



Principio Activo

Boletín Informativo de la Facultad de Medicina - Medellín - Colombia

Entrega de Distinciones de la Facultad 2010



Alejandro Múnera, jefe de la Sección de Cirugía General; Ricardo Cardona, coordinador de la Unidad de Alergología; Élmer Gaviria, decano; José Luis Ramírez, coordinador de la Unidad de Genética Médica, y Alonso Cortés Cortés, egresado de la Facultad.

El pasado 7 de octubre, durante la Entrega de Distinciones 2010, la Facultad rindió un homenaje de gratitud y exaltó los logros y la labor de sus profesores, empleados, estudiantes, egresados, entidades solidarias, grupos, programas y proyectos que con sus aportes contribuyen al engrandecimiento de esta unidad académica.

Vitrina

En esta edición **2 - 4**

- Propuestas para la Seguridad Social en Salud en Colombia

Píldoras informativas **5 - 9**

- Distinguidos por la Universidad
- Ganadores del Concurso de Cuento
- Nuevo presidente de la Asociación Colombiana de Medicina Interna
- Condecoración Orquídea para el Centro de Simulación
- 23° Salón de Artistas de la Facultad
- El Centro de Simulación se vincula con las comunidades indígenas de Frontino
- Visita académica a Grupo de Investigación Tejido Simbólico
- Reconocimiento a uno de nuestros profesores

Desde las dependencias **10 - 23**

- Entrega de Distinciones, Facultad de Medicina 2010
- Jornada de integración 2010
- En esta época de lluvias, toma tus precauciones
- ¿Es posible ampliar los escenarios de participación cuando a propósito nos distanciamos?
- Observatorio Estudiantil

Del idioma **24**

Los estudiantes escriben **25 - 26**

- ¿Existe alguna predisposición a la ideación suicida en adolescentes con diagnóstico de síndrome premenstrual afectivamente significativo?

Los profesores escriben **27 - 30**

- Crónica sobre la cirugía pediátrica en Medellín. Segunda parte
- Mortalidad materna y las metas del milenio

Corriente de opinión **31**

- ¿Qué haces para sentirte bien?

Agenda **32**



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**
1 8 0 3

**FACULTAD DE
MEDICINA**

Alberto Uribe Correa
Rector

FACULTAD DE MEDICINA
Élmer Gaviria Rivera
Decano

Carlos Alberto Palacio Acosta
Vicedecano

Comité Editorial
Diego Alejandro Espíndola F.
Érika Cortés Tobar
Gabriel Montoya Montoya
Olga Inés Gómez Zuluaga
Paloma Pérez Sastre

Oficina de Comunicaciones
Ana Lucía Molina Cañas
Alejandra Amézquita Gutiérrez
Diseño
María Alejandra Ríos Meneses

Carrera 51D # 62-29
Teléfono: 219 60 49
Conmutador: 219 60 00
Dirección electrónica:
comunicaciones@medicina.udea.edu.co

Impresión
Imprenta Universidad de Antioquia

Consultar la versión digital del
Boletín en:
<http://medicina.udea.edu.co>

Propuestas para la Seguridad Social en Salud en Colombia

Comisión para el estudio de la Ley de Talento Humano en Salud

La Facultad de Medicina, mediante su comisión para el estudio de la legislación en talento humano en salud, el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, así como el Consultorio de Seguridad Social Integral en alianza con la Facultad de Derecho, se expresa sobre el debate actual del Sistema de Seguridad Social en Salud y considera que:

a) Es necesario adelantar un debate amplio en el país, para la búsqueda de consensos mínimos, basados en el pluralismo, con el objetivo de concertar un sistema que reconozca el derecho fundamental a la salud como indispensable para el progreso de las personas y de toda la población. El reconocimiento de la crisis que vive nuestro país en el sector salud, debe pasar a una construcción colectiva que establezca ese componente del bienestar como uno de los fundamentos para el desarrollo equitativo, con el propósito de hacer posible vivir con dignidad e integridad. Las mesas de discusión deben estar abiertas a los distintos actores interesados en esa participación.

b) Los postulados que configuren la base del nuevo sistema deben seguir las orientaciones que las naciones han acordado como desarrollos esenciales en salud, mediante los lineamientos de la OMS y la OPS, así: salud como derecho fundamental y base del desarrollo personal y colectivo; la Atención Primaria en Salud (APS), como eje del sistema, entendida como un conjunto de valores y principios, que se basa en la participación comunitaria y la acción intersectorial, mediante redes de servicios que actúan en forma articulada, en los distintos niveles de atención y complejidad; la promoción de la salud como la acción sobre determinantes sociales para alcanzar el mayor nivel posible de salud que se debe brindar a cada uno de los ciudadanos sin discriminaciones. Además, está la consideración de que cada persona es un fin en sí

misma y no se le puede entender solo como medio, según lo sustentó Kant como una de las bases sustanciales del desarrollo de la modernidad. En ese contexto, la atención en salud, en la que se juega la dignidad y la integridad de las personas, no puede ser el medio para lograr fines particulares. La Rectoría del Sistema de Salud estará en cabeza del Estado, que tendrá a su cargo el reconocimiento, respeto, protección y realización del derecho fundamental a la salud en sus diferentes dimensiones y campos de relación con otros derechos humanos y, por delegación del mismo, será ejercida por el Ministerio de Salud, con enfoque de salud pública.

c) El modelo de atención debe fundamentarse en lograr el acceso universal a los servicios de salud. La estructuración de los mismos debe contemplar: servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación de la salud. Estos se prestarán mediante un sistema organizado en redes de atención bajo la responsabilidad del Estado según las necesidades de la población, basado en perfiles epidemiológicos confiables.

d) La salud pública como disciplina científica será el soporte del modelo de atención del Sistema; por lo tanto, estará fortalecida con investigaciones en ese campo y tendrá en cuenta la dimensión ambiental para el bienestar de la población y al considerar la naturaleza como fuente de valores.

e) La política de salud pública del país debe ser de Estado y no de gobierno, con el objeto de impactar positivamente en la situación de salud con acciones de largo aliento, sostenibles y con una fuerte inversión en ciencia y tecnología. Contemplará las necesidades reales de la población con énfasis en la más vulnerable.

f) La financiación de la salud debe ser vía impuestos generales. Mientras se logra, podrá establecerse un período de transición en el cual se contemple dicha financiación con los recursos actuales del Estado y con las contribuciones de los patrones y los trabajadores.

g) El Sistema de Salud funcionará de tal manera que la prestación de los planes básicos estará bajo el monopolio del Estado, sin ningún tipo de intermediación que aumente costos y sea objeto de lucro de actores privados. Mientras esto se alcanza, se podrá establecer un período de transición con una reglamentación estricta y con vigilancia y control exhaustivos. El sector privado podrá participar en la prestación de servicios de hotelería y complementarios diferentes a los planes básicos.

h) El Sistema deberá tener una política laboral, basada en contratos que garanticen la vinculación estable y digna de los trabajadores y profesionales de la salud. Reivindicará el contrato de trabajo a fin de obtener garantías laborales de origen constitucional, legal y convencional y eliminará toda forma de tercerización laboral.

i) Se contará con una política que estimule y garantice la idoneidad y cantidad suficiente de trabajadores de la salud que contarán con unas condiciones dignas de trabajo. La formación integral de los profesionales es una dimensión propicia para acompañar muchos procesos comunitarios en el marco del sistema de salud, en la búsqueda de mejores condiciones en la atención, con el respaldo del Estado y el compromiso institucional. Así, se logrará un talento humano más consciente de las necesidades, expectativas y potencialidades de la población. Se debe contar con una política de educación continua según las necesidades de las regiones y del país, con énfasis en los principios éticos y perfiles epidemiológicos.

j) La política de calidad para la prestación de los servicios deberá garantizar la integralidad que incluya la oportunidad. Cuando sea necesario, al usuario debe proveérsele la atención en los servicios disponibles debidamente habilitados cerca a su residencia. Si es necesaria la remisión, se contará con la red de servicios para hacer el proceso de referencia y contrarreferencia y se garantizará el servicio evitando dilaciones y demoras que afecten las condiciones de salud de los pacientes.

k) Este es un país de regiones donde las inequidades en la situación de salud se expresan en los espacios poblacionales; por lo tanto, las políticas de salud pública para lograr mayor justicia social, deben recuperar el concepto de Unidad Espacio Población en la planeación y ejecución de las acciones de salud. Esto facilita la integración de los servicios (vs. la segmentación y la fragmentación) que es esencial en la APS. Si no se retoma este concepto

de la salud pública: unidad-espacio-población, no será factible la implementación de esa estrategia y no pasará de ser algo meramente formal y engañoso.

l) Para hacer realidad el derecho fundamental a la salud, se debe facilitar el acceso equitativo a los servicios, al propiciar las condiciones culturales, sociales y económicas que favorezcan la atención a la población. Esta orientación debe tener énfasis en el apoyo a los grupos poblacionales más vulnerables, para evitar que se potencialice su fragilidad socio-cultural. Esta tradicionalmente les dificulta y, con frecuencia, les impide alcanzar la atención que requieren. La cultura ética en el sector salud en nuestro país debe orientarse a la conciencia de que los usuarios son la razón de ser de los servicios, no la desmotivación de la demanda. La consideración de la cobertura debe atender a los perfiles epidemiológicos de la población con atenciones sin discriminaciones, ni exclusiones.

m) Se considera la participación en salud como un pilar fundamental. El involucramiento activo y constante de las personas, los grupos organizados y los movimientos sociales en los procesos y decisiones relacionadas con el derecho a la salud, representa una garantía fundamental para hacer valer las obligaciones que competen al Estado con el derecho y las prioridades que debe atender, para dar respuesta a los problemas que lo afectan o pueden afectarlo. Por ello la participación supone contar con espacios y mecanismos para ejercerse, primordialmente los que hagan posible la exigibilidad y justiciabilidad del derecho fundamental a la salud.

n) La red pública de servicios debe ser referente de control y calidad para la totalidad de las instituciones que hacen parte del sector. El flujo de recursos debe darse sin obstáculos y con transparencia, orientado por una distribución acorde con las situaciones prioritarias de los perfiles epidemiológicos. El Sistema de Salud garantizará los medios para el fortalecimiento real de la red pública de salud, la cual será el eje central de la prestación de servicios de salud. Se permitirá el funcionamiento de instituciones prestadoras de servicios de salud del orden privado, sin que por ello signifique detrimento de la red pública de servicios de salud.

ñ) El nuevo sistema de salud deberá contar con vigilancia efectiva con capacidad de sancionar y actuar conforme a las normas, sin privilegios y sin corrupción. La sistematización de la información es inaplazable y no puede haber más excusas para su cumplimiento. Está demostrado que la voluntad política para ese avance es determinante, lo que se puede comprobar con la información para impuestos y en el campo financiero. Este es un requisito básico para la vigilancia y el control de recursos.



o) Desde la perspectiva planteada se encuentra que hay que evitar la confusión que se logra al mezclar propuestas reconocidas ampliamente como la APS, pero que al ser reducidas en su esencia, pierden el propósito de buscar el mejor nivel de salud para las personas y las comunidades. En ese marco, llamamos la atención sobre el proyecto de Ley 011 de 2010 que se radicó recientemente en el Congreso por los puntos que se exponen a continuación.

Esa propuesta lo que hace es reformar el Sistema de Seguridad Social con algunos ajustes a la legislación vigente. Sin embargo, la complejidad de la normativa actual es de tal magnitud, que ha hecho cada vez más difícil el acceso a la seguridad social, lo que va en contravía de la APS y sus postulados. Esta y la promoción de la salud están consideradas de manera imprecisa y contradictoria. La APS se reduce a la intersectorialidad, pero se omiten otros aspectos esenciales que la configuran, entre ellos, la salud como derecho fundamental y la importancia de la participación activa de los individuos, las familias y las comunidades. La promoción de la salud se distorsiona al plantearse como asunto de prestación de servicios. Esto confunde, de plano, su carácter político y social desde lo cual promueve políticas públicas, ambientes y entornos saludables; el reforzamiento de las potencialidades individuales y el cambio en la orientación de los servicios.

Se observa que falta coherencia y consistencia con la APS, al proponer un modelo que continúa siendo segmentado y fragmentado, con la atención a la población en forma diferencial, lo que potencializa la inequidad. De otra parte, la consideración de redes es confusa y demasiado general, cuando estas son factor muy importante para garantizar la integralidad de la atención.

La salud pública queda reducida a planes de beneficio sin que sea posible su articulación a la propuesta, pues en esta persiste la falta de rectoría del Estado a pesar de las intenciones, al diluir las responsabilidades. Además, la estructura planteada sigue siendo propicia para la corrupción, sin aporte significativo en vigilancia y control. En el flujo de recursos planteado, persisten las dificultades para las IPS, especialmente las públicas, como se observa por ejemplo, al quedar establecidas las fechas de aceptación de facturas, pero no las de pago.

Estos planteamientos con respecto al proyecto de Ley 011 de 2010 son producto del análisis desde el campo académico que asume el deber ciudadano de hacer los debates necesarios para construir un sistema de salud que se corresponda con las necesidades y potencialidades del país.

Consulte más información sobre este tema en la sección de noticias del portal de la Facultad. <http://medicina.udea.edu.co>



Jorge Holguín Acosta

Informamos a la comunidad universitaria el fallecimiento del doctor

JORGE HOLGUÍN ACOSTA

Gran neurólogo infantil que enriqueció con sus conocimientos la medicina antioqueña y fue profesor emérito de nuestra Alma Máter.

Lea en la próxima edición un texto sobre el profesor Holguín, escrito por el doctor Tiberio Álvarez Echeverri.

El profesor Holguín terminó sus estudios de Medicina en la Universidad de Antioquia en una época cuando buena parte de sus futuros discípulos contábamos con una corta edad; realizó su año rural en Supía a fines de la década del cincuenta, para rápidamente iniciar su residencia en Pediatría, continuando su proceso formativo en Europa en una particular etapa histórica en los albores de la Neurología infantil en Francia [...] pionero de la Neurología Infantil en Colombia y Antioquia, durante 10 años desarrolla su actividad como jefe de Neurología Infantil promoviendo su desarrollo y transmitiendo los novedosos conceptos e ideas adquiridas [...]

En el Profesor Holguín se destacaba su espíritu entusiasta de trabajo, la calidez humana, las buenas relaciones médico-paciente y profesor estudiante, el cumplimiento estricto de su horario, la participación siempre oportuna en las discusiones académicas del Departamento de Pediatría, su prodigiosa memoria, y su frecuente participación en congresos en el extranjero le facilitaba el tener siempre disponibles los últimos avances de la Neurología para compartirlos con sus colegas y alumnos; en los últimos tiempos los clubes de revista con los estudiantes de Medicina y los *staff* de Neurología son espacios iluminados con su presencia. [...]

