

138

centro médico

Publicación Oficial de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Deposito Legal ppi 201302 DC 4727



centro
médico
de caracas

número 1

2013

Editorial.

Dr. Abraham Krivoy1

Modelo de Autoevaluación Integral Cualitativa de las Residencias de Medicina Interna.

Dr. Israel Montes de Oca2

La Persistencia de la Memoria.

Lic. Francis Krivoy..... 11

Artroplastia de rodilla unicompartmental con prótesis Oxford. Experiencia a 10 años.

Dr. Rubén Jaén Urrutia; Dr. Carlos E. Márquez González;
Dr. Ramón Vallenilla Fernández; Dr. David Maldonado;
Dra. Andreína Vegas Carbonell; Dr. Leonardo Pinto.....15

Formación del Investigador en Enfermería en América Latina.

Elena del C. Fernandez de Aleman..... 19

Libro Blanco de Alergia WAO 2012. Resumen Ejecutivo.

Ruby Pawankar, Giorgio Walter Canonica
Stephen T. Holgate, Richard F. Lockey26

19 de Abril de 1810.

Dr. Guillermo Morón.....38

Reseñas Breves de Corales Médicas de Instituciones Asistenciales Públicas y Privadas.

Dr. Cutberto Guarapo Rodríguez.41

Testamento de Pavlov.

Dr. Abraham Krivoy y Lic. Francis Krivoy de Taub.....44

Lazo para la humanidad 46

In Memoriam.....47

Puntos varios48

Normas para la publicación en la

Revista Centro Médico.....49



centro médico de caracas

138, N° 1
Año 2013

Revista arbitrada dedicada a estudios humanos, animales y de laboratorio relacionados con la investigación biológica y clínica

Publicada semestralmente por la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Dirección: Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas. Av. Juan de Villega, Edif. San Bernardo, Anexo A del Centro Médico de Caracas. Telef. (+58-212) 555-9242 - 555-9190 revistacentromedico.org

ISSN: 2477-9504

Depósito Legal: ppi 201302 DC 4727

Publicación Oficial de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Junta Directiva

Presidente

Dr. Aquiles Salas Jimenez

Vicepresidente

Dr. Armando Gil Mendoza

Tesorero

Dr. Mauricio Krivoy Asseo

Secretario

Dr. Leonardo Borregales Contreras

1er. Vocal

Dr. Alvaro Sanchez Quijano

2do. Vocal

Dr. Honorio Sigala Frommeyer

Dirección General

Dr. Jose Guerrero Gil

Comité de Redacción

Dr. Ricardo Tobio

Dr. Ramón Soto Sanchez

Dr. Pedro Andrade Páez

Dr. José Francisco Meneses

Dr. Ramón Zapata

Dra. Gabriela Blanco

Dr. Héctor Padula

Junta Directiva período 2011-2013

Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas

Presidente:

Dr. Fernando Godayol Disario

Vicepresidente:

Dr. Ernesto Wydh Garrido

Secretario:

Dr. José Francisco Ochoa Solís

Tesorero:

Dr. Javier Manrique Behrens

Vocal:

Dra. Irene Stulin Rodríguez



Contenido

Editorial.

Dr. Abraham Krivoy 1

Modelo de Autoevaluación Integral Cualitativa de las Residencias de Medicina Interna.

Dr Israel Montes de Oca 2

La Persistencia de la Memoria.

Lic. Francis Krivoy..... 11

Artroplastia de rodilla unicompartimental con prótesis Oxford.

Experiencia a 10 años

Dr. Rubén Jaén Urrutia; Dr. Carlos E. Márquez González;
Dr. Ramón Vallenilla Fernández; Dr. David Maldonado;
Dra. Andreína Vegas Carbonell; Dr. Leonardo Pinto..... 15

Formación del Investigador en Enfermería en América Latina.

Elena del C. Fernandez de Aleman..... 19

Libro Blanco de Alergia WAO 2012. Resumen Ejecutivo.

Ruby Pawankar, Giorgio Walter Canonica
Stephen T. Holgate, Richard F. Lockey 26

19 de Abril de 1810.

Dr. Guillermo Morón..... 38

Reseñas Breves de Corales Médicas de Instituciones Asistenciales Públicas y Privadas.

Dr. Cutberto Guarapo Rodríguez. 41

Testamento de Pavlov.

Dr. Abraham Krivoy y Lic. Fancis Krivoy de Taub..... 44

Lazo para la humanidad 46

In Memoriam..... 47

Puntos varios 48

Normas para la publicación en la Revista Centro Médico..... 49

EDITORIAL:

“La autenticidad es la luz que nos ayuda a salir de la oscuridad. Tan sólo debemos encenderla.”

Cecilio Acosta 1-2-1918, 8-7-1881

Hay un significado especial en la reaparición de la Revista Centro Médico de Caracas que exterioriza el esfuerzo parcial del progreso de las ciencias médicas en Venezuela y nuestro continente y la obligación que se siente en difundir la luz para el alcance de todos “La enseñanza debe ir de abajo hacia arriba y no al revés como se usa entre nosotros, porque no llega a su fin, que es la difusión de las luces.”

Los conocimientos, como la luz, esclarecen lo que abrazan; como ella, cuando no ilumina a distancia, es porque tienen estorbos por delante”. (Cecilio Acosta).

Lo que no se escribe y no se difunde es como si nunca existió.

Las puertas de la Revista están abiertas a los colegas y conexos que sientan la inquietud de difundir experiencias e investigaciones para el bien del País.

Ahora, en forma digitalizada, el alcance de la difusión del conocimiento llega a los millones de personas que puedan estar interesados en los temas de esta área. Es necesario señalar que la Revista tiene como firme intención ampliar el campo médico y penetrar en la productividad de Colegas que incursionan en muchos otros campos incluyendo, las artes, literatura y otras ocupaciones que con seguridad harán más atractivo el contenido de la revista al compenetrarse más en el factor humano.

El Ave Fénix es considerada una metáfora viviente de la “esperanza”, ya que simboliza la fe que jamás debe desaparecer en el hombre, a pesar de los obstáculos. El representante de Persia el Simurg es un pájaro inmortal que anida en las ramas del Árbol de la Ciencia. El Simurg anida en el árbol del Conocimiento, allí bate sus alas para esparcir su semilla por toda la creación. De aquí que la Revista Centro Médico renueva sus batidos de alas con el mismo propósito.

Todos sentimos que el perfeccionamiento de las personas con conciencia ciudadana no termina nunca ; por ello debemos de tomar el testigo y continuar la carrera de relevo de la Revista que Venezuela nos impone y nos exige . Se trata de cumplir con el deber y saber preparar la herencia para las generaciones por venir.

Nuestra Revista desea así consignar su cuota de responsabilidad en su futuro inmediato.

Dr. Abraham Krivoy



MODELO DE AUTO EVALUACION INTEGRAL CUALITATIVA DE LAS RESIDENCIAS DE MEDICINA INTERNA

Dr. Israel Montes de Oca

RESUMEN:

Evaluación es un proceso en educación que permite conocer como se planifico, como se evaluó y que resultados se obtuvieron en un programa formativo dentro de los distintos métodos de evaluación existentes y el que posee características de autoevaluación de interés para concretar la presente investigación educativa. Esta investigación educativa fue dirigida a la autoevaluación de los residentes de medicina interna de una gran institución como es el Hospital Universitario de Caracas. Este estudio se realizó en un periodo dado.

Métodos: se realizó una investigación educativa de tipo transversal, descriptiva cualitativa. Es una autoevaluación a través de un cuestionario de 21 preguntas realizadas con el objetivo de obtener la propia visión de los residentes. Población de 1º, 2º, y 3º años de residencia de medicina interna. Dicha preguntas estuvieron orientadas a precisar datos docentes, asistenciales, de investigación y de carácter personal y con un objetivo general: conocer las opiniones sobre el programa de formación y específicos como era su formación integral.

Resultados: 48 residentes distribuidos en R1, R2 y R3 formados entre 2006—2007(24 para R1, 12 para R2 y 12 R3). Los aspectos mas importantes daban una visión de déficit en la parte académica, con múltiples problemas en la parte asistencial, multiplicidad de aspectos personales, pero con una vertiente positiva en relación a su formación profesional, considerando a la especialidad como esencial en la integración para su ejercicio.

Conclusiones: los resultados de la investigación educativa muestran, la necesidad de conocer en formas periódica la matriz de opinión de los cursantes de cualquier especialidad con el único objetivo de hacer las correcciones y mejorar el entrenamiento. Este método cualitativo permite ser aplicado en una forma informativa y beneficiosa para los educadores. **RCM 2012; 138(1): 2-10**

ABSTRACT:

Appraisal is a method in education that allow to know how it is draw up a plan for to get results in a form, as training, and teaching programs.

In the setting of varieties of education evaluation, one of them is the self-appraisal. There was interest of to precise the present educative research to know how the internal medicine's residents of one educative intitution as Hospital Universitario de Caracas; and considered how It was their training in determined period.

Methods: it was carried up and educative research, transverse descriptive and qualitative type.

It was made through of a questionnaire with 21 question making with the objective to get the resident's own opinion.

The sample was constituted for residents of 1º, 2º and 3º years of internal medicine. The questions were getting with one specific bearings as precise data in teaching, clinical care, research, inde several of the personal characteristics and one general objective as to know their opinions about the education programs and one specific as there were their integrate training.

Results: 48 residents distributad em R1-R2-R3 (24, 12 and 12 respectively) training between 2006-2007.-

The most important subjects contained in the questionnaire were to obtain answers and given a vision of fail in the academia set, with multiples problem in the direct patients care and great varieties of personal difficulties; but with a positive slope and a point of view in relation with the professionalism given for the training and cosidered the apeecality as esencial for the practice of medicine

Conclusions: the results of this educational research showed the necessity to know in periodic form the opinion's matrix of the residents in any medical speciality with the only objective to make the correctives and improve the training.

This qualitative method allow to be apply in informed task and useful for the teachers. **RCM 2012; 138(1): 2-10**

Key words: self-appraisal and qualitative.



INTRODUCCIÓN

Las diferentes actividades que tienden al desarrollo de algún proceso educativo, deben poseer al comienzo, al intermedio y al final cuando se alcanzan los objetivos, una evaluación para precisar los aspectos que permitieron establecer cómo se planificó, como evolucionó y que resultados hubo en un programa formativo en función del tiempo y si las metas fueron logradas.

Existen en la investigación educativa múltiples formas de realizar una crítica evaluación, orientada a precisar los aciertos, fortalezas y debilidades y que llevaron a los resultados de la ejecución de cualquier programa. Las evaluaciones pueden ser de tipo diagnóstico, pronóstico, de orientación, motivacional y promocional.

En educación superior, en este caso nivel 4° de los programas universitarios y que integran las especialidades, maestría y doctorados, solo la 1 de ellas pueden ser evaluadas como post-grado de especialización, ya que la maestría y doctorados y especialmente cuando son individualizados tienen evaluaciones orientadas fundamentalmente al reconocimiento inicial o evolutivo de créditos por parte de comités académicos individualizados y donde se aplican reglamentos que en forma automática hacen la evaluación y esencialmente porque va dirigida a reconocer créditos y la evaluación final de una investigación.

