que tienen alteración hacia arriba es decir sobrepeso y obesidad encontramos esto: la gran mayoría, aproximadamente el 60% de los adultos mayores tienen una alteración de sobrepeso.

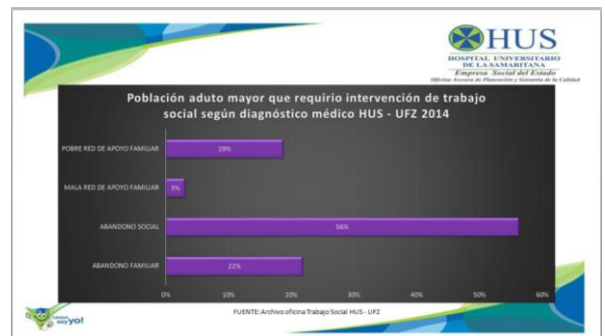


- En cuanto a las intervenciones que hizo trabajo social el año pasado, se hicieron alrededor de 32 intervenciones de adultos mayores, esta es la distribución mes a mes de los estudios de caso que se realizaron en el año 2014, y específicamente hablando por el tipo de estrategia encontramos que de acuerdo al diagnóstico del personal de salud que envía a trabajo social el mayor número se identifica como abandono social, seguido por abandono familiar, pobre red de apoyo familiar y falta de red de apoyo familiar.



Cuando va a hacer la intervención trabajo social encuentra que lo que realmente está pasando es

que 53% de las personas consultadas encontramos tienen un abandono social y un 47% tenían negligencia.



Qué hace trabajo social con estos adultos mayores? Bueno, un 9% fue necesario ubicarlos en un hogar geriátrico. por que definitivamente no tenían ningún tipo de red, el 81% de los casos tuvieron ubicación familiar y 9% de los casos fue necesario iniciar una acción legal con la comisaria de familia, para que la familia volviera a retomar a su miembro de la familia.

Esto era todo lo que tenía que contarles sobre nuestros adultos mayores.

Muchas Gracias

7.3. Adulto mayor Hospital Universitario de La Samaritana Girardot

Doctora Norma París

Bueno, mientras colocamos la breve presentación que yo traigo, voy a iniciar con la problemática del adulto que Mayerly toca acá en Bogotá y que exactamente la tenemos en Girardot, se identifica desde el ingreso el posible abandono de los pacientes, yo tengo el número total de los trámites que se han hecho en determinado tiempo, a veces esto nos ha generado estancias prolongadas, hemos tenido digamos que cinco pacientes que han sido como los pacientes más notorios, que definitivamente fueron abandonados con estancias de más de un año, en los cuales nunca recibimos ningún apoyo de ninguna entidad del estado, nada. Finalmente trabajo social con toda su gestión fue el que logró ubicar a los pacientes. Tuvimos un

paciente que ni siquiera tenía documento de identidad y eso fue una problemática muy grande, afortunadamente esas personas que llegan sin documento de identidad han ido disminuyendo, pero se siguen presentando, a veces fallecen pacientes NN que nunca sabemos quiénes fueron, como llegaron al hospital, porque al hospital, por ser éste público llegan la policía, los bomberos, todo el mundo, allá llegan los pacientes.

Poco apoyo en las entidades encargadas de la identificación de las personas como es Medicina Legal, todos estos estamentos que poco colaboran, esto hace el proceso muy tedioso, tuvimos un cadáver que casi que se descompuso en la institución, tocó llamar a muchas instancias para que

nos apoyaran en la identificación de la persona y fue bastante complicado.

Nosotros tenemos una Unidad Psiquiátrica que realmente su función es el manejo agudo de la enfermedad, es una unidad para estancia de más o menos 15 a 20 días, cuando se controle el proceso agudo, sin embargo, estos pacientes mayores que llegan a esta unidad presentan un alto grado de posibilidades de que sus familias los dejen abandonados, por qué?, porque el manejo de la enfermedad mental y en un adulto, pues es muy complicado para las familias, realmente tampoco nosotros tenemos la infraestructura para una estancia prolongada, como les comento es una unidad para manejo agudo de la enfermedad, pero nos vemos abocados a esta problemática. Precisamente uno de los pacientes abandonados fue un paciente de la unidad psiquiátrica que duró más de un año hasta que se pudo ubicar.