Tomado de: *Doctor Jorge Holguín Acosta, Pionero de la Neurología Infantil*. Texto de William Cornejo Ochoa, profesor de Neurología Infantil del Departamento de Pediatría.

Distinguidos por la Universidad

En el Día Clásico de la Alma Máter, celebrado el 11 de octubre en el Paraninfo, se hizo entrega de las distinciones por parte de la Universidad, como es tradición cada año. En el acto, el Consejo Superior concedió los siguientes reconocimientos a personas y dependencias de nuestra Facultad:

Orden al Mérito Universitario Francisco Antonio Zea, Categoría Oro

Alonso Cortés Cortés, egresado de la Facultad de Medicina

Presencia de la Universidad en la Sociedad, Categoría Oro

Programa Práctica Académica de la Sección de Cirugía General, más de 50 años de servicio

Premio a la Investigación Universidad de Antioquia

A la publicación *IFN y Response to Mycobacterium tuberculosis, Risk of infection an disease in household contacts of Tuberculosis patients in Colombia. Revista PLoS ONE, diciembre de 2009, Volumen 4, Issue 12, e8257*; de los grupos de investigación de Inmunología Celular e Inmunogenética —de la Facultad de Medicina— y de Epidemiología —de la Facultad Nacional de Salud Pública.

¡Felicitaciones!



Doctor Alonso Cortés Cortés recibiendo la Orden al Mérito Universitario Francisco Antonio Zea, Categoría Oro, en la Entrega de Distinciones de la Universidad, Paraninfo

Condecoración Orquídea para el Centro de Simulación

Recientemente el Centro de Simulación fue distinguido por el Concejo de Medellín con la condecoración *Orquídea*, en la categoría Mérito Científico, por su ardua labor en el desarrollo de una solución para la atención a víctimas de minas antipersonales a partir de herramientas disponibles en los diferentes centros y hospitales del país.

Estas condecoraciones son otorgadas cada año por el Concejo de Medellín en las categorías deportivo, educativo y cultural, ecológico y cívico, empresarial, humano, científico, tecnológico y agroindustrial.

El acto de entrega será el 11 de noviembre a las 6:00 p.m. en el recinto del Concejo de Medellín .

Reseña

El departamento de Antioquia es uno de las regiones más afectadas por la presencia de MAP/MUSE/AEI; del total de 125 municipios, en 93 se han presentado accidentes y peligros, con un saldo de 1.862 (22%) víctimas entre 1990 y 2010, y de un número similar de familias afectadas psicológica y socialmente con ocasión de la muerte o discapacidad de uno o más de sus miembros.

Atendiendo a esta problemática, el Centro de Simulación de la Facultad ha dado origen e impulsado proyectos como: la **telemedicina** que contribuye a mejorar la capacidad resolutive de las instituciones que prestan servicios asistenciales a las víctimas; el servicio de **telesistencia domiciliaria**, complementa la asistencia a la víctima y su familia desde su domicilio; la **educación virtual** permite a las instituciones prestadoras de servicios de salud, mejorar la capacidad de respuesta en el manejo integral de la asistencia a las víctimas y sus familias; la **atención prehospitalaria** permite profesionalizar la intervención inicial, y como soporte a este programa se diseñaron tres aulas móviles como escenarios de entrenamiento para dar cobertura en la regiones más vulnerables; y el **entrenamiento presencial**, genera mayor capacidad de respuesta en las instituciones prestadoras de servicios de salud.



Rectificación de la clasificación de los grupos de investigación de la Facultad según Colciencias

El Instituto de Investigaciones Médicas rectifica la información —publicada en la pasada edición del boletín— sobre la nueva clasificación de los grupos de investigación de la Facultad según el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación —Colciencias—. En dicha publicación se afirma que el grupo Genética Médica está clasificado en categoría C, se constató que en realidad se encuentra en la categoría B.

Igualmente, informamos que el Grupo de Investigación Edusalud fue clasificado por Colciencias en la categoría D.

Nuevo presidente de la Asociación Colombiana de Medicina Interna

En el XXI Congreso Colombiano de Medicina Interna, que se celebró en Cali del 14 al 17 de octubre, se posesionó como presidente de la Asociación Colombiana de Medicina Interna —ACMI— el doctor Juan Manuel Senior Sánchez, docente de tiempo completo de la Sección Cardiología del Departamento de Medicina Interna.

El doctor Senior es médico internista, cardiólogo y subespecialista en Cuidado Intensivo y Hemodinamia de la Universidad de Antioquia.

El Departamento de Medicina Interna y la Facultad de Medicina le expresan sus más sinceras felicitaciones por este nuevo cargo que exalta también el nombre de nuestra Universidad.

Empleados destacados en los Juegos Deportivos

Algunos deportistas de nuestra Facultad se destacaron en los II Juegos Deportivos de los Empleados, Universidad de Antioquia 2010 —clasificatorios para los Juegos Nacionales de Empleados que se llevarán a cabo en Armenia entre el 11 y el 15 de noviembre— Son ellos: Óscar González, del Departamento de Morfología, campeón en Billar, modalidad tres bandas y Alfredo Gómez, del Centro de Extensión, campeón en Tenis de Mesa.

Los II Juegos Deportivos de los Empleados se realizaron del 27 de septiembre al 14 de octubre de 2010 en las instalaciones deportivas de la Universidad, en diversas modalidades individuales y de conjunto.

El objetivo de estos juegos fue promover la integración universitaria a través de la recreación, la actividad física y el deporte de trabajadores docentes, oficiales y administrativos de la Universidad de Antioquia, buscando una sana y fraternal competencia entre los participantes.

Publicar en *Iatreia*

Nuestra Revista *Iatreia* está indexada en PUBLINDEX en categoría A2, organismo que hace reconocimiento a las revistas que han alcanzado niveles de calidad, de tal forma que es para nosotros motivo de mucha alegría compartir con nuestros autores y suscriptores este reconocimiento, y aprovechar para invitarlos a continuar haciendo parte de ésta. En *Iatreia* tenemos una sección dedicada a la divulgación de artículos publicados en revistas nacionales e internacionales, como también a las reseñas de libros elaborados por nuestra comunidad académica de la Facultad.

Si está interesado en hacer visible sus publicaciones a través de este medio, remita su información a Olga Gómez Zuluaga, coordinadora de la Biblioteca Médica, responsable de esta sección, al correo electrónico: olga.gomez@biblioteca.edu.co.

IATREIA
Revista médica Universidad de Antioquia

23° Salón de Artistas de la Facultad

El pasado 30 de septiembre se inauguró el 23° Salón de Artistas de la Facultad. La exposición, ya consolidada en el ambiente cultural de la Universidad de Antioquia, se ofrece como parte de la programación de las Jornadas Universitarias y convoca a los integrantes de la Facultad que combinan sus actividades habituales con el cultivo de las artes plásticas.

En la muestra participaron 22 expositores, distribuidos así: 9 profesores, 5 estudiantes, 4 jubilados, 3 egresados y un empleado.

En total se expusieron 47 obras, en diferentes modalidades:

- 18 pinturas: 10 acuarelas, 5 óleos, un carboncillo y 2 en técnica mixta
- 23 fotografías
- 3 grabados
- 3 esculturas

La muestra artística contó, como en años anteriores, con el apoyo decidido de la Administración de la Facultad y del Comité Cultural de la institución; y su puesta en marcha se debe al esfuerzo del Comité Organizador compuesto por los egresados Ricardo Castrillón y Juan Carlos Rojas; los profesores María Victoria Lizón, instrumentadora quirúrgica, Luz Helena Moncada, bacterióloga, y Carlos Aguirre, médico.

Es importante resaltar también el apoyo recibido por el Museo Universitario, la Biblioteca Médica y la Oficina de comunicaciones de la Facultad, entidades que contribuyeron decididamente al éxito del Salón.

Se invita a la comunidad de la Facultad que cultivan las artes plásticas a preparar sus obras para presentarlas en la 24ª versión.

Por: Carlos Aguirre Muñoz, profesor del Departamento de Pediatría y Puericultura y coordinador del Salón.



Exposición del 23° Salón de Artistas, en la Biblioteca Médica

El Centro de Simulación se vincula con las comunidades indígenas de Frontino

Del 11 al 17 de septiembre, el Centro de Simulación, en desarrollo del proyecto que actualmente se lleva a cabo en compañía de la Gobernación de Antioquia y la Unión Europea, brindó apoyo a la comisión que se desplazó a la comunidad indígena Antadocito, ubicada en el resguardo Murrí del municipio de Frontino.

Esta actividad permitió capacitar alrededor de ochenta personas entre niños, niñas, jóvenes, madres y padres de familia, profesores, *jaibanás* y cabildantes de estas comunidades. Dicha capacitación estuvo enfocada a la educación en el riesgo por minas antipersonales, formación de primeros respondientes y ruta de atención integral a las víctimas.

El Centro de Simulación continuará con su labor de llevar conocimiento a todas aquellas personas y regiones que lo requieran, con el fin de lograr la disminución de accidentes por MAP/MUSE/AEI, y mejorar la atención inicial de las víctimas de estos artefactos.

Por: Paola Andrea Elejalde Vidal, coordinadora académica del Centro de Simulación.

Encuentros de Reflexión en la Facultad

Los días 20, 22 y 27 de octubre se realizaron los *Encuentros de Reflexión*, con el objetivo de socializar la situación de la Universidad para encontrar salidas formativas por la vía del diálogo y la participación.

Próximamente, se publicará un boletín extraordinario con las memorias de este evento.



Ganadores del Concurso de Cuento

Los escritores Ignacio Piedrahita Arroyave y Claudia Ivonne Giraldo Gómez, jurados del Concurso de Cuento Facultad de Medicina 2010, después de considerar el reglamento del Concurso y leer detenidamente las 41 obras entregadas, decidieron otorgar los siguientes premios:

CATEGORÍA A: estudiantes de pre- y posgrado de la Facultad de Medicina

Primer puesto. *Locomotora 50* por la estudiante Vanessa Gómez Díaz.

Segundo puesto. *Ivonne* por el estudiante Diego Alejandro Espíndola Fernández.

CATEGORÍA B: egresados y empleados de la Facultad de Medicina

Primer puesto. *El vecindario* por el profesor Juan Camilo Calderón Vélez.

Segundo puesto. *Reflejo* por la profesora Sandra Elena Castrillón Castrillón.

MENCIONES

El caballo negro por el profesor Carlos Alberto Estrada Gómez.

Mariposas en el estómago por la profesora Luz María Agudelo Suárez.

Reconocimientos al Grupo de Investigación en Psiquiatría —GIPSI—

El Departamento de Psiquiatría de la Facultad obtuvo los reconocimientos otorgados en el Congreso Colombiano de Psiquiatría, llevado a cabo en la ciudad de Santa Marta del 14 al 18 de octubre en el Centro de Convenciones Pozos Colorados, con cerca de 800 asistentes y la participación de conferencistas nacionales e internacionales de Estados Unidos, España y Argentina.

Se destacan la presencia de la doctora Nancy Andreasen, una de las psiquiatras más importantes del mundo y el taller organizado por el Subcomité de Psiquiatría Infantil que tuvo una participación masiva de casi 400 personas.

Premiación

— Mejor trabajo de investigación concluida, Premio *Pablo Pérez Upegui*: "Asociación del gen NOS1AP con subtipos clínicos de esquizofrenia".

— Mención de honor: "Análisis de asociación de variantes en genes del sistema serotoninérgico con conducta suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor".

— Mejor artículo original publicado en la Revista Colombiana de Psiquiatría: "Identificación empírica de subtipos clínicos de esquizofrenia".

— Mención de Honor *Humberto Roselli* al mejor artículo publicado por residente "Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica".

Asignación del ISSN a nuestro boletín

Informamos a la comunidad universitaria que el Centro Nacional de ISSN asignó al boletín *Principio Activo* el código 2216-0868, el 7 de octubre de 2010.

El ISSN (International Standard Serial Number —Número Internacional Normalizado de Publicaciones Seriadas) es un número internacional que permitirá identificar de forma única al boletín en el mundo.

Reconocimiento a uno de nuestros profesores

El profesor Andrés Zuluaga Salazar, actual jefe del Departamento de Farmacología y Toxicología, fue reconocido como uno de los diez jóvenes sobresalientes de Antioquia, en la categoría *Logros Académicos*, mediante el Programa TOYP —*The Outstanding Young Persons of the World*— por la Cámara Junior Internacional Capítulo Medellín.

Este premio busca reconocer a los jóvenes antioqueños que se han destacado en su campo de experiencia o de actividad, por sus logros académicos y profesionales, de servicio y liderazgo, enfocado y dirigido al bienestar de la humanidad. Hasta la fecha, 250 jóvenes antioqueños han recibido la exaltación a través del programa TOYP.

La Cámara Junior Internacional (JCI) Capítulo Medellín, es una entidad que cumple 100 años de historia, trabaja en la formación de líderes que generen cambios positivos en la sociedad. Actualmente, funciona en más de 18 ciudades del país y está presente en 110 países del mundo donde realizan jornadas de capacitaciones, ruedas de negocio y comunidades ambientales para generar responsabilidad social y jóvenes con proyecciones al futuro.

La ceremonia de premiación se llevó a cabo el pasado 15 de octubre en el Salón Chablis del Hotel Dan Carlton Medellín. Para esta versión, la Cámara recibió más de 100 postulaciones de personas entre los 18 y 40 años de edad.

Visita académica a Grupo de Investigación *Tejido Simbólico*

El Grupo de Investigación *Tejido Simbólico*, del Área de Comunicación en nuestra facultad, recibió la visita académica del profesor Manuel Martín Serrano, doctor en Ciencias Sociales y profesor emérito de la Universidad Complutense de Madrid.

El ilustre visitante brindó orientación y consejo sobre futuros derroteros de las líneas de estudio para este grupo en formación.

El encuentro fue posible gracias a la participación del doctor Serrano en el Seminario Internacional *Comunicación, Vida y Sociedad*, organizado por las universidades Eafit, Pontificia Bolivariana, de Medellín y de Antioquia.

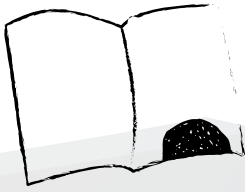
El grupo *Tejido simbólico*, actualmente en formación, fue aceptado por el Instituto de Investigaciones Médicas este año. Hacen parte de él algunos profesores del Área de Comunicación: Margarita Gómez G., Juan David Arias C., Hermes Osorio C., Darío Echeverri y Paloma Pérez S. Su área de interés es la comunicación y la educación para la salud.