Por otra parte las especialidades que tienen como base programas curriculares específicos, si requieren de evaluación periódicas que permiten establecer como es el desarrollo funcional de los post-grados en su conjunto o por el interés de aportar resultados positivos. ^(1,2,3,4)

Las realidades actuales de la actividad profesional en cualquier campo de las ciencias y entre ellas la de medicina, requiere de una constante revisión en todo sus aspectos, tanto de la fase de la formación como del ejercicio de la profesión, esta última con un perfil definido. Una etapa importante en cualquier circunstancia es poder evaluar todo el proceso de la adquisición de conocimientos, habilidades, destrezas y valores, en otras palabras que el profesional llegue a obtener los conceptos anteriores en forma integral y poder atribuirle entonces la adquisición tangible de competencia, concebida esta última como el óptimo propósito de constituirse de por vida en un excelente profesional

De acuerdo a estos principios, desde el punto de vista académico se introduce como un punto esencial el concepto de evaluación; que para definirla se tiene dificultades por ser la forma más importante de conocer cómo y en que circunstancia se realizó la adquisición de la competencia ya que esta es diferente en sus componentes de acuerdo a las distintas profesiones. Si nos decidimos a emitir una definición de evaluación, aplicada a conocer como se realizó la formación de los médicos de postgrado, ella pudiera decirse que es: “la aplicación de métodos o modelos educativos orientados a conocer el desarrollo y formación en forma total

de un profesional, considerando tanto la parte humanística, científica, social y ética para obtener como meta la excelencia” y el óptimo profesionalismo ⁽⁶⁾

Existen diferentes modelos para realizar una evaluación que cumpla con las anteriores premisas; algunas de esas evaluaciones van dirigidas a estudiantes de pre y postgrado, otras se orientan a valorar competencias de profesores, tutores, instituciones, servicios, etc. o simplemente evaluar cualquier actividad, todas tienen como forma única de análisis saber los resultados en forma autocrítica y poderlos convertir en provecho de la formación profesional en diversas actividades humanas. ⁽⁷⁾

Una circunstancia muy particular es cuando se realiza cualquier evaluación que debe tener como primicia la existencia de una justificación en su significado y una importancia suficiente como para aplicarla y hacerla conocer más profundamente.

No existen buenas o malas evaluaciones, solo que ellas deben facilitar las metas que se proporciona al comienzo de un entrenamiento y dar soporte para mejorar las condiciones en que se desarrollan cualquier formación académica.

Dependiendo de la profesión y del momento en que se realiza y del modelo que se aplican las evaluaciones, ellas pueden ser clasificadas por su objetividad en cuali y cuantitativas. ^(8,9) Las primeras de ellas es utilizada muy frecuentemente en la investigación educativa y consiste en la realización de un cuestionario con preguntas de carácter comparativo antes y durante y después de realizar el entrenamiento de la profesión correspondiente; la cuantitativa lleva a utilizar códigos, escalas o valores y se hace en forma más objetiva y menos subjetiva. ⁽¹⁰⁾

Por los propósitos establecidos pueden ser de carácter diagnóstico y correctivas. Por sus fases en el curso de una especialidad son formativas y sumativas.

Por los análisis individuales o colectivos se clasifican en autoevaluativas, co-evaluativas y por su orientación académica pueden ser tutoriales e institucionales.

Para investigar con cualquiera de las formas de evaluación enumeradas, se aplican modelos o métodos diferentes, los cuales se seleccionaran de acuerdo a las metas del proceso de investigación educativa.

Una premisa fundamental para poder obtener máximos resultados beneficiosos de cualquier evaluación, es que tanto el evaluador y el o los evaluados conozcan el modelo que se va aplicar sea este por cuestionario, por codificación ó por comparación que son los recursos de cualquier modelo. ⁽²⁾

Un modelo novedoso que posee características particulares de auto-evaluación progresiva y reflexiva, es el recurso del portafolio; modelo este que determina en forma permanente tanto la evaluación formativa como la sumativa y que lleva el sello fundamental de la reflexión.

El interés de concretar la presente investigación educativa, fue determinar todos los factores individuales y de auto



evaluación que contribuyeron a la consideración progresiva, antes, durante y al final del entrenamiento de residentes del postgrado de Medicina Interna en un período dado y poder asimilar las debilidades y sus posibles correcciones para el futuro.

MÉTODOS:

La presente es una investigación educativa de tipo transversal, descriptiva, cualitativa. Tiene carácter autoevaluativo realizada a través de un cuestionario elaborado por docentes de experiencia en el cuarto nivel universitario de postgrado en Medicina Interna.

Población: Residentes del post-grado de Medicina Interna quienes cursaban desde R1 a R3 durante los años 2006 al 2007 y que contestaron un instructivo (cuestionario) contentivo de 21 preguntas con un addendum o comentario al final de carácter personal (anexo No 1)

Las preguntas del instructivo estaban dirigidas al desarrollo fundamentalmente a una auto evaluación.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer en el más amplio criterio, todas las opiniones y reflexiones de los cursantes del post-grado desde R1 al R3 a través de un instructivo común y que sirviera como un aporte de los cursantes del postgrado de Medicina Interna y así conocer sus opiniones, reflexiones y pensamientos individuales acerca de los programas de su curso y el beneficio y debilidades del mismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Recoger la opinión de los cursantes sobre la especialidad en sus aspectos académicos asistenciales y formativos.
2. Recoger la opinión de los cursantes sobre como influyó el estudio de postgrado de Medicina Interna en sus aspectos personales (familiares, económicos, compañerismo), etc.
3. Recoger sus opiniones y reflexiones sobre si el curso le estaba proporcionando la consecución de las metas planificadas.
4. Recoger la opinión y reflexión sobre los aspectos de autoevaluación y el aporte de los programas de los docentes e institucionales.
5. Recoger la opinión y reflexión como su trabajo le producía estrés, ansiedad o cualquier otro problema psicológico
6. Recoger la opinión y reflexión de cómo mejorar las condiciones del desarrollo de programa, su contenido, sus fortalezas y debilidades y la experiencia que le proporciono
7. Recoger opiniones y reflexiones si se encuentra profesionalmente competente para ejercer la especialidad.

Los objetivos anteriores resumidos fueron los puntos importantes extraídos y que están contenidos en el grupo de

la 21 preguntas del cuestionario propuesto, además de los comentarios adicionales que aportaron los cursantes.-

Los resultados se analizaran recogiendo los datos (contestaciones) mas resaltantes y conjuntamente se analizara al mismo momento cada pregunta por años cursados de los estudios de R1, R2, R3 y durante los años 2006 al 2007 en forma consecutiva y la realización de las comparaciones correspondientes.

Análisis estadístico. Debido a la multiplicidad de formas de contestar las preguntas no es posible aplicar ningún análisis estadístico ó codificados por ser una investigación esencialmente cualitativa.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se resumen en los cuadros n° 1, 2 y 3 correspondientes a las contestaciones de las 21 preguntas y comentarios de los residentes desde R1, R2 y R3 en un número de 48 en total respectivamente, en los períodos de los años 2006-2007.

Se realizó un estudio y análisis de cada una de las contestaciones y se extrajeron los aspectos y puntos relevantes de cada año y para cada periodo del cursante.

En el contexto de conocer si los objetivos específicos se habían cumplidos, se pudieron enumerar los principales elementos de sus respuestas en forma resumida en el contenido de los cuadros, y con los objetivos enumerados en métodos.

Cursantes del 1er año 2006-2007 (R1) (24 en total) (cuadro N° 1)

1. Su selección por medicina Interna estuvo analizada hacia la búsqueda de la integralidad y el incremento de conocimiento.
2. La separación familiar, tuvo efectos sobre salud, por poca dedicación a la familia. Se piensa que la residencia es un sacrificio personal.
3. La mayoría considera que el curso si le proporcionaba sus metas, así como lograban aumentar el conocimiento, más del 70% tenían dicha opinión.
4. Consideran la buena preparación de los docentes, pero se quejan de la institución hospitalaria.
5. La carga de trabajo asistencial, si le producía estrés, ansiedad, depresión; pero la mayoría superaban esas condiciones y podían, mejorar su trabajo, y lograron mayor progreso personal y siempre considerando hacer mejor sus actividades.
6. 100% opinan deben revisarse los programas en forma periódica especialmente en semiología, rotación hacia especialidades y no cumplir con rotaciones en otros hospitales.
7. La mayoría piensa que si tienen competencia para ejercer la especialidad: pero señalan que debe lograrse un equilibrio entre la parte asistencial y académica.
8. Las grandes limitaciones es la parte económica y los bajos salarios, mayor apoyo docente, y otras como realizar



- residencias asistenciales permanentes, mas investigación, la influencia del curso sobre la personalidad, mejorar las condiciones de las residencia y establecer optima relaciones interpersonales.
9. La carga de trabajo asistencial, si le producía estrés, ansiedad, depresión; pero la mayoría superaban esas condiciones y podían, mejorar su trabajo, y lograron mayor progreso personal y siempre considerando hacer mejor sus actividades.
 10. 100% opinan deben revisarse los programas en forma periódica especialmente en semiología, rotación hacia especialidades y no cumplir con rotaciones en otros hospitales.
 11. La mayoría piensa que si tienen competencia para ejercer la especialidad: pero señalan que debe lograrse un equilibrio entre la parte asistencial y académica.
 12. Las grandes limitaciones es la parte económica y los bajos salarios, mayor apoyo docente, y otras como realizar residencias asistenciales permanentes, mas investigación, la influencia del curso sobre la personalidad, mejorar las condiciones de las residencia y establecer optima relaciones interpersonales.

CUADRO N° 1
RESULTADOS DE LAS CONTESTACIONES AL CUESTIONARIO 1ER AÑO (AÑO 2006-2007)

Preguntas	Cursantes 1er año (2006)	Cursantes 1er año (2007)
1	Integridad, recuperación, vocación sacrificio personal.	Integridad, superación, mejora económica
2	Separacion familiar, afecta salud.	Poca dedicacion familiar, Estrés
3	Falta compañerismo, deficit económico, rivalidad, desorganización	Falta incentivo para el estudio, deficit de conocimiento.
4	Excelencia docente, habilidad adquirida, dedicación, responsabilidad	Elevado nivel docente, mayor competencia. resist para sol. prob.
5	75 % + 25% -	si= 70%
6	Progreso personal, reconocimiento, ser crítico, pacientes complejos.	Desarrollo destreza, dominio personal, seguridad con el paciente.
7	Si= 80% querer hacerlo siempre mejor	Si=90% hacerlo mejor
8	Mayores causas, ver casos comunes, semiología, investigación.	Mas academia, mas rotaciones
9	Mas academia menos asistencia, poco tiempo de estudio	Mas ciencias básicas mejor reporte matutino, deficit nivel académico
10	Parte económica, la familia, mal ambiente laboral.	Parte económica familiar política nacional
11	Tolerancia, dedicación en tiempo. seguridad	Residencia asistencial, esfuerzo determinacion
12	Recursos económicos mayor apoyo docente miedo, cansancio seguir un modelo	Descuido familiar, depresión
13	Si 95%, 50%=mi con mayor salario	Si=95% 1% ciencias basicas escoger el post-grado deseado
14	Si =90% obtuvo herramientas requiere mas conocimiento	Formarse profesionalmente
15	Bastante estrés y ansiedad cansancio. período de adaptación	Estrés, ansiedad, alteración del sueño
16	Si=casi 100% se requiere mas investigación metas cumplidas parcialmente	Si=100% mejorar parte académica
17	Se requiere mas semiologia práctica. falta de cumplir los objetivos. docentes que no cumplan	Semiologia rotación en otra especialidades, tiempo para estudio
18	Tener un modelo. solución de problemas. ayudar al pac. carga asistencial	Problemas institucionales, solución problemas clínicos
19	Maltrato psicológico	
20	Evaluar fallas y errores autoevaluacion	No hay investigación autoevaluación, mejorar y progresar
20	Si=100% en mi persona, en mi familia, en mi parte económica	Si 100% influyente en la personalidad
21	Si 100% se siguen adquiriendo	Si 100% para perfeccionarse en el futuro
Comentarios	Armonía con compañeros mejorar condiciones residencia, evaluación periódicas	Mejorar relaciones jerarquías Mejorar relaciones residente-adjuntos