Entonces mi llamado es a que realmente como institución no tenemos a quien más acudir por que nadie soluciona, nadie da una directriz, y están ocupando una cama de tercer nivel, hay niveles más bajos que nos piden camas, la Unidad Psiquiátrica tiene una alta solicitud, porque es la única de Cundinamarca y tenemos un paciente que realmente no necesita estar allí, porque su parte psiquiátrica está allí controlada pero no lo podemos ubicar en ninguna parte.

Pues básicamente esto ha sido una problemática permanente, que yo quisiera fuera uno de los temas prioritarios en esta mesa de trabajo.

En el acompañamiento se nos presenta también otra situación, hay procedimientos que no realizamos y que el paciente requiere venir a Bogotá, por ejemplo la parte de hemodinamia, todo esto que se desprende de toda la patología cardiovascular, las ambulancias no los transportan si no tienen un acompañante y el compromiso de las familias para acompañar estos pacientes es muy complicado, terminamos nosotros como institución con la Jefe Naidú, montábamos un auxiliar y vaya acompañe la paciente para que no pierda la cita que lleva un mes esperando, hasta que casi nos pasa una situación muy complicada con una auxiliar que enviamos en una remisión, “Doctora que este paciente que lleva un mes para la cita y la tenemos mañana y no sé qué y la ambulancia, démonos la bendición y por el bien del paciente mandémoslo” hasta que estuvimos expuestas a un riesgo muy alto y dijimos, no más por que quien va a responder por nosotras dos, que autorizamos la salida de un auxiliar que no está dentro de su tarea hacer eso, estamos en el propósito de comprometer a las familias, esta semana estamos en ese ejercicio con una familia, precisamente con un paciente de la Unidad Mental, y tienen que comprometerse, o sea, es que de pronto nos dejamos mover el corazón,

“pobrecitos” es que tenemos que vender las gallinitas para poder ir” – no, venga, miremos a ver con las personerías de los municipios, las alcaldías, o sea, hay gente que puede ayudarles y no yo como hospital solucionar como hemos solucionado esta situación que nos está exponiendo también a nosotros.

Ese trabajo esta iniciado, porque ya nosotros desde la parte de enfermería dijimos, “no vamos a colaborar más en esto, y vamos a comprometer más las familias”

La información que yo traigo es las atenciones, que les brindamos a los pacientes mayores de 60 años durante el año 2014 en la institución.

Durante el año 2014 hubo 2498 egresos de pacientes mayores de 60 años, vemos aquí reflejado la repartición donde la especialidad que más se lleva es Medicina Interna, Medicina Interna con toda la problemática cardiovascular como ya se evidenció en los informes anteriores, pero nosotros vemos una asociación de los pacientes con trastornos metabólicos tipo Diabetes Mellitus con todas sus complicaciones hacia la parte cardiovascular. Vemos mucho, y en las mortalidades generalmente está asociada la diabetes mellitus con todas sus complicaciones.

En la parte de ortopedia, que digamos es el segundo, ortopedia y urología que se llevan el segundo y tercer lugar, están las caídas con fracturas de cadera que sabemos llevan a una altísima morbimortalidad.

En urología vemos de tumores malignos, hiperplasias prostáticas e infección urinaria; es muy frecuente la infección urinaria tanto en hombres como en mujeres.

En la parte de cirugía vemos que la problemática está dirigida hacia patología del tracto biliar y patología de hernias, es lo que más se hospitaliza.

En la parte de ginecología son más los problemas de prolapsos genitales, y en la parte de neurocirugía los eventos hemorrágicos.

De cirugía plástica, acá tenemos resaltado, como nosotros tenemos unidad de quemados son pacientes que tuvieron algún tipo de quemadura, quemaduras que son con líquidos hirviendo y unas dos quemaduras eléctricas.