Parqueadero para bicicletas

A partir del mes de noviembre, los integrantes de la facultad cuentan con un parqueadero para sus bicicletas, junto a la portería de la entrada principal de la Facultad.



Desde las dependencias



Biblioteca Médica



Olga Inés Gómez Zuluaga
Coordinadora Biblioteca Médica

Directorio de enlaces electrónicos

El Sistema de Bibliotecas busca promover y facilitar el acceso a la información en todos los campos del saber y la cultura, con el fin de apoyar las labores de docencia e investigación de nuestros usuarios y ofrecer información relevante más allá de los libros y las revistas disponibles en nuestras colecciones.

Por ello, se pone a disposición de nuestros usuarios, el directorio de enlaces electrónicos: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSistemaDeBibliotecas/RecursosElectronicos/EnlaceDirectorioRecursos/Medicina>, organizados temáticamente de acuerdo con los programas académicos universitarios del momento.

Esta colección de direcciones electrónicas se encuentra en permanente actualización. Si usted tiene alguna sugerencia o quiere aportarnos un link que crea sea de interés académico, puede escribirnos al correo electrónico basesdedatos@biblioteca.udea.edu.co.

Apadrina un libro

Queremos destacar la labor de varios de nuestros usuarios que se han vinculado a la propuesta Apadrina un libro, quienes dan aportes económicos para mandar a encuadernar un libro que se encuentre en mal estado; como retribución por parte de la Biblioteca Médica, obtienen la ampliación de un cupo de préstamo restringido por un período de un semestre o pago de sanciones por mora en la entrega del material. Este año tenemos 118 libros reparados con el apoyo de este programa.

Curso de búsqueda de información documental en salud

Fecha: 24 y 25 de noviembre de 2010

Hora: 8:00 a 10:00 a. m.

Lugar: Sala de Cómputo de la Facultad de Medicina

Cupo: 18 participantes

Inscripciones

- Ingresa a <http://reune.udea.edu.co>.
- Clic en *Preinscribir*.
- En el bloque Información del servicio buscar *Vicerrectoría de Docencia* y selecciona *Sistema de Bibliotecas, Búsqueda de Información Documental en Salud*.
- Diligencia los datos personales —los campos marcados con * son obligatorios— y selecciona la opción *Realizar preinscripción*.
- Nota. Si no se encuentra el curso en la plataforma, quiere decir que ya no hay cupos para ese horario.
- Más informes: Francisco Javier Llano, Biblioteca Médica, teléfono 219 69 12.

Exposición

La Sala de Historia de la Medicina invita a la exposición del libro *Traite de chirurgie plastique para-J. Jobert de Lamball* durante el mes de noviembre en la Biblioteca Médica.

Reseña histórica. Antoine-Joseph Jobert de Lamball, fue el impulsor de la cirugía moderna, famoso cirujano francés que vivió desde 1830 hasta 1867. Nacido en Matignon, en Francia, en el seno de una familia pobre, se convirtió en profesor clínico de cirugía en la Facultad de Medicina de París.

A lo largo de la primera mitad del siglo XIX se unificaron las titulaciones para internistas y cirujanos. La cirugía se apoyaba de forma sólida en la anatomía topográfica y también se continuó la labor de John Hunter (1728-1793) de constituir una patología quirúrgica fundamentada en la anatomía patológica y la investigación experimental. La obra de Jobert podría ser un excelente ejemplo de lo dicho. Pertenece a la generación que siguió a la de Guillaume Dupuytren (1777-1835) y contribuyó a difundir el uso de la anestesia. A Jobert se le deben el tratamiento de las fístulas vesicovaginales por oclusión autoplástica y el procedimiento de sutura del intestino seccionado por invaginación del extremo superior en el inferior, también fue reconocido como el creador de la cirugía plástica. Tomado de: <http://www.historiadelamedicina.org/jobert.html>, [Fecha de acceso octubre 12 de 2010]. Bibliografía: de Lambelle, A. J. Jobert. *Traité de chirurgie plastique: atlas de 18 planches gravées et coloriées*. Londres: Chez J.-B. Bailliére; 1849. WO600/J6-849.

Visita nuestro blog: <http://historiamedicinaudea.blogspot.com>.

Proyecto de Certificación y Acreditación de los Servicios de Laboratorio y Vacunación

Auditoría interna al Laboratorio de Investigación en Infectología

En el marco de las actividades propias del Proyecto, el día jueves 30 de septiembre se llevó a cabo el proceso de auditoría interna en el Laboratorio de Investigación en Infectología, con la participación de todos los integrantes del Servicio y el acompañamiento de los líderes del Proyecto. Como conclusión del proceso de auditoría se destacan:

- El manejo eficiente de la documentación existente.
- El alto grado de compromiso de los integrantes del laboratorio frente a los procesos de calidad.
- La gestión administrativa y técnica basada en la implementación del enfoque por procesos que genera dinamismo y eficiencia en la toma de decisiones.
- El compromiso con el bienestar de los usuarios a través de indicadores que garantizan el cumplimiento de la normatividad legal, y que permiten la generación de confianza mutua en la prestación del servicio.

Una vez cerrado el ciclo de auditoría interna, se efectuará la Revisión por la Dirección del Laboratorio, con miras a optar por la certificación del Icontec bajo la norma ISO-NTC 9001:2008.

Adecuación y optimización de las instalaciones del Laboratorio de Farmacología y Toxicología: en busca de la calidad

Entre sus servicios de extensión, la Facultad cuenta con el Laboratorio de Farmacología y Toxicología, en donde se llevan a cabo análisis específicos para identificar tóxicos y fármacos en diferentes fluidos biológicos, con el fin de ayudar a la atención de los pacientes por parte del personal de salud encargado. Acorde con la misión, los resultados se ofrecen de forma rápida, confiable y con altos estándares de calidad; para lo cual, se trabaja en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad —SGC— bajo la Norma 9001:2008, que permite mejorar el Servicio y las actividades investigativas y docentes.

Aunque el Laboratorio cuenta con personal entrenado y equipos de última generación, las instalaciones físicas no permitían cumplir con todos los requisitos de habilitación y certificación. Comprometidos con el SGC, y entendiendo que este Sistema obliga a la mejor utilización de los recursos disponibles en beneficio del usuario y en la búsqueda permanente de la excelencia, el grupo de trabajo del Servicio —doctores: Andrés Felipe Zuluaga S. y María Consuelo Jaramillo F., bacteriólogas: Blanca C. Montoya B. y Diana M. Padilla C., auxiliares: María E. Durango A. y Alejandro Ospina H. y secretaria: Martha C. Cuervo R.— con el apoyo de la administración de la Facultad y el Departamento de Sostenimien-

to de la Universidad, adelantó una reforma que permitió adecuar las instalaciones del Laboratorio con los propósitos de cumplir las normas básicas de habilitación y de optimizar los recursos físicos y financieros disponibles. De hecho se tenían dos laboratorios y se logró con base en un buen diseño, la organización de todo el laboratorio en una sala únicamente, sin detrimento de los servicios ofrecidos.

A continuación se detallan algunas de las obras emprendidas:

- Dotación de muebles en la zona de toma de muestras.
- Dotación del Laboratorio con mesas de trabajo en acero inoxidable, impermeables, sólidas y resistentes a factores ambientales; con varios sifones libres, lavamanos, una ducha torrente (cuerpo entero) y una exclusiva lavaojos para cumplir con el estándar OS-HAS 1910 – 1450.
- Áreas separadas e identificadas: administrativa (secretaría, jefatura y descanso de personal), sala de espera, toma de muestra, área de desinfección, lavado y preparación de material, área de preparación de muestras para análisis, baño para pacientes, área de equipos de precisión, área de reactivos y salida de emergencia.



Análisis de drogas de abuso en el equipo MINDRAY BS120, recién adquirido, en el área de equipos de precisión



Desde las dependencias



Área toma de muestras

- Áreas con acceso restringido para usuarios y visitantes, lo que permite minimizar los riesgos inherentes a la prestación del servicio. La parte interior del Laboratorio se dividió en una zona de limpieza y desinfección de material separada de la zona de manejo, extracción y análisis de las muestras y, a su vez, retirada de la zona instrumental donde se encuentran todos los equipos para los diferentes análisis que ofrece el Servicio. En las tres zonas, las condiciones ambientales se mejoraron drásticamente, controlando la humedad y temperatura para hacer más propicio el trabajo.
- Adicionalmente, la sala de toma de muestras se dotó con una cabina que le permite privacidad y confort al paciente, además de condiciones higiénicas para la toma o recepción de la muestra.
- Se remodelaron las estructuras de madera para estantería y cajones, cambio en las redes hidrosanitarias, mejora en las redes eléctricas y de iluminación, adecuación de puertas y ventanas, pintura del laboratorio, aire acondicionado, reparación de pisos y adecuación de zonas de acceso, circulación y salidas.
- El manejo de residuos dentro del Laboratorio también pudo optimizarse gracias a su nuevo diseño, asegurando los mínimos establecidos por el Sistema.

A estos cambios, también se sumó la adquisición de un equipo automático vanguardista para química sanguínea y turbidimetría (MINDRAY BS120), el cual es utilizado para el análisis de drogas de abuso en muestras biológicas como: creatinina, barbitúricos, benzodiazepinas, metabolitos de cocaína, éxtasis, opiáceos, etc. Este analizador proporciona análisis de muestras biológicas en

poco tiempo (horas), especialmente útil en urgencias, y para pruebas de rutina con rápido rendimiento, puede hacerse hasta 100 pruebas por hora, ya que es simple de usar y es más eficiente que los sistemas operados manualmente. Además de la ostensible mejora locativa, la implementación de este método para la determinación de drogas de abuso en muestras biológicas, servirá de apoyo a médicos y especialistas en Toxicología del área metropolitana y a los grupos de investigación del Departamento de Farmacología y Toxicología; igualmente, asegura que se efectúen análisis con excelente precisión, reproducibilidad y confiabilidad.

En resumen, la adecuación y optimización del espacio físico ahora permite controlar todo el proceso de análisis, gracias a que actualmente el Laboratorio está dotado con los espacios requeridos para atender al usuario que son exigidos por la normatividad colombiana.

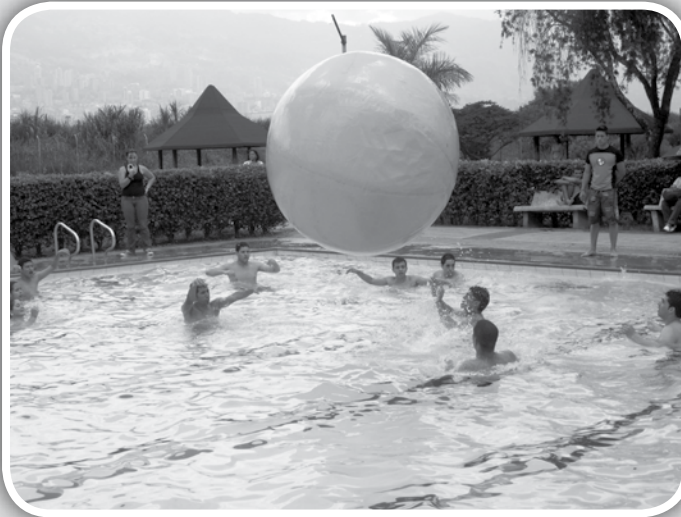
Escrito por: María Consuelo Jaramillo, docente y coordinadora científica, Diana Padilla, bacterióloga, y Andrés F. Zuluaga, docente y jefe del Departamento de Farmacología y Toxicología.



Análisis de metales pesados en el equipo de absorción atómica en el área de manejo, extracción y análisis de las muestras

Jornada de integración 2010

La comunidad universitaria de las facultades de Medicina y Odontología —aproximadamente 1.500 personas, entre estudiantes, profesores y empleados— se unieron a la Jornada de Integración que se llevó a cabo el 5 de octubre en el Aeroparque Juan Pablo II.



Juego múltiple: polo acuático



Juego múltiple: bolas inflables



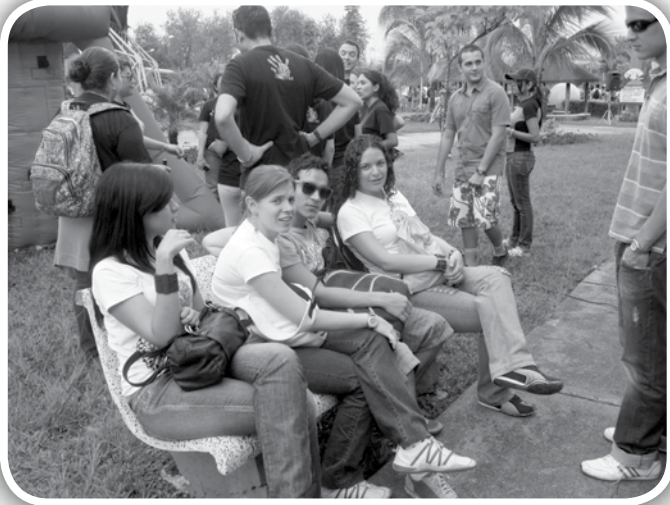
Juego múltiple: voleibol



Empleados de la Facultad en el Aeroparque Juan Pablo II, Jornada de Integración 2010



Desde las dependencias



Estudiantes de la Facultad en el Aeroparque Juan Pablo II, Jornada de Integración 2010



Integrantes del Comité de Emergencias en el Aeroparque Juan Pablo II, Jornada de Integración 2010

¿Es posible ampliar los escenarios de participación cuando a propósito nos distanciamos?

Comisión Pedagógica

La Comisión Pedagógica lideró el IV Encuentro de Educación Superior en Salud: Los Sentidos de la Autonomía en la Formación en Salud, llevado a cabo el 30 de septiembre y el 1.º de octubre del presente año. En esta oportunidad se contó con la participación de estudiantes de la Facultad de Medicina quienes aprovecharon este espacio para ganar en apropiación y conceptualización sobre una temática propia para su proceso de formación; de igual manera, nos acompañaron profesores de otras universidades regionales como el CES, la San Martín, la Bolivariana y nacionales como la Nacional de Colombia, la Tecnológica de Pereira, la UIS y la del Norte de Barranquilla, entre otras; aunque también asistieron algunos profesores de nuestra Facultad, fue notoria la ausencia de esta audiencia sobre todo cuando no teníamos clases regulares y la temática de reflexión aportaba a la comprensión de la problemática actual de la Universidad.

Estos aspectos nos retan como gestores del encuentro académico, a buscar mejores formas de divulgación, así como estrategias que convoquen y permitan ser optimizados estos espacios formativos por el cuerpo profesoral de la Facultad, para quien van dirigidas principalmente estas actividades.