Cursantes del 2do año (2006-2007) (R2)(Total 12) (cuadro N° 2)

1. Sus metas eran obtener mayor conocimiento y destreza así como en total el análisis integral de los pacientes
2. Si influyó el postgrado en los aspectos familiares así como el descuido de la misma. Desgaste de la salud
3. Si lograron la mayoría de las metas pero no todas. Continuar con el proceso de formación
4. A este nivel de formación el curso le ha proporcionado experiencia, mayor preocupación por los pacientes, tomar decisiones propias y mas satisfacción
5. Si me produjo alto grado de estrés, angustia sobre todo con los casos complejos; pero se adquiere mayor apertura de adaptación

6. Debería haber mayores actividades en semiología, investigación clínica, incrementar la parte académica, aumento de los salarios, cambiar o revisar los programas más entrenamiento en emergencia en la formación
7. Si, 100% espera encontrarse en competencia para ejercer la especialidad, pero falta tiempo para formarse mejor
8. La mayoría de las opiniones insisten como comentarios es mejorar la parte académica, crear rotaciones y la revisión de grandes temas

Cursante del 3er año (2006-2007)(R3) (N°12 Total) (Cuadro N° 3)

1. Identifican a la especialidad como una especialidad de la integralidad como su característica principal y desean conocerla más profundamente.

CUADRO N° 2
RESULTADOS DE LAS CONTESTACIONES AL CUESTIONARIO 2DO AÑO

Preguntas	Cursantes 2do año (2006)	Cursantes 2do año(2007)
1	Mayor destreza y ... análisis integral paciente	Aumentar conocimiento y ayudar al paciente
2	Pérdida de relación familiar, desgaste de salud	Si, la familia descuidada
3	Falta organización programas falta integración de los servicios no hay evaluación	Ignorancia, miedo cansancio
4	Excelente calidad docente exigencia personal trabajar por el prójimo	Vencer dificultades tomar decisiones excelentes docentes
5	Si, en proceso de formación	Si la mayoría, pero no todas las metas
6	Capacidad para el estudio abordaje crítico tomar decisiones	Satisfacción, contacto personal. caso complicados mas preocupación por los pacientes
7	Si, alto porcentaje de participación	Si = 100 % algunas veces no completamente
8	Búsqueda de información rotación de servicio mas academia	En semiología, investigación y parte académica
9	No se hace investigación incumplimiento de los programas falta de actualizaciones	Nuevas pasantías ausencia de semiología
10	Económicos	Salario injusto. la política del país
11	Respeto entre residentes estabilidad emocional. mayor actividad ambulatoria	Constancia realizar residencia asistenciales evaluaciones objetivos
12	Familiar – perseverancia + agotamiento- receptividad +	Compañerismo -, no tener vida personal falta de conocimiento
13	Si= 100%	Si= 95 % prefiere ser médico
14	Si=85%, 15% falta algunos aspectos	Si =la mayoría (95%) aunque existen diferencias.
15	Estrés, adaptación	Alto grado de estrés, ansiedad patologías complejas.
16	Si=100%	Si la mayoría pero falta mucho para cumplir la metas
17	Más evaluación objetiva. más investigación. unificación de criterios	Cambiar los programas con los años. mas academia
18	Actitud, reconocer errores, nivel académico, carga asistencial. distribución de tiempo.	Adaptación, buenos adjuntos, revistas, salario, trabajo no médico, apoyo familiar
19	Repercusión, atender mejor a los pacientes	Beneficiosa, autocrítica
20	Si=100%	Si la mayoría (98%)
21	Parcialmente. formación permanente, experiencia crece con el tiempo	Si pero falta todavía para formarse mejor.
Comentarios	Respeto entre residentes. mas emergencia Revisión de grandes temas crear rotaciones	Mejorar parte académica. falta de profesores en la tarde



2. Existen factores externos que influyeron en su formación especialmente la familia, la salud individual y el factor económico por los bajos salarios.
3. 100% expresan haber logrado las metas y el curso como una herramienta para el 2006, pero el porcentaje bajo a 50% en este punto en el análisis de los cursantes para 2007.
4. Consideran el alto nivel docente, pero precisan que debe existir una exigencia mayor del programa y mejorar este último en supervisión, en cuidados primarios, en la organización de las pasantías. Niegan las ventajas de rotaciones externas al hospital. Observan que debe haber más disciplina y organización.
5. Menos estrés ansiedad que los años anteriores solo al inicio, hubo mayor control personal aunque con mayor responsabilidad.
6. Tener poco tiempo para una exigencia mayor, y tener poca actividad académica, se quejan de la falta de integración de los servicios. Proporcionar crecimiento personal. Debe insistirse en semiología y una revisión curricular.
7. El 100% expresa que si se encuentra competente para ejercer la profesión pero la mayoría tomaran otras especialidades por razones económicas.
8. Realizar cursos de actualizaciones, mejorar la parte

CUADRO N° 3
RESULTADOS DE LAS CONTESTACIONES AL CUESTIONARIO 3ER AÑO

Preguntas	Cursantes 3er año(2006)	Cursante tercer año (2007)
1	Identificación con la especialidad, integralidad	La integralidad de la especialidad interés académico, conocer mas profundamente
2	Exigencia, poco tiempo de dedicación al estudio	Si, en relación a la familia
3	Mucha asistencia, poca academia falta integración de los servicios subjetividad en la evaluación	Cargo asistencial. falta revisión curricular
4	Alto nivel docente, disciplina organización	Obtener destreza. mayor nivel académico docentes bien formados
5	Si=100% aporte de herramientas	Si en el 50>%
6	Crecimiento profesional satisfactorios	Formación, crecimiento personal, tolerancia
7	Si, cada vez mejor limitaciones institucionales	Si. aprender de los errores y haber logrado la meta
8	Atención primaria, pacientes menos complejos, estudios integrales	Mas semiología mas integrabilidad. proporcional mas herramientas
9	Muy poca supervisión, mejorar las pasantías fuera de la institución	Mas integración. revisión curricular desconocimiento del programa por los residentes programa no adaptado al ejercicio real
10	Si, los económicos. política nacional	Si, condiciones institucionales. bajo salarios.
11	Constancia, ética, voluntad, organización.	Deseos de estudios, investigación. dedicación, metas definidas.
12	Familia, salud individual, factor económico	Familiares. poco contacto, agotamiento físico, constancia, dedicación
13	Si la mayoría pero prepararse cada vez mejor	Si y buscar otras especialidad por razones económicas
14	Si la mayoría 89%	Si, ser médico internista y lograr las metas.
15	No estrés control personal mayor responsabilidad	Moderado estrés, ansiedad solo al inicio
16	Si 100% se cumplieron las metas	Si en el 50% han cumplido las metas
17	Mas academia, eliminar pasantías en otros hospitales, menos asistencias	Nuevas pasantías, mas supervisión, revisión de los programas (curriculum)
18	Excelentes docentes , constancia , problemas institucionales problemas económicos.	Compañerismo, apoyo familiar. constancia. dedicación.
19	Si, crecimiento personal	Autocrítica. en forma definitiva
20	Si, seguir aprendiendo.	Si y lograr los objetivos.
21	Crecimiento personal	Si
Comentarios		Mejorar área de residentes cursos de actualizaciones seguridad, mejorar parte económica, rotación por otros servicios



económica y rotar por otros servicios.

DISCUSIÓN:

Los diferentes aspectos que se engloban en un programa para la formación de 4° nivel, en la especialidades médicas y no médicas requieren para su justificación académica de la aplicación periódica de algún modelo o sistema de evaluación, que puede orientarse en sus más variados puntos a conocer como se está desarrollando ese programa o curriculum. La evaluación es variada y puede utilizarse para analizar el programa propiamente dicho y para calificar la institución o plantel académico donde se desarrolla y cómo actúan los componentes humanos del programa. Allí se incluyen tácitamente a los profesores, docentes, cursantes-estudiantes y personal de salud. ^(10,11)

Cada uno de estos grupos de profesionales tendrá sus propias características y para los cuales se aplican también diferentes métodos o modelos de evaluación sean estos de carácter individual como son autoevaluación, co-evaluación de tipos individuales o colectivos, de acuerdo a su denominación o son de formas más institucionales para profundizar en el diagnóstico y en las posibles soluciones de un determinado y específico problema. ^(12,13)

Se hace indispensable referirnos a otras 2 formas de evaluación profesionales como son: las formas cualitativas y cuantitativas. Las cualitativas se realizan a través de cuestionarios y preguntas sin llegar a tener medidas y son fundamentalmente subjetivas, sujetas a interpretaciones y a imprecisiones; no obstante se recurre a esta forma de evaluación por ser de expectativa en el conocimiento de los problemas y práctica y muy utilizada en investigación educativa. La forma cuantitativa se caracteriza por ser objetiva a través de la asignación de valores a los objetivos de la evaluación, se recurre así entonces a las escalas, valores numéricos o a códigos que permitan y faciliten una extraordinaria valoración de los propósitos de la evaluación. ⁽¹⁴⁾

En el presente trabajo utilizamos un método cualitativo con un componente importante de autoevaluación en residentes de Medicina Interna en 2 períodos diferentes 2006 y 2007 y la intención fué hacer una comparación del valor intrínseco de los contestaciones de los cursantes de 1°, 2°, 3° (R1, R2, R3) año separadamente y apreciar e interpretar los elementos de esas respuestas y considerar las posibilidades de las fortalezas y debilidades que los cursantes consideran como importantes en su formación y poder a través del conocimiento de dichas reflexiones que los directivos en la organización y confirmación del curriculum, puedan realizar las revisiones y correctivos pertinentes.

Los resultados de la presente encuesta consistió en 21 preguntas y sus comentarios demuestran inquietudes y opiniones comunes en los cursantes de los 3 años, así al aplicar lo contestado a los 7 objetivos específicos de la

metodología así como de los comentarios, encontramos como comunes los siguientes aspectos: la selección de la medicina interna como especialidad por ser la especialidad de la integralidad y lograr un incremento del conocimiento y de las destrezas, en otras palabras de obtener la competencia de un verdadero profesional de la especialidad y conocerla más profundamente.

Todos los cursantes estuvieron de acuerdo en la necesidad de revisar el programa, el curriculum y adaptarlos a las nuevas corrientes educativas, para obtener así un perfil profesional propio del internista en la época contemporánea.

Los aspectos psicológicos del estrés, ansiedad, las inquietudes de lograr o no las metas, adaptación y fundamentalmente el aspecto económico y la separación de la familia influyeron en forma preponderante en el rendimiento. Muchos otros trabajos cualitativos así lo han confirmado.