En las mortalidades hice un cuadrado de las mortalidades en mayores de 60 hasta mayores de 90 años, vemos que el mayor grupo de mortalidades esta entre los 80 y 89 años, pues hay una expectativa de vida todavía muy grande en esta población, tuvimos un paciente el año pasado de 102 años, aunque los mayores de 90 llevan el menor número, tenemos que todavía hay personas que llegan a edades muy avanzadas, a veces llegan en muy

buenas condiciones , que uno dice , “bueno pues no parece que tuviese todos esos años” y confirma con el documento de identidad y pues si es la verdad.

Como les digo el servicio que atiende mayor número de pacientes es Medicina Interna con toda su problemática de tipo metabólico y cardiovascular, son pacientes que por su patología van a la unidad de cuidado intensivo, pero generalmente son todas patologías que se complican , que presentan insuficiencias renales que se ven mucho, mucho en Girardot , principalmente por diabetes y por hipertensión.

La problemática del adulto mayor, pues un poco de lo que les he comentado, el tema del acompañamiento de la familia, el tema de las remisiones, el acompañamiento para las remisiones, el tema de rehabilitación y recreación donde para el adulto mayor realmente no hay un trabajo conjunto, sé que la Alcaldía tiene unos programas, pero realmente no hay un trabajo conjunto para el día hospital, entonces realmente no se benefician en conjunto, puede que los pacientes que asisten con nosotros tengan algún tipo de beneficio de estos programas pero no hay un trabajo conjunto; y pues, el abandono.

Manejamos un programa de adulto mayor en el que tenemos asignado un médico y una enfermera, donde ellos periódicamente van a sus controles bien sea con el médico o con la enfermera, de acuerdo a la periodicidad que se requiere.

Los pacientes que ya tienen diagnosticada sus patologías que se consideran crónicas como diabetes e hipertensión , se ven abocados a una dificultad muy marcada en Girardot y es la entrega de los medicamentos, en cumplimiento de la resolución 4331 y por facilitarles la venida hasta la institución donde realmente no es necesario que venga por su fórmula, se les empezó a dar la fórmula para 3 meses, pero hemos tenido el lío más tremendo, nosotros no hacemos la entrega de los medicamentos ambulatorios, ya que las EPS tienen contratadas sus farmacias y les ponen todos los problemas para entregarlos, se los entregan incompletos, si le entregan uno no le entregan dos medicamentos, entonces el control de estas enfermedades desde la parte terapéutica farmacológica es muy complicado por esta situación.

La falta de medios económicos para asistir a los controles también es una dificultad que hemos identificado.

También el seguimiento después del egreso por que la información que quedó en la historia clínica no es cierta, el teléfono ya lo cambiaron, ya no viven en ese sitio, nos sucede ya que cuando ingresa el paciente no estamos actualizando datos, entonces se quedaron con los datos 2012, eso, estamos con la finalidad de mejorar esto para poder hacer el seguimiento al egreso, pero veamos que estas son las principales problemáticas a las que nosotros nos hemos visto abocados , y es nuestra actividad con los adultos mayores de 60 años, muchas gracias.

Boletín de Investigación CIHUS,
Volumen 2 Numero 1 Enero – Junio 2015
ISSN: 2357-3694

Hospital Universitario de La Samaritana ESE
Subdirección de Educación Médica e Investigación
Centro de investigación (CIHUS)

Miembros Directivos

- Dr. Oscar Alonso Dueñas Araque, Gerente
- Dr. Natalia Murillo Pardo, Director Científico
- Dra. Andrea Carolina Morales, Subdirectora de Educación Médica e Investigación

Equipo Editorial

- Dra. Dora Elena Fino Sandoval, Coordinadora Centro de Investigación, Educación Médica e Investigación, Directora y Editora Boletín de Investigación CIHUS .
- Enfermera Mónica Quemba Mesa, Profesional de Apoyo CIHUS, Asistente de Edición Boletín de Investigación CIHUS .
- Lic. Nubia Matallana, Biblioteca HUS, , Asistente de Redacción y Estilo Boletín de Investigación CIHUS .

Soporte de edición de contenidos

Área de comunicaciones HUS

Contacto

Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) - Centro de Investigación (CIHUS)
Dirección: Cra 8 No 0-55 Sur, Bogotá D.C.
Tel: 4077075, Ext. 10289, E-mail: investigación@hus.org.co
Cualquier duda o sugerencia con gusto será atendida.