Una de las principales síntesis de esta actividad surge de la discusión amplia sobre los fundamentos de la autonomía desde la perspectiva kantiana, para lograr que el sujeto se sirva de su propia razón y se haga cada vez más responsable de su actuación desde un contexto de la salud que no le es ajeno, sino que por el contrario, puede dar cuenta en la medida en que se apropia de él a propósito para lograr comprensiones y transformaciones. Esta perspectiva se constituye en un reto educativo que invita a profesores a modelar estrategias didácticas provocadoras de reflexiones y de argumentaciones, en las cuales la intuición se vuelva un motor para aprendizajes más significativos, así como ganar en espacios de diálogo y comunicación que impulsen la formación de pensamiento crítico y de un actuar en coherencia con criterios éticos de idoneidad profesional.

Desde ya invitamos a la comunidad académica de la Facultad a participar en el V Encuentro de Educación Superior que se planeará para el próximo año, con antelación estaremos informando el cronograma.

Agradecemos a los profesores que participaron como ponentes y moderadores en los diferentes foros, experiencias y conversatorios del evento.

Entrega de Distinciones, Facultad de Medicina 2010

Las personas constituyen el principal soporte para el engrandecimiento y desarrollo de las instituciones; por este motivo, la Facultad en ceremonia llevada a cabo el pasado 7 de octubre en el Auditorio Principal, exaltó la dedicación, los logros y el empeño de sus empleados, estudiantes, egresados y profesores.

En el intermedio de la ceremonia, se presentó el Ballet Folklórico de Antioquia con un fragmento del espectáculo Colombia Viva, un recorrido folklórico por las diferentes regiones del país con la magia de su música, danza, color y alegría. El repertorio contó con los movimientos propios de la Cumbia, del pasillo voliado, de la guaneña y de la tambora, entre otros.



Presentación de danza del Ballet Folklórico de Antioquia, durante la Entrega de Distinciones, 2010



Integrantes de la Unidad de Alergología con el Decano de la Facultad.

El Consejo de Facultad, de acuerdo con el acta N.º 325 del 15 de septiembre de 2010, aprobó la entrega de las siguientes distinciones:

Reconocimiento 20 años de servicio

Javier de Jesús Martínez Medina
María Helena Durango Arango
Consuelo Mejía Botero
Olga Edit García López
Marta Cecilia Sierra Sierra
Luis Rodolfo Gómez Wolff
Germán Augusto Wolff Idárraga
Jorge Hernán Giraldo Ramírez
León Darío Jiménez Posada
Luis Javier Ignacio Castro Naranjo
Adriana María Cuartas Calle
Jorge Enrique Aristizábal Duque
Luz Elena Lugo Agudelo
Marta Inés Velásquez Madrid

Reconocimiento 25 años de servicio

Luis Carlos Burgos Herrera
Olga Lucía Giraldo Sepúlveda
Beatriz Eugenia Vieco Durán
Doris Ruiz Penagos

Reconocimiento 30 años de servicio

Ilvia Luz Oquendo García
Domingo Iván Caraballo Gracia
María Fabiola Toro Castaño
Luz Marina Villada Ayala

Reconocimiento 35 años de servicio

Beatriz Helena Cadavid Rojas
Luis Fernando García Moreno

Reconocimiento 40 años de servicio

María Ruby Londoño Cataño

Reconocimiento a los docentes que ascendieron a profesores titulares

Elkin Cardona Duque
Omar Vesga Meneses
Carlos Alberto Vélez Pardo
Marlene Jiménez del Río
Juan Manuel Alfaro Velásquez
Luis Alfonso Correa Londoño
Juan Carlos Restrepo Gutiérrez
Juan Carlos Arango Viana
María Elena Arango Rave

Reconocimiento al Maestro

José Luis Ramírez Castro



Desde las dependencias

Reconocimiento al Grupo de Investigación Grupo Malaria

Reconocimiento a la Extensión

Categoría Grupo, Programa o Proyecto:
Unidad de Alergología Clínica

Categoría Práctica Académica con Mayor Impacto Social:
Práctica Académica de la Sección de Cirugía General

Reconocimiento al Mejor Empleado Administrativo

Categoría Profesional:
Lina María Freydehl Gallón
Categoría no Profesional:
Jazmín Helena Guerra Muñoz

Reconocimiento al Egresado Distinguido Alonso Cortés Cortés

Reconocimiento a Instituciones y Personas Solidarias con el Trabajo de la Facultad de Medicina

Secretaría de Educación de Medellín, por el Fondo para la Educación Superior EPM

Reconocimiento al Mérito Estudiantil

Categoría Pregrado
Ana María Castrillón Ortiz
Categoría Posgrado
Milena Alcázar Paternina

Reconocimiento al Mejor Estudiante Avanzado por Programa Segundo semestre de 2009

Por el Programa de Instrumentación Quirúrgica
Maritza Astrid Zapata López, nivel IX
Por el Programa de Medicina
Santiago Naranjo Sierra, nivel XIII

Reconocimiento al Estudiante con Mejor Promedio Crédito por Semestre

Programa de Instrumentación Quirúrgica
Primer nivel: Verónica Pérez Guerra
Segundo nivel: Brayner Zapata Muñetón
Tercer nivel: Liliana Otilia Taramuel Taramuel
Cuarto nivel: Juliana Naranjo Arias
Quinto nivel: Sandra Milena Betancur García
Sexto nivel: Yely Banda Otero
Séptimo nivel: Andrés Felipe Medina Rodríguez
Octavo nivel: Carlos Daniel Cardona Graciano

Programa de Medicina

Primer nivel: María Camila Orozco López,
Segundo nivel: Karen Andrea García Rueda
Tercer nivel: Julián Vélez Urrego
Cuarto nivel: Ana Catalina Ramírez Cardona
Quinto nivel: David Andrés Vergara García
Sexto nivel: Sebastián Sánchez López
Séptimo nivel: María Clara Jaramillo Aristizábal
Séptimo nivel: Jhonathan Reina Alzate
Octavo nivel: Ely Margarita Bitar Benítez
Noveno nivel: Juliana Castillo Orozco
Décimo nivel: María Fernanda Álvarez Barreneche
Undécimo nivel: Diego Armando Patiño Mesa
Duodécimo nivel: Julian David Cañola Arrubla

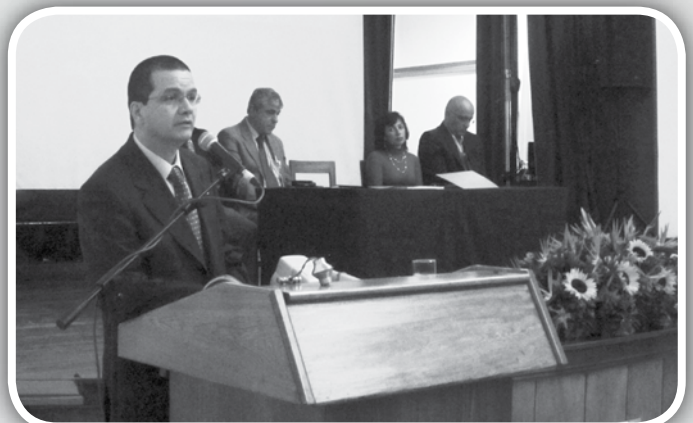
Destacados en las Terceras Jornadas de Investigación Facultad de Medicina, 2010

Mejor presentación oral de la Maestría en Ciencias Básicas Biomédicas
Paula Andrea Acevedo Toro

Mejor presentación oral de la Maestría en Ciencias Clínicas
Javier Orlando Contreras Ortiz

Mejor presentación oral de las especialidades clínicas
Joaquín Ernesto López Lara

Mejor Póster
Carolina Montes Gallo y Carolina Giraldo Sierra



Integrantes de la mesa principal: Élmer Gaviria Rivera, decano; Alberto Uribe Correa, rector; Diana Díaz Hernández, jefa de Educación Médica, y Carlos Alberto Palacio Acosta, vicedecano

¡Entender a los jóvenes, un reto mayor!



Luz Elena Gómez
Docente Pediatría Social
Grupo de puericultura

Con motivo del Año Internacional de la Juventud proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la profesora Luz Elena Gómez escribe esta reflexión para convocar a los adultos a comprender y acompañar a nuestros jóvenes en sus búsquedas y aspiraciones.

No corresponde a los jóvenes entendernos, sino a nosotros comprenderlos a ellos. Al fin y al cabo, no podrían ponerse en nuestro lugar y, en cambio, nosotros ya hemos ocupado el de ellos

André Marcel

Con esta frase pretendo refrescar la memoria de quienes estamos como acompañantes de los jóvenes en este momento, pues aunque no se especifique en nuestra labor, el solo hecho de ser el docente de una cátedra ya nos pone la investidura de adulto significativo en este proceso formativo, máxime cuando actualmente los estudiantes entran a la universidad apenas saliendo de su adolescencia a los 15 ó 16 años, lo que hace que nuestro papel sea muy importante en este proceso.

Entonces ¿qué significa esta etapa de juventud? Invito a que nos hagamos la pregunta y recordemos la propia; la juventud es una etapa del desarrollo humano que trae implícita la lucha por situarse en el mundo de una forma diferente a lo establecido confrontando lo que hay, para buscar su propia identidad y proponer nuevas formas de resolver las situaciones, de ver el mundo.

La crítica a la condición de adolescencia y juventud, en la que se asume que el individuo tiene ciertas características que según E. Erikson está resolviendo la *crisis de identidad o la difusión de la misma*, en la que:

- La maduración biológica lo impulsa a cambios psicológicos y sociales
 - Confronta su identidad sexual, étnica, familiar y vocacional
 - Busca nuevas figuras de identificación
- Luego, después de los 18 se vive la crisis de identidad en la que el

ser humano pasa por momentos en los cuales se analiza a sí mismo, entendiendo que el acceso a su propia identidad se desenvuelve siguiendo los patrones culturales de la sociedad en la cual crece y se desarrolla el individuo.

Todo esto justifica la imposibilidad del joven para relacionarse plenamente con el mundo adulto. La crítica a la juventud ha estado presente en el pensamiento humano desde los tiempos de Platón hace 2.500 años cuando se refería a ellos como: "Los jóvenes ahora no solo gustan del lujo, tienen malos modales, desacato a la autoridad, sino que muestran falta de respeto a los ancianos... Los jóvenes son ahora los tiranos, no los siervos de sus hogares. Ya no se levantan cuando los ancianos entran en la sala, están en contradicción con sus padres..."¹ Esta percepción sobre la juventud nos ha acompañado en las diferentes épocas, pues las características de los jóvenes siguen siendo las mismas desde su desarrollo psicológico y moral, que si bien da cuenta de algunas actitudes propias, nos plantea la necesidad de atender desde nuestra visión y comprensión adultas el proceso de crecimiento personal de estos seres para que logren encontrar su propio lugar.

Pero la preocupación actual trasciende las características propias de la edad; también cabe la pregunta de por qué muchos de nuestros jóvenes se están matando con la droga, se están dejando llevar por el dinero fácil, por el sexo y las relaciones irresponsables, por la inmediatez de la satisfacción de sus deseos y lo que encontramos es un contexto complejo para ellos que se añade a la dificultad natural de esta etapa de la vida:

- Familias disfuncionales con pautas de crianza poco claras y padres ausentes, que delegan en la escuela la responsabilidad de la formación en valores, construcción de ciudadanía, etc.

¹Atribuido a Sócrates de Platón, de acuerdo con William L. Patty y Louise S. Johnson, de la personalidad y adaptación,



Desde las dependencias

- El contexto político no es fácil, toda vez que gran número de las personas que tienen la responsabilidad de administrar este país, no son líderes positivos.
- Algunos personajes que aparecen en los medios de comunicación incitan a seguir los pasos del consumismo, de la droga, el dinero fácil, el individualismo.
- En muchos barrios de la ciudad, los jóvenes están en medio del conflicto y muchas veces son obligados a ser parte de él, entre otras muchas situaciones adversas.
- La idea de futuro no es tan real para ellos, los jóvenes hoy en día no tienen mucha expectativa de vida y además crecieron en la época de lo instantáneo y por eso tienen tantas necesidades de vivir el mundo de manera extrema. Para ellos, la vida se vive y se siente en el mismo día, por eso no miden las consecuencias a largo plazo.

Esta complejidad de situaciones nos alerta frente a los cuidados que debemos tener con los jóvenes. Actualmente, se cuenta con políticas públicas y programas que pretenden atender algunas de sus necesidades, pero no son suficientes si no contamos con el compromiso de los adultos para hacer un acompañamiento vivencial más cercano. La Ley de Juventud en su artículo 7.º nos dice: "Todo joven tiene derecho a vivir la adolescencia y la juventud como una etapa creativa, vital y formativa"² ofreciéndole oportunidades para que despliegue su liderazgo, toda vez que es una etapa en la que necesitan sentirse parte de un grupo, sentir que pueden aportar a la sociedad, que pueden desarrollar su potencial creativo, reflexivo, dándole responsabilidades claras y reconociéndoles su desempeño.

De otro lado, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el Año 2010 como el *Año Internacional de la Juventud: Diálogo y Entendimiento Mutuo* y como dice Quino: tal vez algún día dejen a los jóvenes inventar su propia juventud.

Entonces ¿cuál es el reto? Es con el joven que tienes al lado, tu hermano, sobrino, hijo, estudiante, estamos en condiciones de escuchar sus angustias, sus deseos, sus sueños, sus temores, para, con la entereza de adulto, los acompañemos sin juzgarlos, sin menospreciarlos, porque en manos de ellos está el futuro de la sociedad; garanticémosles un presente con oportunidades de formarse, participar, tomar decisiones importantes, innovar, aportar para mejorar las condiciones de vida actuales. Pero, sobretodo, reconocer que tienen criterios propios y diferentes a los de los adultos y que no por eso son malos, por eso hay que entender que la forma de pensar y actuar es diferente y está mediada por la tecnología, la música, la identidad y la necesidad de buscar un lugar en el mundo caótico que hoy les tocó vivir.

El acompañamiento a los jóvenes también advierte el crecimiento y fortalecimiento de los adultos, que seguramente nos confrontaremos a nosotros mismos sobre lo que "aún tenemos de adolescentes".