Los resultados precisan como lograr las metas; pero deben mejorarse los programas y el curriculum con insistencia en la práctica de la semiología, la investigación clínica, rotación hacia los servicios, revisión de los programas, con mayor supervisión, cuidados primarios y ambulatorio como lo establecen otros estudios ^(15,16,17,18,19)

La satisfacción de haber logrado los objetivos son más evidentes en este estudio en los cursantes de 2°, y 3° año al tomar conciencia de la importancia de darle más atención a los pacientes y abordar los problemas complejos.

La queja mayor de los 3 grupos lo constituyó el predominio de la asistencia sobre la academia. Los autores están de acuerdo en modificar los programas específicamente en los campos de formación de los médicos internistas, especialmente con una revisión constante de los programas.

El entrenamiento en medicina interna los hizo progresar como individuos y como profesionales, especialmente en los últimos años (2° y 3°). Se quejan de falta de tiempo para formarse mejor.

De acuerdo a diferentes autores se recomienda una formación de educación continua con cursos de actualizaciones de por vida, para poder lograr una mayor y mejor formación profesional en lo ético, en el conocimiento y en la proyección social; en otras palabras lograr un profesionalismo como meta esencial en el ejercicio de la especialidad. ^(20,21,22)

Los cursantes durante la formación expresaron su inquietud por entrenarse en otra especialidad menos exigente por razones fundamentalmente económicas, este aspecto ha sido analizado por otros autores y requieren de un detenido y permanente análisis para obtener un cambio en dicho comportamiento y actitud y evitar así las fugas de importantes valores profesionales ya que este aspecto negativo en la formación final de un internista demuestra una gran debilidad de la especialidad en sus programas y en sus estímulos; estos deben ser revisados, con consideraciones más profundas e importantes como son los aspectos económicos, la calidad



de los programas en sus componentes curriculares, la eliminación del entrenamiento de medicina Interna como prelación para hacer posteriormente otras especialidades o la creación de un entrenamiento adicional en el campo de la investigación clínica, lo cual requeriría un incremento del tiempo del entrenamiento. ^(23,24,25,26, 27)

CONCLUSIONES:

No es posible conocer los resultados de un proceso educativo sin realizar algún método o modelo de evaluación. Hemos intentado en esta oportunidad aplicar una forma cualitativa de evaluación, desarrollada por los mismos cursantes de post grado a través de un cuestionario, en un momento de su formación y es nuestra impresión que a pesar de haber sido realizado hace 4 años, constituye solo una muestra y que tendría los mismos resultados en esta época, si se aplicara este mismo método y con las mismas preguntas y por considerar que las condiciones y factores son similares con los cuales los residentes se forman actualmente en el 2012. El objetivo esencial de esta presentación es demostrar el valor del método cualitativo para evaluar post grados médicos

Se reconoce académicamente hoy en día, la fortaleza de la evaluación cualitativa y debería considerarse en su verdadera dimensión en el proceso de enseñanza-aprendizaje y sus implicaciones.

Enseñar, aprender y evaluar son inseparables y por consecuencia la evaluación cualitativa significa también evaluar capacidades y construir profesionalismo.

La evaluación cualitativa es un proceso que recurre a las actividades o situaciones cotidianas y así describir la realidad de los estudiantes o cursantes y por esa razón este estudio valora más la calidad que resultados.

Se recomienda considerar: personalidad, asistencia, puntualidad, perseverancia, motivación, participación, cooperación, creatividad, sociabilidad, liderazgo etc, como se recogió en este modelo, pero con un análisis exhaustivo de todos estos aspectos como son estudiado por los investigadores educativos.

REFERENCIAS

1. Velásquez Rojas J, Bajo García A. Echerman E. C. Evaluación Integral del curso de especialización en Pediatría y Puericultura (UCV). Sede Hospital de Niños "J.M. de los Ríos" Boletín Hospital de Niños Caracas. 1999, 35 N° 2, 59-66.
2. Sekler E. E, Montesdeoca I, Análisis curricular de los post-grados Universitarios de Medicina Interna de Venezuela. Med. Intern. Caracas 1992 vol. (4) 156-161
3. Cabrera LC, González. ML, Figallo BK, Rodríguez VR: Funciones y Tipos de evaluación, Post-grado en Medicina 1996,5 (2-3) 48-51
4. Morrison J. ABC of Learning and Teaching in Medicine Evaluation. Clinical Review. BMJ 2003; 326:385-387
5. Montesdeoca I: El profesor Guía de Post-grado, Med. Intern. 1995,11 (3)-101-104
6. Patiño Torre, M.J. Modelo Socio –cognitivo Curriculum nuclear para la educación Médica de post-grado de Medicina interna en el marco de la sociedad del conocimiento y la globalidad. Centro de Investigación y desarrollo de la educación médica (CIDEM) Facultad de Medicina, Luis Razetti. UCV. 2005,224-228
7. Lopez Ramírez T. La auditoria Medica .Evaluación de la calidad de la atención medica, Metodología y Practica. Técnica Hospitalaria 1989 Vol 38(1-2) marzo junio 3-25
8. Camperos M.C., La Scalea M de G. Informe general del proceso de autoevaluación de los Postgrados de la Facultad de Medicina comisión de estudios de post-grado facultad de medicina Maestría en evaluación de la educación. Facultad de Humanidades y educación 2 volúmenes, Caracas, junio 2002.
9. Barreto P, Camacaro L. Los estudios de post.grado del Hospital Psiquiátrico de Caracas, Proceso de superación. Trabajo especial de investigación (TEI) para optar al título de Psiquiatría UCV noviembre 1990
10. Morales V, El sistema de estudios de post-grado en Venezuela Visión Crítica. Planive, 1984,5.225-238
11. Durand P. M. El desempeño de la función docente a través de la opinión de los alumnos en la asignatura Clínica Médica I. Trabajo Ascenso Profesor Asociado. Caracas. Octubre 1998
12. Cordero PR. Lira N. Evaluación de las pasantías de los residentes del 1er año del curso de post-grado en cirugía general. Boletín Médico de Post. Grado 1996. Vol. XII (3) 3-7
13. Análisis de la "hoja de evaluación de los residente de post-grado de medicina Interna HUC.
14. Patiño M J. Editorial Educación Medica continúa: Principios y Buena Practica. Med Intern 2008; 24(3) :133-135
15. Puchi Ferrer. Planeamiento y análisis del curriculum medico. UCV Revista Facultad de Medicina.UCV 1980.303
16. Proyecto de Reforma Parcial Curricular de los Cursos de Post-grado de medicina interna dependientes de la Facultad de medicina de la Universidad Central de Venezuela. Comité de Disciplina de medicina Interna Post-grado en Medicina 1996,5 (2-3) 57-58
17. Weinberger SE, Pereira AG, Jost WF, Mechaber AI, Bronze MG and Alliance for Academic Internal Medicine Education, Redesign. Task Force II. Competency Based Education and Training in Internal Medicine, Ann Inter Med. 2010.1253:751-756.
18. Patiño T M J Educación Médica y Globalidad. Med Intern 2008,24(3) ; 143-147.
19. Patiño TMJ Pérez González J F. Educación Medica Uso del Modelo Socio-Cognitivo para el diseño de un curriculum por competencia. Med Intern 2010; 26 (1) : 16-26.
20. Bargiela A,H. Villamil C.H, Medicina Interna Análisis crítico de la especialidad y su enseñanza en el Post.grado. Trabajo especial de investigación para optar al título de especialista en Medicina Interna. Caracas. Octubre 1998.



LA PERSISTENCIA DE LA MEMORIA

Lic. Francis Krivoy
Universidad Central de Venezuela

RESUMEN:

La memoria es una función conformada por diversos subsistemas dependientes de distintas áreas cerebrales. Su función principal es almacenar las experiencias y ser el vehículo para que los aprendizajes sean transmitidos a los otros, permitiendo así el desarrollo del ser humano y la expansión cultural. Por otra parte, es crucial en la formación del autoconcepto, por eso su deterioro, producto de una enfermedad o del envejecimiento, tiene efectos devastadores, afectando no solamente la memoria como función cognitiva sino la individualidad. **RCM 2012; 138(1): 11-14**

Palabras claves: Memoria, memoria declarativa, memoria no declarativa.

ABSTRACT:

The memory is a function integrated by a different kind of systems related to diverse cortical areas. The main function is to store the experiences and be the vehicle in order the learning be able to be transmitted to others allowing the development of human being and the cultural expansion. In the other hand, the memory is crucial to build the self, for that reason the weakening of these capabilities with age or with disease has a profound impact not only on the cognitive functioning but on the sense of self and individuality. **RCM 2012; 138(1): 11 - 14**

Key words: Memory, declarative memory, non-declarative memory.

INTRODUCCION:

El desarrollo de las ciencias de la mente ha impulsado la comprensión de las funciones mentales y ha tenido consecuencias particularmente fructíferas en el estudio de la memoria. La memoria y el aprendizaje son centrales en nuestro sentido de la individualidad, puesto que constituyen los trasmisores de la cultura de una generación a otra y son el mayor vehículo para la adaptación conductual y el progreso social ⁽¹⁾.

Un antecedente importante en la comprensión de la memoria fue el caso estudiado por Brenda Milner identificado como HM. Sus observaciones determinaron un cambio decisivo en la concepción de esta función. Antes de ello no se consideraba la memoria como una función mental independiente de la percepción, atención o lenguaje e incluso se dudó si la memoria tenía una región cortical específica.

El paciente HM sufrió de un traumatismo de cráneo al caer de una bicicleta durante su infancia, desarrollando secundariamente una epilepsia intratable y progresiva, por lo que es sometido a una cirugía como alternativa de tratamiento, a los 27 años. El cirujano Scoville le remueve la porción media de ambos lóbulos temporales. Posterior a la intervención, el paciente muestra una mejoría significativa en cuanto a la frecuencia de las convulsiones e incluso evidencia un incremento en su coeficiente intelectual, pero queda con un importante trastorno de la memoria. HM era incapaz de almacenar nueva información, la memoria inmediata y remota estaban conservadas, siendo el defecto fundamental la incapacidad para almacenar información recién adquirida y poderla consolidar en la memoria a largo plazo. Sin embargo,

podía aprender habilidades motoras, pero no recordaba que había realizado antes la tarea.

A partir del estudio de este caso se derivan varias conclusiones:

1. Se evidencia que no existe un sistema único de memoria, sino diferentes tipos de memoria. Lo que desde el punto de vista neuropsicológico permite la explicación de cómo un sujeto amnésico presenta patrones de desempeños normales en algunas tareas.
2. La memoria de nuevos aspectos es una función diferente del resto de las memorias y se ubica en el lóbulo temporal.
3. El lóbulo temporal no es necesario para la memoria inmediata, ni es el lugar de almacenamiento de la memoria a largo plazo.
4. La memoria motora tiene un status diferente al resto de las memorias.

Uno de los principales autores que hace aportes en la comprensión del funcionamiento de la memoria es Eric Kandel, quien realiza estudios sobre la sinapsis en un caracol marino llamado *Aplysia*, lo que le hace merecedor del Premio Nobel en el año 2000. A partir de estos estudios, la memoria puede ser dividida en explícita o declarativa e implícita o procesal y corresponden a 2 formas de influencia de una experiencia pasada sobre el presente, según la experiencia del sujeto en el momento de la recuperación ⁽²⁾.

LA MEMORIA DECLARATIVA:

Alude al uso de la memoria en situaciones que requieren recuerdo de información en forma deliberada y corresponde al recuerdo conciente. Es la forma de memoria que comúnmente es conceptualizada. Involucra la sensación consciente de algo que debe ser recordado en el momento de la recuperación y



permite el conocimiento de lo autobiográfico o factual que es compartido con otros.

Implica intención de recuerdo, esfuerzo atencional, es modificable y aparece a través representaciones lingüísticas o imágenes en la memoria de trabajo. El recuerdo explícito se sustenta en 2 sistemas de memoria: episódica y semántica, basadas en redes neuronales que involucran diferentes zonas corticales y el hipocampo.

- Memoria Episódica: Se refiere a sucesos, tiempo, espacio y eventos autobiográficos. Es el sistema que evoluciona más tardíamente y el que más se afecta por envejecimiento. Involucra áreas corticales, el lóbulo temporal medial y el lóbulo frontal.
- Memoria Semántica: Almacena y recupera conocimiento factual, sin referencia a espacio o tiempo. Almacena conocimiento sobre el mundo, lo social, el lenguaje. Ontogenéticamente es más antigua y permite adaptación al medio. Se acumula en la corteza como consecuencia de la experiencia y se soporta en el funcionamiento del lóbulo temporal.

La memoria declarativa tiene varias fases:

Codificación: Implica convertir información en un código. Proceso que prepara para el almacenamiento.

Almacenamiento: Es un engrama que incluye la suma de los cambios que se producen al codificar y almacenar la información. Implica diferentes zonas del cerebro relacionadas con la percepción y procesamiento de información.

Evocación: Implica juntar diferentes tipos de información que están distribuidas en diferentes áreas corticales y unificarlas en un todo coherente. Es un proceso subjetivo y reconstructivo, no una repetición del pasado.

Olvido: El paso del tiempo lleva al olvido, debilita la memoria, se pierden detalles por modificación en la sinapsis.

De esta manera se puede afirmar que la memoria declarativa es imperfecta y vulnerable a la distorsión.

LA MEMORIA NO DECLARATIVA:

Se refiere a situaciones en que eventos y experiencias pasadas influyen en el comportamiento, sin que haya intención específica de recuerdo y es expresada en la ejecución por un cambio de conducta como evocación. Es inaccesible a la conciencia, pero tiene efectos sobre ella. Se evidencia en el acto en ausencia de recuerdo consciente y se expresa a través de la activación de sistemas motores y sensitivos asociados a las tareas de aprendizaje.

La mayor parte del procesamiento mnésico en la vida cotidiana y el funcionamiento social es implícito (por ejemplo: orientación, hábitos, conducta social). Nuestra propia identidad está basada en representaciones accesibles al sistema declarativo, pero también en información somatosensorial ⁽²⁾ o emocional ⁽³⁾, lo cual no pueden ser accesible a los sistemas declarativos.

Este tipo de memoria es inflexible, implica recuerdo sin intención y no requiere de atención, es automática. Se dispara con claves asociativas y sus patrones son relativamente fijos. Incluye aspectos motores, somatosensoriales y activación autonómica.

La memoria implícita está sustentada sobre varios sistemas:

- **Habitación:** Aprendizaje donde se reconoce e ignora estímulos que son habituales. Implica disminución de la fuerza de la sinapsis.
- **Sensibilización:** Aprendizaje no asociativo que resulta del aumento de la fuerza de la sinapsis. Se aumenta la respuesta como reflejo de preparación de huida o escape.
- **Condicionamiento clásico y operante.**
- **Imprimación:** Mejoría en la habilidad para detectar e identificar palabras u objetos luego de una experiencia reciente con ellos. Mejora la velocidad y eficiencia con la que el organismo interactúa con un ambiente familiar. Se requiere menor actividad neuronal la segunda vez que se está expuesto a un estímulo.
- **Aprendizaje perceptual:** Se refiere a la mejoría en la habilidad para discriminar atributos perceptuales simples, como resultado de la discriminación repetida.
- **Aprendizaje de habilidades motoras:** La mejoría en una habilidad motora es implícita y se sustenta en diferentes estructuras: médula, pedúnculos, cerebelo, tálamo, núcleos de la base, corteza).
- **Memoria emocional.**

Estos aprendizajes son desarrollos producto de la evolución y tienen un carácter de supervivencia.

FASES DE LA MEMORIA EN FUNCION AL TIEMPO:

Ambos tipos de memoria, declarativa y no declarativa, tienen 2 fases en relación al tiempo y se diferencian en sus mecanismos moleculares a nivel de la sinapsis.

Memoria a Corto Plazo: Estímulos leves producen memoria a corto plazo. Es una memoria temporal, se olvida o se consolida. El primer almacenaje es en la corteza prefrontal, luego se transforma en memoria a largo plazo en el hipocampo.

La memoria a corto plazo se divide en:

- **Memoria inmediata:** Se refiere a un tipo de memoria que tiene una capacidad limitada (7 ítem aproximadamente), de corta duración (30 segundos) y puede pasar a durar varios minutos si se utiliza la información activamente.
- **Memoria de trabajo:** La memoria de trabajo permite la manipulación de la información, sacar la información almacenada y trasladarla a una actividad motora controlada. Esta memoria usa diversos sistemas de información internos y externos para elegir el comportamiento más adecuado; es un intermediario entre la memoria y la acción. Así un objeto o hecho se representa inicialmente en la memoria inmediata, su representación puede ser sostenida en la memoria de



trabajo y posteriormente puede persistir en la memoria a largo plazo.

La memoria a corto plazo es transitoria, no requiere cambios anatómicos (sólo pequeños cambios subcelulares como movimientos de las vesículas sinápticas), y no requiere síntesis de nuevas proteínas.

Memoria a Largo Plazo: El estímulo percibido se procesa en diferentes áreas de asociación (lugar, color, posición en el espacio, relación con otros objetos) que se activan simultáneamente. Esa misma información puede pasar a la memoria a largo plazo, para lo que es crucial el lóbulo temporal medial, que no es el depósito definitivo, sino donde se da la transformación. El almacenaje se realiza en las mismas estructuras empleadas en la percepción, procesamiento y análisis de lo que es recordado. Así, diferentes zonas están involucradas para diferentes tipos de memoria.

La memoria a largo plazo es estable porque implica cambios anatómicos (nuevas conexiones), requiere de síntesis de nuevas proteínas dentro de una ventana de tiempo, cambios que son claves en la fase estable de la memoria declarativa.

Así, estímulos repetidos o prolongados producen alteraciones estables en la neurona. Toma tiempo hacer una información permanente y hasta que se complete el proceso la información es vulnerable. Antes que la memoria explícita autobiográfica comience a estar disponible luego de los tres primeros años de vida (tiempo durante el cual el hipocampo y el cortex orbitofrontal han madurado), la memoria implícita ya tiene lugar y permanece activa durante toda la vida.

El sistema de memoria explícita requiere de la atención focal y de la activación del hipocampo, para la codificación y la recuperación. Aquellos estímulos que son atendidos focalmente son ubicados en la memoria de trabajo, son procesados y luego van a la memoria de largo plazo. Después de un período de semanas a meses, se piensa que estos ítems van a un proceso de consolidación cortical que los coloca en la memoria permanente, donde su recuperación no requiere la función del hipocampo.

El almacenaje de nueva información como memoria a corto plazo involucra cambios en la fuerza de las sinapsis existentes. La memoria a largo plazo se almacena en el mismo sitio pero requiere de la expresión de nuevas proteínas y el crecimiento de una nueva conexión e implica varios pasos que dependen del lóbulo temporal medial. Algunos procesos se dan durante las primeras horas, pero la estabilización se extiende e implica continuos cambios en la organización de la memoria a largo plazo. El hipocampo es importante en la primera fase; en el período de reorganización la función del hipocampo disminuye y la memoria permanente se establece en la corteza, por lo que es un proceso lento y en la interfase la información es vulnerable e inestable.

LA MEMORIA EMOCIONAL:

La emoción puede considerarse como un sistema de valores

del cerebro. Esta modula el recuerdo y refleja la interacción entre centros cerebrales superiores y regiones subcorticales como el hipotálamo y la amígdala. Kandel ⁽⁴⁾ señala que la emoción es el producto de la evaluación inconsciente del potencial dañino o beneficioso de una situación y desencadena diferentes tendencias a la acción. Se diferencian de los estados de ánimo porque estos tienen mayor duración y no tienen un objeto específico.

El modelo de Le Doux ⁽³⁾ explica que el procesamiento emocional seguiría dos vías, una declarativa, explícita y otra implícita, poniendo más énfasis en ésta última.

En la vía implícita o mecanismo amigdalino la información va directamente desde el tálamo a la amígdala, en el sistema límbico, sin pasar por la corteza cerebral; desde la amígdala se dispara la cascada de reacciones corporales regidas por el sistema nervioso autónomo (pulso, patrones de irrigación sanguínea, sudoración, activación de hormonas de estrés y de circuitos de neurotransmisores).

La vía explícita o mecanismo hipocámpico sigue el camino cortical; la información va desde los centros de relevo a la corteza occipital y parietal (información viso-espacial), a zonas temporales (información verbal) y parietales (información somática), teniendo al hipocampo, en el sistema límbico, como integrador del recuerdo. Al mecanismo amigdalino implícito reingresa la información ya procesada por la corteza. Esta conexión permite el razonamiento en lo personal y social, realizando una marcación somática anticipatoria de las posibles consecuencias, en términos de relevancia emocional, de diferentes cursos de acción potenciales, y emitiendo en determinadas circunstancias una señal de alarma a los centros de decisión ⁽²⁾.

La conciencia realiza una construcción posterior, intenta explicarse los sucesos basándose en el producto del procesamiento y reglas o teorías acerca de por qué suceden las cosas. La evidencia empírica muestra que el sujeto racionaliza su conducta atribuyendo causas a la misma, las cuales pueden o no coincidir con las influencias implícitas.

Una descripción de la forma en que se generan las emociones parece ser, en primer lugar, una evaluación inconsciente e implícita de un estímulo seguida de tendencias de acción, posteriormente de respuestas periféricas y finalmente la experiencia. La evaluación inconsciente de la importancia emocional de un estímulo comienza antes del procesamiento consciente del mismo. Además, los sistemas de almacenamiento de recuerdos inconscientes (respuesta somática) son diferentes de los responsables del recuerdo del sentimiento consciente.

La lesión del núcleo amigdalino, elimina la capacidad que tiene un estímulo cargado emocionalmente para desencadenar una respuesta emocional inconsciente. Por el contrario, la lesión del hipocampo, el núcleo del sistema medial del lóbulo temporal que se ocupa de la memoria consciente, interfiere el recuerdo de las características cognitivas del temor, dónde



estaba el estímulo, qué provocó miedo y en qué contexto sucedió.

El conocimiento consciente no es necesario para crear el miedo condicionado, esto es, la emoción puede desencadenarse por situaciones de las que la persona no tiene conciencia. Se sabe que la corteza no es necesaria para crear un miedo condicionado, pero que juega un papel regulador en el proceso, puede o no inhibir la respuesta subcortical y mejorar la discriminación sensorial.