² Constitución de 1991: Ley no. 375 del 4 de julio de 1997 por la cual se expide la ley de la juventud

Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas

[sobre la base del informe de la Tercera Comisión (A/64/432)]
64/134. Proclamación de 2010 como Año Internacional de la Juventud: diálogo y comprensión mutua

La Asamblea General,
Teniendo presentes la Carta de las Naciones Unidas y los principios que en ella figuran,
Considerando que es necesario difundir entre los jóvenes los ideales de la paz, el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales, la solidaridad y la dedicación a los objetivos del progreso y el desarrollo,
Recordando las disposiciones de la Declaración sobre el fomento entre la juventud de los ideales de paz, respeto mutuo y comprensión entre los pueblos, proclamada por la Asamblea General en su resolución 2037 (XX), de 7 de diciembre de 1965,
Recordando también sus resoluciones 50/81, de 14 de diciembre de 1995, y 62/126, de 18 de diciembre de 2007, en las que aprobó el Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el año 2000 y años subsiguientes, y el Suplemento de dicho Programa,
Teniendo presente que las formas en que se aborden los problemas y las posibilidades de los jóvenes influirán en las condiciones sociales y económicas actuales y en el bienestar y los medios de subsistencia de las generaciones futuras,
Teniendo presente también que en 2010 se conmemorará el vigésimo quinto aniversario del Año Internacional de la Juventud: Participación, Desarrollo, Paz, proclamado en 1985, y destacando la importancia de conmemorar esta ocasión, [...]
Convencida de que se debe alentar a los jóvenes a que dediquen su energía, entusiasmo y creatividad al desarrollo económico, social y cultural y a la promoción de la comprensión mutua,
1. *Decide* proclamar el año que comienza el 12 de agosto de 2010 Año Internacional de la Juventud: diálogo y comprensión mutua; [...]

Tomado de D:\Misdocumentos\Comunicaciones\boletin\boletines 2010\11-2010\textos revisados\Documentos oficiales de las Naciones Unidas.mht, el 28 de octubre de 2010

En esta época de lluvias, toma tus precauciones



Silvia María Echeverri G.
Brigada de Emergencias
silviamaariaaph@gmail.com

La temporada de lluvias en Colombia continuará. El Instituto Colombiano de Hidrología, Meteorología y Adecuación de Tierras —HIMAT— anunció que la temporada invernal que aqueja al país y que viene acompañada de lluvias, granizadas y descargas eléctricas en toda la región andina, es normal y se extenderá hasta mediados de diciembre.

Debido a ello, a los diversos daños que dejó la lluvia del pasado 7 de octubre en varias partes de la ciudad y a las inundaciones que provocó en nuestra facultad, es de suma importancia que se extremen precauciones tanto al interior como al exterior de nuestros sitios de trabajo.

Dentro de la oficina:

- Evite las corrientes de aire, como abrir o cerrar bruscamente una puerta o una ventana, ya que favorecen la producción de descarga eléctrica.
- Proteja los aparatos eléctricos, ordenadores, etc., desenchufándolos para evitar que sean dañados por una subida de tensión o que ocasionen descargas eléctricas.
- Aléjese de puertas y ventanas.
- Aléjese de instalaciones eléctricas.
- No use teléfonos fijos, solo inalámbricos o móviles.
- Cierre las puertas al salir.
- Aléjese de objetos metálicos como estufas, cocinas, espejos, verjas, etc.
- Evite sentarse sobre cosas o superficies mojadas. Los zapatos con suelas de goma pueden ser inseguros.
- Apague los acondicionadores de aire.
- Las descargas eléctricas de los rayos pueden sobrecargar los computadores, dañar los artefactos eléctricos y provocar incendios.
- Evite tocar los aparatos eléctricos cuando se encuentre parado sobre piso húmedo o con las manos mojadas.
- Poner los documentos importantes y, sobre todo, los productos peligrosos, en lugares en los que el riesgo de que se deterioren por la humedad o se derramen sea menor.



— Ayude a movilizar objetos y documentos dentro de la oficina que puedan dañarse. La ayuda mutua es muy importante en casos de emergencia.

Si es automovilista se recomienda lo siguiente:

- Respetar límites de velocidad y señalamientos viales.
- En cruceros con semáforo descompuesto, hacer alto total.
- Antes de conducir, revisar llantas, luces, frenos y parabrisas.
- Guardar mayor distancia con el vehículo de adelante.
- Evitar circular si el nivel de agua es alto.
- Usar cinturón de seguridad.

Si es peatón:

- Suba a un lugar alto y permanezca allí.
- Evite caminar por aguas en movimiento.
- Si está en la calle, tenga precaución al caminar sobre agua, ya que las tapas de las cámaras de agua suelen salirse debido a la presión y usted puede caer en dicho hueco.

En caso de que su lugar de trabajo presente alguna emergencia dé aviso a la Administración de la Facultad: 219 60 10 ó 219 60 11; a la Portería: 219 60 13; o al Centro de Simulación: 219 60 45.

La preparación mediante la educación es menos costosa que aprender con la tragedia
Max Mayfield



Observatorio Estudiantil



Érika Cortés Tobar
Asistente del Decano
para Asuntos Estudiantiles



Yury Viviana Caro Sánchez
Auxiliar del Observatorio Estudiantil

Caracterización y deserción en los pregrados de la Facultad de Medicina

Durante el semestre 2010-I, se aplicó a los estudiantes antiguos de los pregrados de la Facultad de Medicina una encuesta que constó de 49 preguntas, en las cuales se indagaron aspectos sociales, familiares, personales y académicos. De los 1.146 estudiantes de Medicina matriculados entre los niveles II al XI se encuestaron 794 (69%); de los 207 estudiantes de Instrumentación Quirúrgica matriculados entre los niveles II al VII se encuestaron 166 (80%). Paralelamente se hizo una búsqueda de los estudiantes desertores entre los años 2004 a 2009, por medio de la base de datos MARES —Matrícula y Registro Sistematizado— y se les efectuó una entrevista telefónica. Compartimos algunos resultados y análisis de la caracterización de estudiantes antiguos matriculados y desertores.

Caracterización de los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia de las cohortes 2005-I a 2009-II

El estrato socioeconómico 3 es el más representativo en el pregrado de Instrumentación Quirúrgica para ambos sexos, en total el 42,2%; ocurre lo mismo para Medicina con el 40,6%; aunque cabe resaltar la significativa participación del estrato 2 en ambos pregrados y del estrato 4 en Medicina (tabla 1).

Pregrado	Estrato	Sexo		
		Femenino	Masculino	Total
Instrumentación Quirúrgica	1	8 6,7%	5 10,6%	13 7,8%
	2	47 39,5%	21 44,7%	68 41,0%
	3	49 41,2%	21 44,7%	70 42,2%
	4	14 11,8%	0 0,0%	14 8,4%
	5	1 0,8%	0 0,0%	1 0,6%
Total		119 100,0%	47 100,0%	166 100%
Medicina	1	18 4,3%	20 5,3%	38 4,8%
	2	108 26,0%	126 33,2%	234 29,5%
	3	170 41,0%	152 40,1%	322 40,6%
	4	72 17,3%	55 14,5%	127 16,0%
	5	41 9,9%	22 5,8%	63 7,9%
	6	6 1,4%	4 1,1%	10 1,3%
Total		415 100%	379 100%	794 100%

Tabla 1. Distribución porcentual del sexo según pregrado y estrato socioeconómico. Facultad de Medicina, cohortes 2005-I a 2009-II

El rango de edad en el cual se encuentra mayor número de estudiantes es de 20 a 25 años tanto para el pregrado Instrumentación Quirúrgica (57,8%) como para Medicina (62,3%). El 29,1% de la población es muy joven con una edad inferior a los 20 años. Se observa también que solo el pregrado de Medicina cuenta con población con edad superior a los 35 años (tabla 2).

Desde las dependencias

Pregrado	Edad	Sexo		
		Mujer	Hombre	Total
Instrumentación Quirúrgica	Menos de 20 años	39 32,8%	17 36,2%	56 33,7%
	20 a 25 años	72 60,5%	24 51,1%	96 57,8%
	25 a 30 años	6 5,0%	5 10,6%	11 6,6%
	30 a 35 años	2 1,7%	1 2,1%	3 1,8%
Total		119 100,0%	47 100,0%	166 100,0%
Medicina	Menos de 20 años	117 28,2%	107 28,2%	224 28,2%
	20 a 25 años	271 65,3%	224 59,1%	495 62,3%
	25 a 30 años	20 4,8%	34 9,0%	54 6,8%
	30 a 35 años	3 0,7%	8 2,1%	11 1,4%
	Mas de 35 años	4 1,0%	6 1,6%	10 1,3%
Total		415 100,0%	379 100,0%	794 100,0%

Tabla 2. Distribución porcentual de los grupos de edad según pregrado y sexo. Facultad de Medicina, cohortes 2005-I a 2009-II

Una de las características socioeconómicas relevantes para la permanencia estudiantil relacionadas con los padres de familia es su educación; los datos obtenidos demuestran que para el pregrado de Instrumentación Quirúrgica es más representativo el nivel de secundaria con el 39% para el padre y el 46% para la madre; en el pregrado de Medicina es el nivel universitario con el 39% para el padre y el 37% para la madre (gráficos 1 y 2).

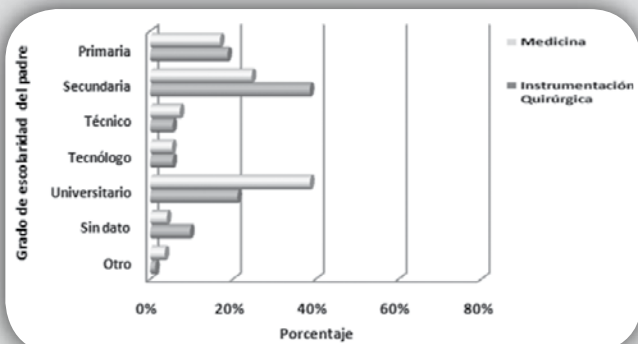


Gráfico 1. Distribución porcentual del grado de escolaridad del padre según pregrado. Facultad de Medicina, cohortes 2005-I a 2009-II.

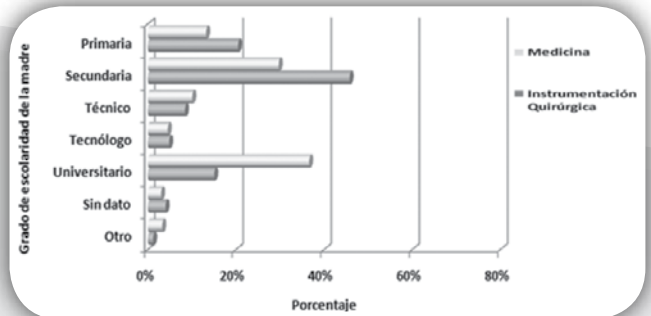


Gráfico 2. Distribución porcentual del grado de escolaridad de la madre según pregrado. Facultad de Medicina, cohortes 2005-I a 2009-II.

Las dificultades académicas señaladas por los estudiantes de la Facultad de Medicina¹ en el transcurso de su carrera son la concentración con el 37% y la memoria con el 34%; sin embargo, el 11% de ellos no manifiestan dificultades académicas (gráfico 3). Por otra parte, los estudiantes reportaron que las pruebas académicas escritas y orales son las principales causas por las que se estresan (gráfico 4).

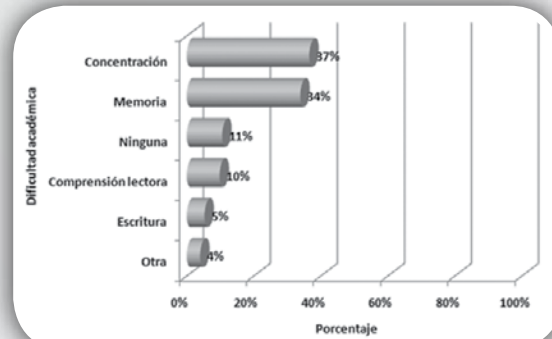


Gráfico 3. Distribución porcentual de las dificultades académicas que presentan los estudiantes. Facultad de Medicina, cohortes 2005-I a 2009-II.

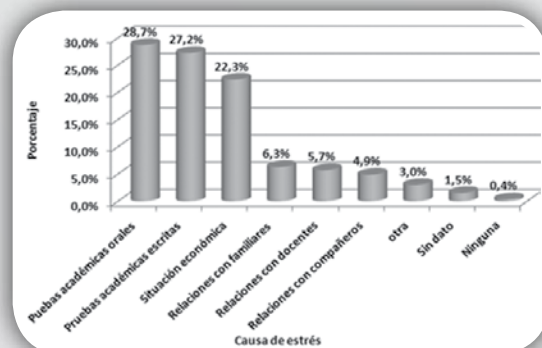


Gráfico 4. Distribución porcentual de la causa de estrés en los estudiantes. Facultad de Medicina, cohortes 2005-I a 2009-II.

¹ Estudiantes de los pregrados de Medicina e Instrumentación Quirúrgica.



Desde las dependencias

Deserción en los pregrados de la Facultad de Medicina, cohortes 2004-I a 2009-II

Se encontraron 353 estudiantes desertores, de los cuales 205 salieron por rendimiento académico insuficiente, 110 en situación académica normal, 19 en situación académica sobresaliente y 19 en período de prueba². De los 148 estudiantes que tenían posibilidad de matricularse (excepto por rendimiento académico insuficiente) se contactaron 73 telefónicamente (34 de Instrumentación Quirúrgica y 39 de Medicina) y se les preguntó por los motivos que los condujeron a desertar:

— Se halló que el 70% de estos presentaron deserción temprana³, y el 30% restante deserción tardía⁴.

— De los 73 estudiantes que desertaron de los pregrados de Medicina e Instrumentación Quirúrgica, el 66% de ellos aún continúan en el sistema educativo lo que se considera como deserción interna, que es el retiro de una carrera e ingreso a otra, conocido también como “transferencias o movilidad estudiantil”⁵; el 30% trabaja y el 4% no realiza ninguna actividad.

2 Reglamento estudiantil de pregrado, Universidad de Antioquia, artículos 129 al 135

3 La deserción temprana se presenta cuando el estudiante abandona la carrera en los primeros cuatro semestres académicos.

4 La deserción tardía se presenta cuando el estudiante abandona la carrera del cuarto semestre en adelante.

5 Rico D. Caracterización de la deserción estudiantil en la Universidad Nacional de Colombia sede Medellín. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.unalmed.edu.co/acreditacion/Factor%202/Caracteristica7/Estudio_de_la_Desercion_Estudiantil_Unalmed.pdf Consultado: 9 de octubre de 2010.

— Cabe destacar que 26 (80%) de los 34 estudiantes desertores del pregrado Instrumentación Quirúrgica están activos en el sistema educativo y estudian Medicina en la Universidad de Antioquia; los demás estudian Psicología, Administración de Empresas, Bioingeniería, Ingeniería Biológica y Medicina Veterinaria.