Como ejemplo, supongamos que una persona choca con el carro, y como consecuencia queda con un cuadro de estrés post traumático. El recuerdo de esa experiencia traumática tendrá una doble inscripción, una reacción corporal asociada implícita y directamente a ciertas claves del ambiente, como un rasgo visual o auditivo (por ejemplo: la visión de un volante demasiado cerca o un sonido de bocina.). Si la persona vuelve a ver u oír esa clave de recuerdo, se desencadena la reacción de ansiedad, sin necesidad de reconocimiento consciente de la asociación. Un estímulo del medio desencadena automáticamente la reacción de ansiedad, la amígdala guarda la asociación entre una clave del ambiente (o de la misma persona) y la respuesta neurofisiológica de ansiedad.

Por otro lado, la persona tendrá un recuerdo declarativo de la situación del accidente: dónde, cómo y cuándo sucedió el evento. Por esta vía, el suceso se vuelve una narración del hecho, que puede incluir imágenes o descripciones de sensaciones, que eventualmente pueden traerse a la conciencia. La persona, recurriendo a esta vía explícita, puede recordar y contar una situación altamente emocional; lo puede relatar sin experimentar la emoción propiamente dicha, y para que se desencadene la experiencia emocional completa tiene que conectarse con el mecanismo implícito o amigdalino. Asimismo, en su versión declarativa del acontecimiento, puede realizar inferencias causales erróneas, atribuyendo su respuesta emocional a aspectos secundarios o no relacionados. Dado que la producción de la respuesta corporal no pasa por la vía declarativa, las atribuciones causales del sujeto, además de falsas, pueden constituir en sí mismas origen de malestar o patología.

Los síntomas del trastorno de estrés post-traumático como la hipervigilancia, las pesadillas, y la sobreacción a estímulos benignos, son signos de una reacción de sobreexcitación de la amígdala, lo que incita a que los recuerdos del trauma continúen haciendo intrusión en la conciencia. Estas memorias traumáticas codificadas en la amígdala actúan como disparadores que hacen activar la alarma fisiológica en presencia del menor indicio de que el trauma original pudiera estar ocurriendo de nuevo. Este fenómeno de disparo automático podría ser la marca del trauma emocional.

Las situaciones traumáticas inducen cambios en la neuromodulación y reactividad fisiológica, los traumas tempranos afectan el cerebro medio, sistema límbico y tallo cerebral a través de una alteración de las señales de alarma, de igual forma el desarrollo cortical podría estar retardado

por experiencias de abandono y privación tempranas limitando la modulación de los sistemas de respuestas ante el miedo y el peligro.

REFERENCIAS:

1. Squire, L y Kandel, E. Memory. From mind to molecules. Nueva York: Scientific American Library; 2003.
2. Damasio, A. The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex: review. Lond B Biol Sci; 1996; 351: 1413-1420.
3. LeDoux, J. The emotional brain. Nueva York: Simon & Schster; 1996.
4. Kandel, E.. Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of mind. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005.



ARTROPLASTIA DE RODILLA UNICOMPARTIMENTAL CON PRÓTESIS OXFORD. EXPERIENCIA A 10 AÑOS

Dr. Rubén Jaén Urrutia; Dr. Carlos E. Márquez González; Dr. Ramón Vallenilla Fernández;
Dr. David Maldonado; Dra. Andreína Vegas Carbonell; Dr. Leonardo Pinto.

ICARA (Instituto de Cirugía Artroscópica y Reemplazos Articulares). Centro Médico de Caracas.
Centro Traumatológico Santa Fe. Caracas, Venezuela.

RESUMEN:

El reemplazo del compartimiento interno con la prótesis unicompartmental Oxford (Biomet), es una técnica que logra la restauración de la cinemática original de la rodilla a través de la realineación del miembro afectado y la estabilidad de las partes blandas (no óseas) de la rodilla enferma, respetando su indemnidad, así como la de los otros compartimientos; su componente meniscal móvil minimiza el desgaste del polietileno logrando resultados de más de 90% de sobrevivida a 10 años. Método: 63 rodillas en 59 pacientes con osteoartrosis del compartimiento interno se sometieron a reemplazo; la evaluación inicial incluyó estudios radiológicos y puntaje pre y posoperatorio según escala de la Sociedad Americana de Rodilla. Resultados: Se evidenció mejoría funcional notoria en los pacientes operados según la escala de la Sociedad Americana de Rodilla. Se logró reestablecer en todos los casos la alineación mecánica del miembro. Se obtuvieron 2 complicaciones: hundimiento del componente tibial y luxación del componente meniscal, ambas ameritaron cirugía de revisión para conversión a prótesis total. Conclusiones: El reemplazo unicompartmental interno de Oxford logra la restauración cinemática del miembro respetando las partes blandas y es una excelente opción en pacientes bien escogidos. **RCM 2012; 138(1): 15 - 18**

Palabras claves: artroplastia, Oxford, rodilla.

ABSTRACT:

Introduction: Medial unicompartmental knee arthroplasty with the Oxford knee (Biomet) is a surgical procedure which accomplishes realignment of the affected limb and soft tissue balancing while leaving intact the lateral and femoro-patellar compartments of the affected knee, hence restoring pre-pathological knee kinematics; the mobile bearing design minimizes polyethylene wear with reported 10-year survival rates at over 90%.

Materials and Methods: 63 knees in 59 patients with anteromedial osteoarthritis were operated with the Oxford knee; preoperative evaluation included imaging, and Knee Society Scores (KSS) to be compared with postoperative scores.

Results: Functional restoration (according to the KSS) and limb alignment was noted in all patients; however, two complications could be identified during the period of this study; both underwent revision total knee arthroplasty.

Discussion: Medial unicompartmental replacement with the Oxford knee restores original kinematics in the affected knee while respecting unaffected compartments and all ligaments, which makes it an excellent option for patients with anteromedial osteoarthritis. **RCM 2012; 138(1): 15 - 18**

Key words: Anteromedial osteoarthritis, Oxford knee, unicompartmental knee arthroplasty.

INTRODUCCION:

La rodilla humana consta de dos compartimientos femoro-tibiales (interno y externo) y uno femoro-patelar (establecido entre la tróclea femoral y la rótula). En personas con rodillas de alineación tipo Genu varus y con estructuras ligamentarias (LCA, LCP, LCI) sanas, el compartimiento interno puede sufrir un proceso degenerativo selectivo descrito por primera vez en el año 1991 por White, Ludkowski y Goodfellow con el término:

anteromedial osteoarthritis (osteoartrosis antero-interna). Debido al creciente interés en cirugías de menor invasión, la sustitución unicompartmental de rodilla ha ganado enorme auge dentro de los procedimientos de reemplazos articulares ⁽¹⁾. Quienes proponen este tipo de cirugía, citan ventajas en cuanto a tiempo de recuperación y menor morbilidad del paciente ⁽²⁾. La ejecución quirúrgica impecable junto a una adecuada selección de pacientes de acuerdo a los criterios de

inclusión lleva a excelentes resultados de hasta 95% de éxito a 5 años y 87% a 10 años ⁽³⁾.

MATERIALES Y MÉTODOS:

En nuestra primera década de uso de este tipo de prótesis (Enero 2003 - Noviembre 2012), se han recolectado datos de los pacientes sometidos a sustitución del compartimiento interno de la rodilla con la prótesis Oxford fase 3 de Biomet ⁽⁴⁾. El total de pacientes es de 59 con un total de 63 rodillas intervenidas. En 3 casos se han realizado implantes simultáneos de ambas rodillas; 44 mujeres y 15 hombres. La edad promedio para el momento de la cirugía fue de 67 años; con un rango de 52-84 años. Los controles radiológicos se realizaron en el posoperatorio inmediato, al mes 6 y al primer año; luego, controles anuales con proyección AP con apoyo y lateral en flexión de 30°.

Se emplearon los criterios de selección de Carr y colaboradores ⁽⁵⁾; deformidad en varo corregible y no mayor a 20° (Figura 1), contractura en flexión no mayor a 15°, ligamento cruzado anterior intacto, ausencia de compromiso de compartimiento externo (clínico y radiológico) junto a hallazgos patelo-femorales leves o moderados. Adicionalmente, se hace necesario que los pacientes puedan flexionar activamente al menos a 110° (120° bajo anestesia) para poder realizar pasos claves durante la implantación del componente femoral de la prótesis.

Se realizó la evaluación según el puntaje de la escala de la Sociedad Americana de Rodilla previo a la intervención, a los 6 y 12 meses pos-operatorios en quienes aplicó ⁽⁶⁾.

A todos los pacientes se realizaron radiografías comparativas de rodilla: AP con apoyo, lateral en flexión de 30° y axiales de rótulas en 20° de flexión (Laurin), así como resonancia magnética de la rodilla afectada. A pesar del apego a estos criterios, la decisión de implantación final se realiza en

quirófano según los hallazgos operatorios ⁽⁷⁾. A esta fecha en un sólo caso fue necesario abortar intraoperatoriamente el procedimiento planificado y realizar un reemplazo total (tricompartmental). Se usaron antibióticos durante la inducción anestésica y torniquete en todos los casos; plasma rico en factores de crecimiento se usó desde el año 2006. El posicionamiento del paciente en decúbito supino con flexión de cadera ipsilateral de 30°, abducción de 20-30° junto al uso de un posicionador que permita flexión de hasta al menos 120° (Figura 2) es primordial ⁽⁸⁾.

El abordaje utilizado fue para-patelar interno (Figura 3) y en 10 casos se realizó artroscopia de rodilla previa por daños del menisco externo.

La corrección y el balanceo de las partes blandas se logró con cortes adecuados de hueso y se escogió un tamaño que no rebasara la tensión fisiológica de los tejidos, no hubo intención de lograr algún grado específico de corrección de alineación pues el diseño de la prótesis realiza tal corrección (Figura 4 y 5).

RESULTADOS

Para un promedio de seguimiento de 5,1 años, el porcentaje de éxito fue de 92,1 %. Se reportaron 2 complicaciones que ameritaron cirugía de revisión y reemplazo total de la rodilla (tricompartmental): en paciente femenina de 63 años se evidenció hundimiento severo del componente tibial. En otro paciente masculino de 67 años al mes 27 de seguimiento se evidenció luxación del componente meniscal. En otra paciente de 56 años fue necesaria realizar movilización bajo anestesia al mes de operada por artrofibrosis, con evolución satisfactoria hasta la fecha (no ha ameritado cirugía de revisión)

Se debe destacar que en consulta se observó otro caso de hundimiento del platillo tibial interno, como en el primer

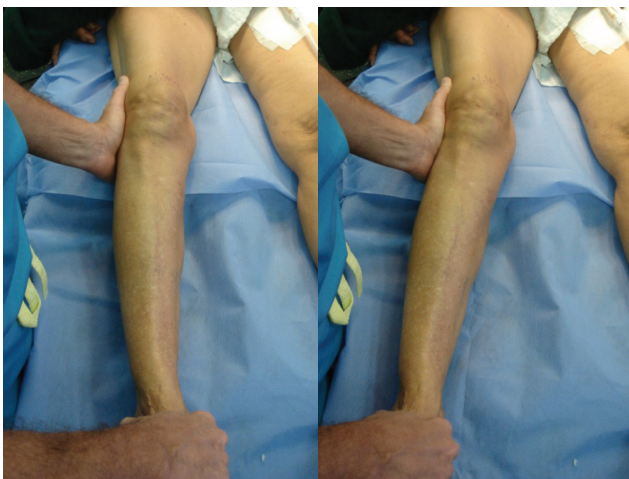


Figura 1. Deformidad en varo corregible.