— Para los desertores del pregrado de Medicina, el 53% están activos en el sistema educativo, en mayor representación en los pregrados de: Periodismo, Ingeniería Civil y Psicología con una representación del 10% cada una.

— Por último, podemos concluir que la recolección de datos y el análisis sobre la caracterización y deserción de los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina son excelente insumo para la toma de decisiones académico-administrativas, pues permite de manera estratégica seleccionar las mejores políticas y prácticas pedagógicas, acordes con las particularidades de los estudiantes.

Para ampliar la información, visita la página web <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/SedesDependencias/Medicina/F.ServiciosProductos/H.ServiciosBienestar>.



I Simposio Regional en Enfermedades
Prevalentes de la Infancia
Unidad Vida Infantil, 10 años

Inscripciones:

Turbo, noviembre 11 y 12 de 2010

www.udea.edu.co/reune

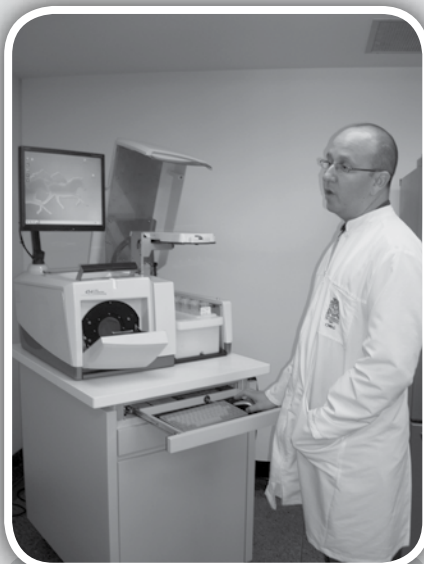
La Universidad alberga el primer centro para la secuenciación genómica de Colombia

Nota. El siguiente texto es producto de una entrevista que Juan Fernando Álzate, profesor de la Facultad y director científico del Centro Nacional de Secuenciación Genómica, concedió a *Principio Activo*.

En Colombia existe la necesidad de fortalecer el desarrollo científico en el ámbito genómico, propósito que se hizo realidad con la convocatoria que abrió los Laboratorios Roche y Colciencias en 2009 para la creación de un Centro Nacional de Secuenciación Genómica.

Al concurso se presentaron más de 15 instituciones, de las cuales fue seleccionada la propuesta de la Universidad de Antioquia, que entiende la importancia de que el desarrollo tecnológico del país va de la mano del desarrollo biotecnológico.

El objetivo del Centro es decodificar y analizar la información genética de los organismos biológicos de los múltiples ecosistemas colombianos (benéficos o patógenos), teniendo como soporte tecnología de última generación. Esta es la oportunidad de estudiar nuestro entorno natural con recursos propios y de esta forma decidir las mejores maneras de proteger la gran biodiversidad que caracteriza al país y de mejorar la salud de los colombianos.



Profesor Juan Fernando Álzate, coordinador del Centro, manipulando el secuenciador genómico 454 GS FLX

El Centro comenzó a operar desde octubre de 2010, y lo integran: Juan Fernando Álzate, director científico y profesor del Departamento de Microbiología y Parasitología de la Facultad de Medicina; Omar Triana, coordinador de bioinformática y profesor del Instituto de Biología; y Juan Pablo Isaza, asistente y futuro estudiante de posgrado. Se encuentra ubicado en la Sede de Investigación Universitaria—

SIU— y es el primer centro de secuenciación genómica en el país y es la quinta nación Latinoamericana en poseer esta tecnología de ROCHE.

Con el Centro en funcionamiento, se espera desarrollar estudios que lleven a diseñar nuevas, mejores y más rápidas pruebas diagnósticas de patógenos. Así mismo, los estudios genómicos permitirán proponer moléculas para vacunas diseñadas en nuestro país.

Con respecto al tema de biotecnología, se busca decodificar los genomas de variedades colombianas de plantas de interés agroindustrial como frijol, arroz y papa; así como de los patógenos que las atacan.

En la actualidad, el Centro está trabajando en dos grandes proyectos: el primero es consolidarse como un centro prestador de servicios; para ello, la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad contrató un estudio de mercado y se cuenta con una base de datos de clientes potenciales más importantes en el ámbito nacional. El segundo, es desarrollar proyectos piloto en genómica, transcriptómica y metagenómica que inviten a la comunidad científica nacional a utilizar la tecnología del 454 en sus modelos de investigación.

Por otro lado, el Centro pretende a mediano plazo iniciar un programa piloto de investigación para los estudiantes de pregrado que quieran estudiar los microorganismos benéficos o patógenos a nivel genómico; en ese caso, el Centro se encargaría de gestionar y ofrecer capacitaciones en informática y en genómica, con el fin de involucrar a los estudiantes y despertar en ellos el deseo de continuar sus vidas profesionales por esta línea científica.

En términos generales, la meta del Centro es consolidarse en el ámbito nacional —y a largo plazo en el ámbito latinoamericano— como el primer referente para asesorías en materia del secuenciamiento genómico, dirigido a investigadores del área biociencias y a entidades o empresas interesadas en utilizar en sus procesos de I+D este tipo de tecnologías.

Juan Fernando Álzate Restrepo, director científico del Centro Nacional de Secuenciación Genómica, es bacteriólogo y laboratorista clínico (1996), y magíster en Medicina Tropical —Biología Molecular— (2002) de la Universidad de Antioquia; y doctor en Biomedicina (2006) de la Universidad de Alcalá, Madrid, España.



Del idioma



Federico Díaz González
Editor de *Iatreia*
www.notasdelidioma.blogspot.com

Todas las citas provienen de artículos sometidos a consideración de *Iatreia*.

¿Un problema puntual?

“Motiva al alumno a resolver no solo un problema **puntual** sino a buscar las herramientas necesarias para ello”.

Entre las seis acepciones que registra el DRAE para el adjetivo *puntual* no está la de ‘concreto’ aunque esta sí aparece en el Diccionario del español actual. Es preferible escribir *un problema concreto* o *un problema específico*. Leamos la opinión del periodista y escritor Álex Grijelmo sobre este uso de *puntual* (La punta de la lengua, Bogotá: Aguilar; 2004, p. 215): “(...) porque últimamente los diccionarios atienden más al desviado dialecto de políticos y periodistas que al certero lenguaje de la gente del pueblo. La gente del pueblo diría que hay que abordar los problemas concretos y punto, pero un político y un periodista se referirán enseguida a los «problemas puntuales»”.

Siete errores en 18 palabras

“Las lesiones de la rodilla son evaluados completamente y las lesiones de los ligamentos son reparados y reconstruidos”.

En apenas 18 palabras hallamos siete errores en el uso del idioma:

1. Repetir innecesariamente la palabra *lesiones*.
2. Tres errores de concordancia de género: lesiones evaluados, lesiones reparados, [lesiones] reconstruidos.
3. Tres usos innecesarios de la voz pasiva: son evaluados, son reparados, [son] reconstruidos.

Corrijamos: “Se evalúan completamente las lesiones de la rodilla y se reparan y reconstruyen las de los ligamentos”.

Un profesor de Pediatría de la Facultad llamó recientemente la atención sobre lo que ha visto escrito por algunos estudiantes en las historias clínicas en un centro de salud: “vómito *lientérico*” y “vómito *disentérico*”. Ambas expresiones son erróneas porque las palabras *lientérico* y *disentérico* se aplican únicamente a la diarrea: “diarrea *lientérica*” y “diarrea *disentérica*”. El adjetivo *lientérico* significa ‘perteneciente o relativo a la lientería’ o ‘que padece lientería’. Y *lientería* (o *lientera*) es la ‘diarrea de alimentos no digeridos’.

¿Prematuridad o prematurez?

La palabra registrada en el DRAE es *prematuridad*. *Prematurez* no lo está, ni tampoco aparece en un diccionario de uso del español (Diccionario del español actual). Sin embargo, se usa ampliamente, aunque menos que *prematuridad*. Una búsqueda en Google (25 de abril de 2009) dio el siguiente resultado: “prematuridad” 44.800 citas y “prematurez” 27.900.

Hay que reconocer que *prematurez* está bien construida: se deriva de un adjetivo – *prematureo* – y toma el sufijo – *ez* que en sustantivos abstractos femeninos indica la cualidad expresada por el adjetivo del que se deriva; ejemplos: *niñez*, *adulthood*, *madurez*, *vejez*, *pesantez*, *gravidez*, etc.

Conviene preferir las palabras acogidas en el DRAE, en este caso *prematuridad*, pero *prematurez* tiene buenos motivos para ser acogida en futuras ediciones.

Reiteración léxica y cacofonía

“Se ha involucrado a estas células en la modulación de la respuesta **inmune** contra diferentes patógenos, al proteger de la excesiva activación **inmune**, y al mismo tiempo en promover el desarrollo de la infección crónica limitando la capacidad del sistema **inmune** para erradicar la **infección**”.

En este párrafo se repite tres veces la palabra *inmune* y dos veces, *infección*. A ello se agrega la reiteración fonética (cacofonía) porque la sílaba – *cion* aparece cuatro veces.

No es tarea fácil, sin ser especialista en el asunto, reescribir este párrafo tan especializado pues al hacerlo se corre el riesgo de distorsionar las ideas. Pero podemos intentarlo; esta es mi propuesta: “Se ha involucrado a estas células en la modulación de la respuesta inmune pues evitan que esta se active en exceso frente a diferentes patógenos; al mismo tiempo, podrían promover el paso a una etapa crónica por limitar la capacidad de erradicar la infección”.

De la sencillez y la naturalidad al escribir

El buen estilo al escribir nos pide sencillez y naturalidad, o sea, según doña Lucila González de Chaves, “huir de lo enrevesado, de lo complicado, de lo rebuscado y usar las palabras que el tema exige”. Veamos dos oraciones en que no se tuvieron en cuenta estos detalles estilísticos.

“Una situación esperanzadora se teje bajo el conocimiento de que el 30% de los tumores malignos se puede evitar gracias a las técnicas de diagnóstico oportuno y de tratamiento existentes en el mundo”. Reescribamos más brevemente y con mayor sencillez: “Es un hecho esperanzador que el 30% de los tumores malignos se puedan evitar gracias a los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles”.

“Por las dificultades antes mencionadas, el tiempo planeado para obtener la información fue superado en mucho por el tiempo real necesitado”. Simplifiquemos en busca de la sencillez: “Por las dificultades mencionadas, se requirió más tiempo que el planeado para obtener la información”.

¿Existe alguna predisposición a la ideación suicida en adolescentes con diagnóstico de síndrome premenstrual afectivamente significativo?

Julián Felipe Rondón Carvajal
Estudiante de Medicina, nivel VIII
juferondo90ster@gmail.com

La depresión es un síntoma acaecido en distintas entidades clínicas, caracterizada en tanto por la disforia, condición que lleva al individuo que la padece a un estado de insatisfacción permanente, de descuido con la presentación personal, entre otras implicaciones afectivas y psicosociales.

El síndrome premenstrual —SMP— representa una de esas entidades dentro de las cuales los cuadros depresivos pueden ser el patrón dominante al momento de la presentación y el diagnóstico; de allí el interés por relacionar dicho síndrome en mujeres adolescentes con la predisposición a la ideación suicida, desconociendo así mismo la epidemiología y los criterios diagnósticos del mismo.

Según Dickerson y colaboradores (2003)¹, existen varias clasificaciones diagnósticas del SPM o desorden disfórico premenstrual —DDPM—, aunque todas coinciden en establecer como síntomas predominantes la disforia, la tensión y la irritabilidad, que además deben presentarse cinco días antes de la menstruación (equivalente al período de fase lútea del ciclo ovárico) e incidir definitivamente sobre las actividades diarias de la mujer para que el diagnóstico sea establecido. El documento plantea que el síndrome se presenta, por lo general, en mujeres entre los 25 y 35 años de edad, afectando entre el 2 y el 10% de la población femenina.

Pese a lo anterior, en un estudio sobre prevalencia, incidencia y estabilidad del desorden disfórico premenstrual (DDPM) en la comunidad, realizado por Wittchen y colaboradores (2002)² en un grupo de mujeres adolescentes entre los 14 y los 24 años, quienes habían sido diagnosticadas inicialmente según los criterios de DSM-IV y seguidas durante 48 días con el objetivo de corroborar las manifestaciones clínicas durante este tiempo, se encontró que existían mayores intentos de suicidio (15,8%) que ideaciones suicidas (8,8%) en aquellas mujeres que al final del estudio todavía cumplían con los criterios diagnósticos utilizados; así mismo, llama la atención que a pesar de ser la disforia el síntoma más común en estas mujeres que cumplían el umbral diagnóstico según el DSM-IV, los autores manifiestan que esta situación no explica el significativo valor de casos de adolescentes que intentaron



quitarse la vida, y manifiesta un interés mayor por conocer más allá del hecho de que estas adolescentes tuvieran en común ser asistentes frecuentes de puestos de salud. Independiente de que este estudio se haya realizado con adolescentes residentes en Munich, Alemania, a mi parecer ilustra una situación que podría suceder también en otros contextos, por lo cual no considero que ello limite los alcances del estudio en materia de aplicabilidad y análisis.

Dado lo anterior, creo que más allá de predisponer a ideaciones suicidas o condicionar a las adolescentes a materializar estas ideas, el síndrome premenstrual (SPM) en adolescentes debe entenderse en el contexto de una entidad que vincula potenciales factores de riesgo psicosociales, dadas las manifestaciones clínicas que podrían camuflarse en el perfil psicosocial normalmente aceptado del adolescente. Por lo anterior, es importante saber conducir la anamnesis, con el objetivo de llegar más allá de los síntomas afectivos que se identifican en la consulta médica, puesto que como manifiesta claramente el estudio previo, las jóvenes con diagnóstico o en quienes se sospecha SPM tienen un interés permanente por resolver sus dudas en torno a su situación, siendo asistentes frecuentes a servicios médicos; considero que lo anterior deja abierta la posibilidad de buscar estrategias para captar a estas adolescentes, y brindarles la atención pertinente al caso, como una política de salud viable para disminuir en parte las tasas de suicidio en la población adolescente.



Los estudiantes escriben

Finalmente, a pesar de no incluir población adolescente, en un estudio realizado por Baca-García y colaboradores (2004)³ que tenía por objeto analizar la relación entre SPM diagnosticado por los criterios del DSM-IV y los intentos de suicidio 5 días antes de menstruar, se determinó que no hay asociación con intentos de suicidio durante este período, a pesar de que los síntomas característicos (irritabilidad, depresión, labilidad emocional) estén presentes, aunque con respecto a la población control, las mujeres con diagnóstico de SPM tuvieron con mayor frecuencia intentos de suicidio (54% vs. 6%). Vale la pena resaltar que en este estudio, el diagnóstico de SPM se hizo retrospectivamente, lo cual es un limitante mayor en el momento de analizar la veracidad de los resultados. De igual manera, el estudio no concluye relaciones entre síntomas propios del SPM e intentos de suicidio y no se estudia la ideación suicida en estas pacientes, aunque resulta interesante que en este estudio, al igual que en el anterior, los síntomas psicológicos (irritabilidad, labilidad emocional, ansiedad y depresión) predominan en las mujeres diagnosticadas con SPM.

Así pues, a pesar de que el suicidio no podría catalogarse como una conducta precipitada por los síntomas más comunes del SPM, sí existe una llamativa relación a corto plazo entre los trastornos psicológicos asociados con el período premenstrual en la mujer y las futuras conductas suicidas que esta pueda tomar.

Comentario personal

Aunque existen muy pocos estudios sobre la ideación suicida en mujeres adolescentes con diagnóstico de síndrome premenstrual (SPM), es posible inferir que no existen conclusiones sólidas al respecto que vinculen a corto plazo la presentación de los síntomas más comunes en el período premenstrual de mujeres afectadas con el suicidio; a pesar de esto, algunos estudios sí aprecian una relación a largo plazo, sobre todo en mujeres con trastornos psicológicos significativos desde el principio del síndrome, independiente de la edad en que fueron diagnosticadas.

Sobre las adolescentes con diagnóstico de SPM en quienes se estableció mayor asociación con intento de suicidio que con la ideación del mismo (con valores de diferencia significativos), a pesar de que el SPM es un diagnóstico de exclusión de los trastornos de orden afectivo "más comunes" (depresión mayor, ansiedad, pánico) así como de dismenorreas ocasionales (sobre todo en mujeres jóvenes), considero que esto da muestra de que aun existen vacíos en cuanto a orientación diagnóstica se refiere, que no permiten tratar a estas niñas a tiempo, situación que lleva a que muchas de estas piensen en recurrir al suicidio como alternativa para dar solución a sus dificultades psicoafectivas, que dicho sea de paso, se podrían explicar no solo por condicionantes bio-

lógicos (neuroendocrinos), sino también por la presión social a la que son expuestas en algunas ocasiones, ya sea a nivel individual (susceptibilidad emocional de la joven frente a los cambios experimentados en su cuerpo), familiar (madres que predisponen a sus hijas sobre la llegada de la menstruación, mitos culturales en torno a la misma, etc.).

Desde una perspectiva más global, pienso que los trastornos de orden depresivo-distímico en mujeres en edad reproductiva deben indagarse a través del tiempo, para orientar una adecuada conducta según el cuadro que se sospeche con el fin de mejorar la calidad de vida de la mujer, y evitar consecuencias a largo plazo, como el aislamiento social o el suicidio; de esta manera, no se cae en la trampa de medicar mecánicamente a este tipo de pacientes, pues en entidades clínicas como el SPM está comprobado que algunos casos (aquellos que cursan con bajos niveles de serotonina) no responden al manejo con inhibidores de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, sertralina), tan ampliamente utilizados en la conducta psiquiátrica. En el plano de la consulta con las adolescentes, es importante considerar la ampliación de los detalles correspondientes a los antecedentes ginecoobstétricos, sobre todo en aquellas jóvenes que consultan por trastornos emocionales, pues esto nos podría orientar hacia el SPM si paralelamente la joven presenta cefalea, mastalgia, distensión abdominal u otros síntomas asociados en los cinco días previos al inicio de la menstruación, durante por lo menos tres semanas.

Bibliografía

- 1 DICKERSON, Lori. PHARM, D. et ál. Premenstrual Syndrome. Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina, USA. Practical Therapeutics. URL: <http://www.aafp.org/afp/2003/0415/p1743.html>. Consultado 26 de abril de 2010.
- 2 WITTCHEN, H-U. BECKER, E. et ál. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. From the Technical University of Dresden, Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Dresden; and Max-Planck Institute of Psychiatry, Munich, Germany. Psychological Medicine, 2002, pp. 119-132. URL: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=95465>. Consultado 26 de abril de 2010.
- 3 BACA-GARCÍA, Enrique. DÍAZ-SASTRE, Carmen et çal. Premenstrual symptoms and luteal suicide attempts. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2004) 254: 326-329. URL: <http://www.springerlink.com/content/4h3tpvcqwkh9xdh/>. Consultado 26 de abril de 2010.

Mortalidad materna y las metas del milenio



Juan Guillermo Londoño Cardona
Ginecoobstetra y docente
Coordinador de Capacitación Grupo Nacer

Esta frase pronunciada hace ya 23 años en la conferencia sobre población de Nairobi, resume en buena medida la situación de la salud materna en los países del tercer mundo. Para esa época las Naciones Unidas, manifestaba su profunda preocupación porque las políticas de salud de las naciones pobres no consideraban la salud de las madres como una prioridad, a pesar de que el impacto social de la mortalidad materna se constituía en una gran barrera para alcanzar el desarrollo. Propusieron entonces crear la INICIATIVA POR UNA MATERNIDAD SEGURA como estrategia que garantizara poner la salud materna en la agenda pública de estos países y convertirla en una prioridad en los programas de salud.

La razón fundamental de esta estrategia radicó en que la muerte materna es un problema de salud pública, de derechos humanos y una de las expresiones más injustas de inequidad contra las mujeres. Para finales de la década de los ochentas, cada año morían en el mundo aproximadamente 600.000 madres en el proceso de dar vida, 99% de ellas ocurrían y siguen ocurriendo en países en desarrollo y más del 90% consideradas evitables. Cada minuto una madre moría en el mundo, y en ese minuto, 100 tenían complicaciones relacionadas con el parto y 300 adquirían una infección de transmisión sexual.

El riesgo de que una madre muera en África es de 1 en 13, en América Latina 1 en 70 y en Europa 1 en 3.400, cifras que hablan por sí solas de la grave situación de inequidad en el mundo. La muerte materna es además un problema de derechos humanos porque **toda mujer tiene derecho fundamental a un embarazo y parto seguros y a una maternidad saludable**. El derecho a la vida y la salud son derechos humanos fundamentales. Los derechos sexuales son derechos humanos básicos que deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos los medios.

La mortalidad materna ha sido una tragedia descuidada, y se ha descuidado porque las que sufren son personas ignoradas, con menos fuerza e influencia sobre cómo se emplean los recursos nacionales, son pobres, y por encima de todo, MUJERES
Doctor Halfdam Mahler. Conferencia sobre maternidad sin riesgo, Nairobi, 1987

A la conferencia de Nairobi siguieron la Cumbre del Cairo y la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana, en ellas los países se comprometieron a considerar la salud de las mujeres de manera integral y no solamente a tenerlas en cuenta para campañas masivas de control natal como ocurría en esa época y como lamentablemente sigue ocurriendo en muchos lugares.

En septiembre de 2000, las Naciones Unidas se comprometieron con los objetivos y las metas de desarrollo del milenio, que incluyeron disminuir la pobreza, mejorar la salud infantil, reducir las infecciones de transmisión sexual y el sida, lograr la equidad de género, la autonomía de la mujer, auspiciar asociaciones estratégicas para fomentar el desarrollo y la sostenibilidad del medio ambiente y como objetivo número cinco mejorar la salud materna y como meta reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes con base en la de 1990, lo que implica lograr para Colombia una razón de mortalidad materna de 32,6 por 100.000 nacidos vivos para el año 2015.

El periódico *El Tiempo* en su edición del 3 de septiembre del presente año, informó que la Procuraduría General de la Nación en su estudio sobre la efectividad de los derechos de las mujeres considera que Colombia no cumplirá las metas del milenio, al menos en lo referente a salud materna, y concluye que "la meta se cumplirá cinco años más tarde. Cuando se pase de una razón de 75 muertes por 100.000 nacidos vivos (NV) (dato calculado para 2006) a 45 en 2015".

El Ministerio de la Protección Social, basado en datos del DANE, asegura que el país redujo la tasa a 59 por 100.000 nacidos vivos en 2008. Es necesario hacer claridad sobre estos datos porque la línea de base para calcular las metas del milenio para Colombia era la razón (no la tasa como aparece en *El Tiempo*) calculada para 1990 que era 104,6 muertes por 100.000 NV y no la calculada para



Los profesores escriben

2008. Las cifras reales de mortalidad materna en Colombia no se conocen por el significativo subregistro en indicadores vitales que caracteriza a la salud pública colombiana, porque simplemente no es una prioridad o por inconveniencia política.

Ya quisiéramos los colombianos tener razones de mortalidad materna de 59 como lo informó el Ministerio de Protección Social. Habría menos desigualdad, violencia y orfandad, menor mortalidad infantil, menos deserción escolar y hogares destruidos y lógicamente menos pobreza y más seguridad.

Es necesario aclarar que las razones globales de mortalidad materna no reflejan la profunda situación de inequidad de las regiones. Mientras Bogotá y Medellín tienen hoy razones de 37 y Antioquia de 45, muy cercanas a las metas debido a algún grado de compromiso político y trabajo serio, por otro lado Vaupés, Guainía, Chocó y algunos municipios del norte de Antioquia exhiben razones comparables o que incluso sobrepasan a las de Haití, el país más pobre de América, líder en inequidad y mortalidad materna en la región de las Américas.

Reducir la mortalidad materna requiere compromiso político de largo aliento y eso es precisamente lo que en Colombia ha faltado. Basta con mirar el mísero balance del ente legislador y la calamitosa situación de salud del país para entender por qué no cumpliremos las metas del milenio en cuanto a salud sexual y reproductiva se refiere y probablemente también en los demás objetivos.

En Colombia hay condiciones sociales e individuales críticas para la salud materna que hacen muy difícil que el país cumpla las metas del milenio, como son la baja regulación de la fecundidad, las dificultades en el acceso al control prenatal —CPN—, la mala calidad de mismo, la falta de impacto en la intervención de los riesgos detectados en el CPN, las remisiones tardías a niveles de mayor complejidad, situación que se ha convertido en una verdadera tragedia para pacientes y trabajadores de la salud aún en las grandes ciudades de Colombia, la fragmentación de los servicios por niveles de atención, el pobre desarrollo tecnológico de los niveles uno y dos, la infraestructura e insumos inadecuados e insuficientes para la atención de complicaciones maternas y la cobertura y cualificación insuficiente del recurso humano.

Hay que precisar que el aseguramiento en salud no es igual a acceso al sistema de atención y a su vez acceso no implica calidad, como han pretendido hacernos creer los ministros de turno. En

Antioquia por ejemplo, la mala calidad de la atención acompaña el 78% de las muertes maternas y la evitabilidad de éstas, es del 80% según investigación realizada por el Centro Nacer de la Universidad de Antioquia.

Una investigación publicada en la revista *The Lancet* el 12 de abril de 2010 (www.thelancet.com), financiada por la Fundación *Bill y Melinda Gates* y realizada por investigadores de las Universidades de New York y Australia, muestra cómo efectivamente se ha reducido la muerte materna en el mundo en el período comprendido entre 1980 y 2008, período en que se pasó de una razón de 422 a 251 por 100.000 NV, como consecuencia de una reducción global de la razón de mortalidad a una velocidad de 1,3% anual entre 1990 y 2008. Entre las razones aducidas por los investigadores para este descenso están la reducción global de la tasa de fecundidad de 3,7 en 1980 a 2,56 en 2008, al incremento global del ingreso per cápita que llevó en este período a mayor acceso a servicios de salud, mejor nutrición, mayor nivel educativo y mayor calificación del talento humano en salud. En esta investigación se estableció la velocidad de reducción de la razón de mortalidad en los países estudiados. Llama la atención que Ecuador y Bolivia aventajan de manera significativa a Colombia y se considera que estos países alcanzarán las metas del milenio, mas no nuestro país.

La respuesta al porqué no logrará Colombia saldar una deuda centenaria con la equidad de género y específicamente con la salud de las madres, posiblemente esté en la siguiente frase de Kofi Annan, ex secretario general de las Naciones Unidas: No se pueden alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio, particularmente la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, a menos que se aborden decididamente las cuestiones de población y salud reproductiva; y para esto es preciso intensificar los esfuerzos por promover los derechos de la mujer y aumentar las inversiones en educación y salud, inclusive salud reproductiva y planificación de la familia.

Lamentablemente en Colombia este llamado no parece tener acogida, al contrario un organismo tan importante como la Procuraduría General de la Nación vetó la cátedra sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en los colegios y el derecho a la terminación segura del embarazo en las circunstancias que permite la Ley en la futura Clínica de la Mujer en Medellín, aduciendo razones que se contraponen a los derechos colectivos.

Crónica sobre la cirugía pediátrica en Medellín



Tiberio Álvarez Echeverri
Anestesiólogo, dolorólogo y profesor

Segunda parte
[...]