Figura 2. Posicionamiento.



Figura 3. Abordaje parapatelar interno.



Figura 4. Vista anteroposterior, 3 años de seguimiento.



Figura 5. Vista lateral, 3 años de seguimiento.

caso, en una paciente femenina de 87 años a quien se realizó reemplazo unicompartmental en el año 2001 en otro centro, ameritando revisión con prótesis total por nuestro grupo. De igual modo, durante un procedimiento de reemplazo unicompartmental se decidió reemplazo total con reparación del ligamento colateral interno por daños al mismo durante la etapa de corte tibial.

No se han realizado cirugías de revisión por compromiso del compartimiento externo o por aflojamiento (séptico o aséptico). 38 casos pasaron de un puntaje según la escala de la Sociedad Americana de Rodilla de 43 y 56 previo a la intervención, a 75 y 90 a los 12 meses posoperatorios. El grosor del componente móvil de polietileno más comunmente usado fue de 4mm.

DISCUSIÓN

El reemplazo del compartimiento interno de la rodilla con la prótesis Oxford de Biomet restaura el balance de la partes blandas junto a una alineación mecánica adecuada del miembro, con mejoría funcional notoria y ausencia de dolor a los seis meses de la cirugía. El hecho de no obtener aflojamiento por osteolisis inducida por el desgaste del polietileno demuestra los beneficios del diseño meniscal móvil de esta prótesis. La literatura reporta que la principal causa de falla es el compromiso del compartimiento externo pero no se evidenció así en nuestro estudio; el compartimiento patelo-femoral nunca fue motivo de revisión como lo demuestran diversas publicaciones ⁽⁹⁾.

La luxación del componente meniscal es una complicación muy rara en la literatura revisada, aun así, se obtuvo un caso ⁽¹⁰⁾. Nuestra tasa de éxito nos obliga a seguir pensando en este tipo de reemplazo para pacientes con osteoartrosis antero-interna y criterios de selección cumplidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Squire MW, Callaghan JJ, Goetz DD, Sullivan PM, Johnston RC. Unicompartmental knee replacement. A minimum 15 year followup study. *Clin Orthop Relat Res.* 1999;367:61-72.
2. Argenson JA, Chevrol-Benkeddache Y, Aubaniac J. Modern unicompartmental knee arthroplasty with cement: a three to ten-year follow-up study. *J Bone Joint Surg Am.* 2002;84:2235-9.
3. Deshmukh RV, Scott RD. Unicompartmental knee arthroplasty: long-term results. *Clin Orthop Relat Res.* 2001;392:272-8.
4. Lewold S, Goodman S, Knutson K, Robertsson O, Lidgren L. Oxford meniscal bearing knee versus the Marmor knee in unicompartmental arthroplasty for arthrosis. A Swedish multicenter survival study. *J Arthroplasty.* 1995;10:722-31.
5. Keyes GW, Carr AJ, Miller RK, Goodfellow JW. The radiographic classification of medial gonarthrosis. Correlation with operation methods in 200 knees. *Acta Orthop Scand.* 1992 Oct;63(5):497-501.



6. Kozinn SC, Scott R: Unicdylar knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am* 1989; 71: 145-150.
7. Ritter MA, Faris PM, Thong AE, Davis KE, Meding JB, Berend ME: Intra-operative findings in varus osteoarthritis of the knee: An analysis of preoperative alignment in potential candidates for unicompartmental arthroplasty. *J Bone Joint Surg Br* 2004; 86: 43-47.
8. McAuley JP, Engh GA, Ammeen DJ: Revision of failed unicompartmental knee arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 2001; 392: 279-282.
9. Furnes O, Espehaug B, Lie SA, Vollset SE, Engesaeter LB, Havelin LI. Failure mechanisms after unicompartmental and tricompartmental primary knee replacement with cement. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89:519-25.
10. Soohoo NF, Sharifi H: Kominski G, Lieberman JR: Cost-effectiveness analysis of unicompartmental knee arthroplasty as an alternative to total knee arthroplasty for unicompartmental osteoarthritis. *J Bone Joint Surg Am* 2006; 88: 1975-1982.



FORMACIÓN DEL INVESTIGADOR EN ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA

Elena Del C. Fernandez De Aleman.

Lic. en Enfermería. Especialista en Educación Superior. Estudiante de Doctorado en Ciencias de Educación en la Universidad Latinoamericana y del Caribe. Docente de Enfermería en el Instituto Universitario de Tecnología Administrativa, Colegio Universitario Cruz Roja Venezolana, Gerente de Enfermería del Centro Médico de Caracas. Venezuela. e-mail:elenafernandezdealeman@gmail.com

RESUMEN:

La investigación es un procedimiento reflexivo, sistemático y crítico que permite descubrir nuevos hechos en cualquier campo del conocimiento Bautista, 2.009⁽¹⁾. La Enfermería es una práctica social basada en conocimientos teóricos que le son propios, apoyada en todo su campo en procesos investigativos, sin embargo requiere desarrollar competencias para mejorar la práctica en el cuidado humano e identificar problemas de salud en el individuo, la familia y la sociedad. El propósito de este artículo es analizar la postura de diferentes autores sobre la importancia de la formación de la enfermería en los procesos investigativos vinculados en los cuidados de las personas sanas y enfermas habitantes de América Latina. **RCM 2012; 138(1): 19 - 25**

Palabras claves: Educación en Enfermería. Investigaciones en Enfermería. Competencias en Enfermería.

ABSTRACT:

Research is a thoughtful, systematic and critical procedure that allows you to discover new facts in any field of knowledge (Bautista, 2009)⁽¹⁾. Nursing is a social based practice skills that are themselves, supported in all its field in investigative processes, however it requires to develop skills to improve practice in human care and identify health problems in the individual, the family and society. The purpose of this article is to analyze the position of different authors about the importance of the training of nursing in the investigative processes linked to the care of healthy people and sick people in Latin America. **RCM 2012; 138(1): 19 - 25**

Key words: Education, research and skills in nursing.

INTRODUCCION:

La comprensión científica del universo y la capacidad tecnológica se convierten en factores clave en los cambios que se están dando en la sociedad y en mejorar las condiciones de vida del ser humano. En este aspecto, la investigación es un elemento importante para contribuir a los avances de la ciencia y la tecnología, surge ante un problema y una solución al mismo, es un procedimiento reflexivo, sistemático, y crítico, que permite descubrir nuevos hechos en cualquier campo del conocimiento humano. Bautista, 2.009⁽¹⁾

En enfermería, la responsabilidad de su quehacer obliga a buscar en forma constante los mejores medios, ya sean instrumentos o tecnologías, que incrementen la calidad y efectividad del cuidado profesional que brinda, por ello tiene el desafío de generar sus propios conocimientos a través de la investigación y construir la realidad desde su perspectiva, es decir, la práctica y objeto disciplinar, que es

el cuidado. La enfermería es una práctica social basada en conocimientos teóricos conformados por el saber que utiliza con el propósito de ofrecer un servicio esencial a la gente: cuidar la vida y promover las potencialidades para lograr la salud. En consecuencia, el desempeño profesional depende sustancialmente del adelanto que se produzca en el cuerpo de conocimientos disciplinarios, estos a su vez, dependen del nivel de investigación y teorización que desarrollen los científicos e intelectuales de esta área. Por ello resulta de gran importancia la formación científica de investigadores en el área de enfermería para dar así respuesta las necesidades de salud de los individuos y de las sociedades.

Según Pottery y Perry 1.996⁽²⁾ las filosofías y teorías de enfermería reflejan cambios en la práctica de enfermería y ayudan a la incorporación de cambios mediante la identificación de las competencias de la práctica de enfermería y la orientación de la investigación la práctica y la formación. La investigación constituye un elemento fundamental en la construcción del



saber de enfermería, el avance de la disciplina y la práctica se centra en el desarrollo de un distintivo conocimiento acerca de fenómenos relevantes, refiere Fawcett, citada por Potter y Perry (ob. cit.)⁽²⁾, la investigación debe ser desmitificada e introducida desde la enseñanza de pregrado en los currículos de enfermería no sólo a través de cursos formales de investigación, sino a través de todo el proceso de enseñanza aprendizaje, promoviendo una actitud crítica, inquisitiva y reflexiva. Al referirse a la enseñanza de la investigación Carnaval y Pardo, citados por Potter y Perry (ob. cit.)⁽²⁾ manifiestan que la necesidad de incrementar la investigación de enfermería requiere de un enfoque curricular que permita capacitar al estudiante para realizar investigaciones que aporten nuevos conocimientos para la práctica profesional y que, con base en el análisis crítico, permita introducir cambios tendientes a mejorar la calidad de la atención a la comunidad, familia, individuo en el proceso salud enfermedad.

Por su parte De Silva y Alvarado (1.990)⁽³⁾ afirman que la investigación no puede ser una actividad al margen de las actividades de docencia y asistencia por lo que debe vincularse a la actividad práctica. Esto tiene dos ventajas, por una parte es tal vez la única forma de lograr que la investigación esté relacionada a la problemática en un determinado campo, siendo así relevante y prioritaria; por otro lado, le da la razón de ser a la investigación, ya que si los problemas de estudio nacen de la práctica, proveerán tanto al estudiante como al docente de un conocimiento verdadero y actualizado de la realidad. En virtud de esto es imprescindible que el proceso investigativo se tome como eje integrador para la producción de nuevos conocimientos y modelos que permitan una participación más decidida de la enfermería en la consecución de la salud en los países que conforman la región.

En los últimos años ha emergido una presión para que en enfermería se realicen investigaciones y publicaciones esenciales para desarrollar, evaluar y difundir el conocimiento en esta disciplina. La investigación constituye una parte vital de la práctica clínica y por ende beneficia directamente a los usuarios. A través de la investigación se pueden identificar necesidades de las personas en cualquier etapa de la vida, así como problemas de las comunidades, mejorar las prácticas, documentar costos; sin embargo las evidencias señalan que "Las investigaciones en enfermería siguen siendo escasas, pudiendo ser por una falta de confianza por parte de las enfermeras para publicar también puede ser por falta de docentes en enfermería capacitados en el proceso investigativo" Hicks (1.995)⁽⁴⁾.

De aquí que en el campo de la salud pública, se requieren profesionales que lideren proyectos de desarrollo social y sean además de profesionales, ciudadanos éticos en sus actuaciones. En el contexto de reforma a los sistemas de salud en la región latinoamericana, los profesionales de enfermería deben hacer prospectiva para adelantarse con propuestas alternativas en modelos de gestión de los cuidados, en modelos

de atención de enfermería, de organización administrativa y en el valor social y económico de sus servicios.

Este artículo tiene como objetivo analizar la importancia que le dan distintos autores del contexto latinoamericano a la formación del profesional de la enfermería en procesos investigativos vinculados con la aplicación de cuidados de salud a la población sana o enferma de la región Latino Americana.

LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA

La investigación constituye un elemento fundamental en la construcción del saber en enfermería, tomando en cuenta que las funciones que lleva a cabo son esenciales para proporcionar asistencia adecuada a los pacientes en todo su contexto biológico, psicológico, social espiritual. En referencia Barreira y Puntel M. (1.995)⁽⁵⁾ consideran que la investigación en enfermería en América Latina deberían ser dirigidas tanto al establecimiento de un cuerpo de conocimientos en enfermería como a la práctica del cuidado, teniendo en cuenta sus aspectos técnico-científicos y humanísticos, el significado social de esta práctica, de sus agentes y de su objeto de trabajo, en la estructura de salud y en la estructura de la sociedad para que puedan ejercer una acción transformadora en la práctica. Para el desarrollo de la investigación en enfermería en la región es importante reforzar el intercambio entre los países para la preparación de enfermeros investigadores, para la divulgación de la producción científica de cada país y para la evaluación de la aplicación de los resultados.