La Anestesia Pediátrica. El doctor Jairo Restrepo Torres

Otro artífice de esta aventura de la cirugía pediátrica fue el doctor Jairo Restrepo Torres que hacía poco había obtenido el título de anestesiólogo en la Universidad de Antioquia y quería profundizar en lo relacionado con los niños en una época en la cual las especialidades no tenían fronteras definidas. "En ese tiempo la atención a los niños se hacía en el Pabellón Clarita Santos donde no rotaban los internos pero el doctor Jiménez Posada, no sé si motu propio o insinuación de la Universidad me mandó allí. Como me gustaba trabajar con los niños me aficioné por la anestesia pediátrica. Regalaba parte de mi tiempo libre para estar en las mañanas con el doctor Hernán Pérez Restrepo, uno de los pioneros de la cirugía infantil en Antioquia. Al poco tiempo llegó el doctor Bernardo Ochoa Arizmendi que estudió en Boston con el anestesiólogo pediatra Robert Smith y con sus comentarios sobre la forma como trabajaba me entusiasmé más con mi trabajo. Con esta conexión pude hacerme al texto sobre Anestesia Pediátrica que trajo Ochoa Arizmendi con dedicatoria del Maestro Smith. El comienzo fue traumático. Todavía era Interno Rotatorio. El primer día lo dediqué al conocimiento y calibración de la máquina pues nunca había utilizado el éter abierto. El día anterior leí el capítulo correspondiente en el texto de Vincent Collins y pregunté algunas cosas a mi compañero Daniel Hincapié que tenía experiencia sobre el método abierto, los planos anestésicos y la reacción de las pupilas al éter. Aprendí entonces a inducir con el gas vineteno, mantener la anestesia con éter, utilizar la careta de Yankauer, aplicar la vaselina alrededor de la mascarilla para no quemar la cara del niño y colocar las capas de gasa en la careta. Esto era importante porque si la anestesia era a escala superficial colocaba cuatro capas. Si quería que fuera más concentrada ponía seis capas de gasa y ya sabía que se acumulaba un poco el anhídrido carbónico. Todo esto era teórico. Cuando uno administraba el éter y luego veía la pupila dilatada asociada a la apnea, se desesperaba sabiendo que no tenía a quien llamar porque, además, quien operaba las hernias era un residente de cirugía. El primer día cuando llevábamos operados cuatro niños me sentí

mal por el peligro latente y decidí suspender los procedimientos faltantes. Me dije que necesitaba entrenamiento... Más tarde empezaron cirugías complejas y por lo tanto se complicaron los procedimientos anestésicos como fue el caso de los labios leporinos que operaba el doctor León Hernández Gutiérrez, cirujano plástico recién venido de Estados Unidos. Para estas cirugías y otras igual de complejas teníamos por lo menos dos sistemas anestésicos... Usábamos como relajantes musculares la succinil colina y el curare. Esta última droga me llevó a estudiar en profundidad los escritos del doctor Jackson Rees a través de la suscripción a la revista British Journal of Anaesthesia con la cual, a su vez, inicié la biblioteca especializada de anestesia pediátrica en el Hospital Infantil. Estudiar el método del doctor Rees fue importante y creo que contribuyó al progreso de la anestesia y cirugía en niños con el uso del óxido nitroso y el curare aunque ahora digan que era un tormento pero es que entonces no se tenían buenos conocimientos del proceso doloroso. La técnica se llamó de Liverpool porque el doctor Rees trabajaba en el hospital de esa ciudad. Era una persona tímida. Tuve la oportunidad de conocerlo en su sitio de trabajo cuando ya era famoso. A medida que pasó el tiempo se logró disciplina en nuestro trabajo profesional. Me di cuenta que el acto anestésico y quirúrgico es muy complejo y requiere estar al tanto de cada detalle para evitar los desastres; por eso inicié la conformación de lo que llamé la mesa auxiliar del anestesiólogo donde de una manera organizada y metódica están todos los elementos que garantizan la asistencia holística durante el proceso anestésico incluyendo las complicaciones. Esto lo aprendí del doctor Smith a través de su texto y de las conversaciones que tuvimos en un congreso celebrado en Ciudad Panamá. Fue uno de mis Maestros en la distancia. Con él compartí la idea que la personalidad de quienes trabajan con niños debe ser especial de tal manera que no le estorbe el llanto de ellos. En esto insisten el mencionado Smith y Ronald Steephen. El llanto es un mensaje de sufrimiento que requiere adecuada inferencia e interpretación. Todo esto se logra trabajando en equipo y como tenía cierta in-



Los profesores escriben

fluencia en las directivas del Hospital que veían con buenos ojos nuestro trabajo les pedí que no me cambiaran el personal. Como esto se logró me dediqué a enseñarles lo básico de la fisiología, la canalización de las venas, los procedimientos de la reanimación incluyendo la intubación de la tráquea y el control de la ventilación con careta y bolsa, así como el manejo del aparato de Ayre Rees. Así mismo logré que este pequeño aparato estuviera al alcance de la mano en todos los sitios donde se atienden emergencias médicas aún en los ventiladores automáticos por si estos fallan... La monitoria básica en esos primeros tiempos, además de la clínica, consistía en el uso del fonendoscopio precordial uno de los inventos reconocidos del doctor Smith. Es quizá el primer monitor que existió. Me gustó tanto que hice una copia artesanal del que usaban los gringos, un poco más pesado para mejor contacto con el tórax del niño. Después el ortopedista David Warren me fabricó la prótesis auricular. Otra forma de monitoria era la medición de la presión arterial que se hizo a partir de 1967 cuando traje el primer tensiómetro para neonatos. Fue la sensación. Al comienzo de la década del setenta y gracias a una donación que consiguió el doctor Alfredo Londoño, anesthesiólogo, tuvimos el primer cardioscopio. También introdujimos los primeros aparatos de ventilación mecánica. Recuerdo que el primero lo conseguí en la Clínica Noel. Era un ventilador tipo Harvard de los que se usaban para estudiar la fisiología animal pero que luego se utilizaron en niños. Era de fuelle, encerrado en urna de vidrio transparente que ventilaba hasta 100 cc de volumen corriente. Lo conecté a la máquina de anestesia. Después conseguimos el ventilador Pulmonat, fabricado en Alemania, famoso porque con el estudiaron varias generaciones de anesthesiólogos en nuestro medio. Este aparato nunca se dañó. Nos fue muy útil a pesar de no poseer alarmas. Lo único que marcaba era la presión. Nuestros primeros años de ejercicio profesional fueron difíciles y productivos a la vez. En esa época cuando el anesthesiólogo pretendía proponer o cambiar alguna conducta lo hacía en acalorada disputa con el cirujano, un personaje que creía saberlo todo. Por ejemplo creyó que era el único que podía formular y aplicar sangre, líquidos y electrolitos. Esas discusiones eran muy molestas y se presentaban sobre todo en las salas de operaciones de los adultos pues, en el caso de los niños, tal como se explicó, se conformó un equipo humano dirigido por el doctor Bernardo Ochoa Arizmendi,

que respetaba las ideas constructivas de cada miembro independiente de su especialidad. El equipo asistía a las reuniones científicas y a las rondas hospitalarias donde se discutían los procedimientos de los niños programados para cirugía todo lo cual facilitaba la atención médica entre otras cosas porque también se hacía con cariño y sentido de pertenencia. Las discusiones científicas eran interesantes y obligaban a las consultas bibliográficas. Eran discusiones amigables y constructivas donde los cirujanos se dieron cuenta, poco a poco, que el anesthesiólogo era una persona que colaboraba en la solución de los problemas médicos. También los pediatras se dieron cuenta de la importancia de este profesional. El uso de los ventiladores nos aproximó a los pediatras y a los neumólogos "que se creían los expertos" cuando en realidad fueron los anesthesiólogos los que jalaron su desarrollo. Razón tiene el doctor Artusio al decir que el anesthesiólogo debe imponer sus ideas con el profesionalismo de su saber y no como el resultado de una disputa. Otro hecho que vale la pena destacar es que a los estudiantes y a los residentes, cuando iniciaban la rotación en anestesia pediátrica, les daba por escrito los objetivos de la rotación..." (9)

Epílogo

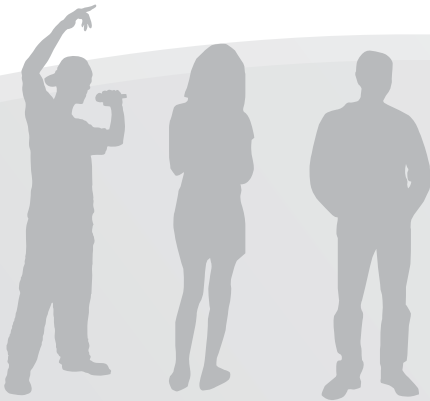
Con la creación del Servicio de Cirugía Pediátrica se logró un sitio específico para solucionar los problemas quirúrgicos de los niños, preparar cirujanos y anesthesiólogos idóneos en la asistencia de los mismos en todo el país, investigar y proponer soluciones a las patologías congénitas y adquiridas, crear y mantener la Reunión de Estadística de Cirugía y Defunciones acumuladas en 47 tomos de pasta roja donde figuran las historias clínicas, los diagnósticos, las técnicas quirúrgicas, las descripciones operatorias, las complicaciones y las observaciones de casi 200.000 niños operados. Fue otra revolución silenciosa que involucró la intervención de muchas personas e instituciones, la cristalización de muchos sueños, la superación de las incomprensiones humanas y el deseo de un objetivo común: que los niños sufrieran menos y sonrieran más...

Bibliografía

9 Álvarez Echeverri, Tiberio. Entrevista personal con el doctor Jairo Restrepo Torres. Medellín, Bar Raudal, marzo de 1999.

Corriente de opinión

¿Qué piensas de la legalización de las drogas?



La legalización de las drogas en Colombia ha tenido una historia de aprobaciones y desaprobaciones continuas que han llevado a las autoridades y a la población a una serie de confusiones. En lo personal creo que la legalización o no de una dosis personal, no acabará con el problema de narcotráfico en nuestro país, y la permisividad de ello debe estar acompañada de una continua educación ya que el consumo actual parte de la ignorancia y la curiosidad y no de la legalidad o no de la misma.

Ana Cristina Betancur Gómez, estudiante de Medicina, X nivel

Es la solución de muchos problemas políticos y sociales que afecta nuestra era, ya que la prohibición solo la convierte en un mejor negocio y la vuelve más atractiva para su consumo.

Jaime Posada Serna, estudiante de Medicina, IV nivel

Pienso que en parte podría ser una gran solución para muchos de los problemas políticos que tenemos hoy en día, creo que disminuiría la violencia y se acabaría uno de los grandes conflictos que ha tenido afectada a Colombia por tanto tiempo, me refiero al narcotráfico y a los grupos guerrilleros. Además, cada persona forja su propio camino, no deberían intervenir tanto en eso, ¿por qué entonces sí permiten el consumo de alcohol y cigarrillo? solo los prohíben con fines lucrativos.

Érika Aranzazu Chica, estudiante de Medicina, IV nivel

Legalizar las drogas podría poner fin a un gran número de problemas sociales como el conflicto armado y las disputas entre pandillas y bandas en las comunas; pero, a su vez, generaría un nuevo problema cultural como sucede con el alcohol e incluso con las drogas que siendo ilegales traen problemas a muchas personas, no me quiero imaginar los problemas que traería si llegaran a ser legales.

Juan Esteban Peláez Gómez, estudiante de Medicina, X nivel

Podría ser una forma de menguar la problemática de nuestro país, pero sería como un arma de doble filo. El problema no lo veo en la legalización sino en la educación de la población que no está preparada para enfrentar este fenómeno.

Andrés Felipe Quintero Peláez, estudiante de Medicina, I nivel

Yo pienso que la legalización de las drogas se puede mirar desde dos puntos de vista: uno positivo y uno negativo; el positivo, es quizás que si la droga es legalizada y se puede comercializar libremente de pronto el consumo baja ya que el precio aumenta; el negativo, es que estaría al alcance de más personas como los niños y los jóvenes y yo pienso que la sociedad no debería mirar su consumo como un tabú, si lo analizamos es algo que le hace daño al cuerpo, al organismo, y pienso que por ser algo tan maligno para el cuerpo no debería ser de libre comercialización. Entonces, pienso que las drogas por más beneficios que los consumidores crean que tienen, no es

necesario ni útil que la legalicen, hay que cuidar a nuestra futura juventud.

Eva María Aristizábal, estudiante de Instrumentación Quirúrgica, VI nivel

No estoy de acuerdo con la legalización ya que la adicción que estas generan es tan alta, que los consumidores cuando no poseen recursos para adquirirlas, se ven forzados a conseguirlas de cualquier modo sin medir consecuencias. Pienso que legalizándolas, los conflictos sociales que estas generan se agudizan.

Carlos Mauricio Cuervo, Revista Iatreia

Se debería legalizar pero con un control estricto, la justicia debe estar pendiente de aumentar las normas sobre el consumo y la distribución y de establecer una reglamentación en la edad de los consumidores.

Carlos Mario Arévalo, estudiante de Medicina, VII nivel

Yo estoy de acuerdo, porque me parece que si se legaliza se podría tener mayor control sobre ellas; podría estar legalizada bajo ciertos parámetros y condiciones para que se pueda tener control sobre las ventas, el consumo y las personas que las consumen. Pienso que las personas consumidoras se podrían declarar como tales y que haya conocimiento de su condición en todos los contextos donde se desenvuelvan para que exista la posibilidad de controlar el consumo de cada uno.

María Isabel García, Asuntos Estudiantiles



Agenda Académica

4 al 5 de noviembre

Seminario de Ciencias Básicas Biomédicas

Lugar: Teatro del Centro Cultural y Empresarial Panamericana

Informes: 219 60 69

Organiza: Corporación Académica Ciencias Básicas Biomédicas

Entrada libre

5 y 6 de noviembre

I Congreso Nacional de Residentes de Cirugía 2010

Lugar: Auditorio de la Universidad CES

Informes e inscripciones: 444 05 55, extensión 1473

Organiza: Universidades de Antioquia, Pontificia Bolivariana y CES y la Asociación Colombiana de Cirugía

9 de noviembre

Conferencia "La relación entre educación e investigación en salud para el bienestar social y económico: modelo de QB3"

Invitado: Dr. Regis Kelly, Director del Instituto de Ciencia e Innovación de California QB3

Hora: 8:00 a.m.

Lugar: Auditorio Principal

Entrada libre

11 de noviembre

Conversatorio de posgrado

¿Está la responsabilidad social en la formación de posgrado al borde del abismo?

Lugar: Auditorio Principal, Facultad de Medicina

Hora: 7:00 a 9:00 a. m.

11 y 12 de noviembre

I Simposio Regional en Enfermedades Prevalentes en la Infancia

Lugar: Auditorio Guillermo Gaviria Rivera

I.E. Sagrado de Jesús, Turbo

Informes: 263 78 85

16 de diciembre

Ceremonia de Grados de Medicina e Instrumentación Quirúrgica

Lugar: Teatro Universitario Camilo Torres

Hora: 4:00 p. m.

26 de noviembre

¿Qué hay de nuevo en alergología?

Lugar: Auditorio Principal, Facultad de Medicina

Hora: 2:00 p. m.

Inscripciones: www.udea.edu.co/reune

Entrada libre

Agenda Cultural

Programación CinÉther

Ciclo: Christopher Nolan

Lugar: Auditorio Principal

Hora: 4:00 p. m.

4 de noviembre

El origen, 2010

11 de noviembre

Batman: el caballero de la noche, 2008

18 de noviembre

Insomnia, 2002

25 de noviembre

Memento, 2000

16 al 30 de noviembre

Exposición Vida y Obra de Miguel Hernández

Lugar: Hall de la Facultad

19 de noviembre

Cátedra Héctor Abad Gómez,

La mentira en la política

Invitado: Mario Montoya Brand, doctor en Derecho Público de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Hora: 11:00 a. m.

Lugar: Auditorio Principal de la Facultad de Medicina

24 de noviembre

Día del Flexible

26 de noviembre

Celebración del los días del Instrumentador

Quirúrgico y del Médico

Hora: 11:00 a.m.

Lugar: Hall de la Facultad



Novena
de Aguinaldos

29 de noviembre al 10 de diciembre
Lugar: Hall del ascensor,
Facultad de Medicina
Hora: 11:00 a. m.