Torrens (2.010)⁽⁶⁾ menciona que entre las dificultades que se presentan para investigar en enfermería están las relacionadas con la enfermería propiamente dicha, con la persona, las institucionales y organizacionales, con el soporte metodológico y por la financiación. En enfermería, se centra en el ámbito académico formación escasa y no enfocada al cuidado clínico, con poco contacto con otros grupos. Señala la autora que en la persona, la dificultad está en el poco tiempo que le dedica a la actividad científica y a la lectura, falta de motivación, no creer en la investigación, resistencia al cambio a aplicar nuevos conocimientos y en lo Institucional, aquí la debilidad se presenta en la falta de infraestructuras y en asignar tiempo y recursos, registros deficientes y falta de soporte institucional. Y en el aspecto metodológico, la dificultad se observa en muestras pequeñas, generalizaciones dudosas, estudios descriptivos y con déficit en rigor metodológico que podría compensarse con intervenciones de enfermeras referentes y de soporte en los diferentes enfoques de investigación. En lo financiero, para estas investigaciones son escasas y este apoyo está ligado más a la industria farmacéutica.

Según la Organización Panamericana de la Salud, OPS, (1.997)⁽⁷⁾ la principal barrera para la investigación en enfermería en países de América Latina es la falta de conocimiento y



experiencia en el tema de investigación, como lo señala Campos y Lange (1998), citado por Harrison y Colbs. (2005)⁽⁸⁾ la investigación no es un tema que se enfatice en algunas escuelas de América Latina, muchos países no tiene programas de enfermería a nivel de magíster, ni doctorado, y otros no tienen programas de licenciatura, los recursos humanos preparados son escasos, por lo que no cubren las necesidades que existen para desarrollar nuevos programas y cursos. Asimismo señaló que estudió 48 programas de post grado (entre especialización y de maestría) en enfermería en 7 países de América latina (Chile, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Perú y Venezuela) cuyos resultados muestran que estos estaban orientados hacia la preparación de las enfermeras para la gerencia, más no otorgaban el mismo nivel para el desarrollo científico tal y como lo indica el Nursing Education Advisory Council de la Organización National Leaguer for Nursing en los Estados Unidos (citado por Harrison et al., 2005)⁽⁸⁾ que para lograr excelencia en investigación en enfermería, tanto académicos como estudiantes deben contribuir al desarrollo de la ciencia de enfermería a través de la crítica, utilización, diseminación y conducción de investigaciones. Docentes y alumnos deben discutir sobre investigaciones realizadas y su aplicación en enfermería.

De acuerdo al estudio Panorama de la fuerza de trabajo en enfermera en América Latina realizado con el apoyo de la OPS, citado por Castrillón, (2008)⁽⁹⁾ en la mayoría de los países predomina la categoría auxiliar en la composición de la fuerza de trabajo en enfermería. La relación es de 30% de enfermeras profesionales sobre 70% de auxiliares. En el estudio se presentaron recomendaciones para fortalecer la formación inicial de la enfermería en los países de América Latina y adecuarlas a las realidades presentes y futuras entre las cuales se consideraron la calidad de la educación, regulación, formación de investigadores, fortalecimiento y pertinencia de la investigación, revisión del diseño curricular y las opciones pedagógicas.

Así mismo Ardue (1.990)⁽¹⁰⁾ menciona que en cuanto a los aspectos metodológicos, los inconvenientes mayores se encuentran en la problemática para desarrollar acciones de integración docente – asistencial que favorezcan el aprendizaje en la realidad de los servicios y las comunidades, así como el desarrollo de la capacidad de liderazgo. Por otro lado la utilización de métodos y técnicas educativas convencionales, consagrada más por la tradición que por su efectividad y favorecidos por los propios educadores, forman una escuela de alto costo y poca efectividad en términos de aprendizaje.

Para la formación de investigadores, fortalecimiento y pertinencia de la investigación, la OPS considera necesario incorporar el saber de enfermería en las agendas de ciencia y tecnología de los países, definir prioridades regionales

y nacionales de investigación, estimular el intercambio sistemático de los investigadores con la sociedad para enriquecer las decisiones sobre prioridades y pertinencias de la educación y para orientar la difusión de los resultados, diseñar estrategias dirigidas a suprimir las brechas existentes entre el conocimiento que se genera en la academia y en los institutos de investigación y las capacidades nacionales, institucionales y personales de aplicación de estos, en particular en los servicios de hospitalización y el ámbito de la salud colectiva. Igualmente recomendaron divulgar el conocimiento producido, demostrar los aportes de enfermería a la salud pública y aportar datos sobre la diferencia en calidad y seguridad de los pacientes cuando se ofrecen cuidados profesionales de enfermería, desarrollar competencias en el manejo de datos, en forma tal que la información recogida pueda ser utilizada efectivamente para guiar decisiones.

En atención a esto, la autora del presente artículo considera que, los diseños curriculares de los diferentes niveles de formación deberían de organizarse de manera que se pueda exponer al alumno a situaciones que le motiven a adquirir una actitud de cuestionamiento de la realidad, de rigor científico e interés por la verdad, al incorporar estrategias para el estimular el espíritu científico desde los inicios de la carrera adquieren los conocimientos necesarios para hacer de la investigación un elemento importante en el avance de la disciplina y en la práctica de la enfermería.

En Venezuela, la profesión de enfermería se ha elevado tanto en el ámbito profesional, personal y social. Los estudios han alcanzado el nivel superior, egresando Técnicos Superiores en Enfermería luego de haber cursado tres años de educación universitaria con capacidad de asumir y realizar una práctica segura en la atención al usuario y a nivel de Licenciados en Enfermería, cursando cinco años de la carrera universitaria, ambas opciones con características definidas, donde el egresado tiene dominio del área de conocimiento, actitudes, valores, habilidades y destrezas para realizar una práctica segura en la atención al usuario en todas las necesidades. El perfil de egreso de estos profesionales requiere ciertas características, tales como: creatividad, originalidad en las acciones, iniciativa, responsabilidad, madurez, que deben ser analíticos, sensibles, colaboradores, con espíritu de superación, autogestores, conocer y cumplir con sus obligaciones, ejercer sus derechos y expresar las ideas con claridad y precisión. En ambos casos para culminar dichos estudios se les exige un trabajo de grado en cualquier área del conocimiento de enfermería.

Según Fernández de Alemán, (2004)⁽¹¹⁾ los pensum de estudios de enfermería abarcan tres componentes, formación general, formación profesional básica, y formación profesional específica. Cada componente constituye un conjunto articulado de actividades de aprendizaje a fin de lograr la



formación integral del profesional. En el componente de formación general a nivel de Técnico Superior y Licenciatura se cursa la asignatura metodología de la investigación y como requisito para optar a los títulos se presentan trabajos de grado, que pueden estar relacionado a las funciones que este profesional ha de ejercer, entre ellas: asistencial, administrativa, gremial, docente, técnicas y de investigación, siendo la de más preferencia los estudios relacionados con la función asistencial. Como se señala la investigación dentro de la formación del profesional de enfermería a nivel de pregrado solo se evidencia como requisito para poder obtener el título que los acredita para ejercer, mas hace falta una cultura investigativa a través del desarrollo de competencias que permita formar investigadores en enfermería.

Según Espino (1995)⁽¹²⁾ a fin de que enfermería alcance un desarrollo necesita establecer varios mecanismos que superen las debilidades que padecen entre ellos, definir e implementar una política de investigación en enfermería que no pierda de vista la política nacional de la ciencia, la tecnología y salud para así coadyuvar en la institucionalización y la sistematización del quehacer científico. Las políticas de investigación en el campo de la enfermería deberán orientarse hacia un compromiso más firme con la realidad, pudiendo emplear la docencia en servicio y fundamentarse en las necesidades de la población, partiendo de la identificación de áreas prioritarias.

Para esta autora es necesario orientar nuevas formas de prestación de servicio, de reflexión y de construcción teórica a partir de la práctica cotidiana, con innovaciones en la práctica social y en la formación del nuevo profesional. La formación de investigadores es de vital importancia, ya que la investigación como una de las funciones básicas de las instituciones educativas es el elemento prioritario para que la docencia y el servicio, pueda ejecutarse de una forma activa, sistemática, organizada, y sobre todo fundamentada en la realidad social de la sociedad. En la formación de investigadores en enfermería se considera agregar el valor axiológico a la disciplina como la afectividad, lo colaborativo, sensibilidad, cognición, volitividad, acción social, lo que implica considerar aspectos éticos, curriculares, políticos e ideológicos.

La autora antes mencionada también refiere que es fundamental que las labores de investigación, docencia y difusión como las de apoyo a las mismas, se realicen en un nivel de excelencia, buscando la constante superación en la calidad, en la productividad y el compromiso social. Cada institución educativa en su quehacer de la formación, debe planificar las diferentes actividades y o programas curriculares dentro de la investigación científica articulada a las necesidades de la población. Es importante que en la formación de la enfermera se desarrollen estrategias que le den competencias para investigar, establecida como una necesidad de la sociedad actual, donde se requiere

una enfermería con capacidad crítica, con habilidades que le permitan participar activamente con el individuo en la identificación de problemas sociales, de salud, de educación y a la vez dar respuesta a esas necesidades.

Para que el profesional de enfermería pueda alcanzar ese nivel de investigación requiere el desarrollo de competencias como lo señala Moreno citado por Rivera (2010)⁽¹³⁾ quien plantea que cuando una "habilidad evoluciona hacia lo óptimo, puede decirse que la evidencia de su desarrollo es el logro de niveles de competencia cada vez mayor". La competencia, por tanto se refiere al dominio de una práctica, sustentado por el desarrollo de alguna o algunas habilidades. Así también Pieters, citado por Sanabria (2.004)⁽¹⁴⁾ define las competencias a partir de una visión integral del conocimiento en función de hilar los resultados de los componentes de aprendizajes cognitivos, afectivos y comportamientos en un contexto de utilidad inmediata. Es por ello que en enfermería es importante que el investigador tenga la habilidad para describir, interpretar, encontrar respuestas a preguntas, hallar soluciones a problemas, descubrir e interpretar nuevos hechos, todo un proceso sistemático con la finalidad de aproximarse a la verdad Independientemente de la dinámica, hoy se requiere que enfermería desarrolle la capacidad para unir ideas de sus apreciaciones, agudizar su visión y llevar al nivel de conciencia los hechos que involucran al hombre en todo su contexto de salud y enfermedad.

Por su parte Bolaños. (2.000)⁽¹⁵⁾ señala que la enfermera con nivel de licenciatura puede contribuir a la investigación en el área empleando los resultados de la investigación como guía en la práctica de la enfermería, valorando la pertinencia de averiguar los fenómenos propios de la disciplina, participando en proyectos de investigación siempre que se presente la oportunidad, refinando la habilidad de recolectar, organizar, codificar y analizar información, proponiendo problemas de investigación en enfermería que deban ser resueltos para mejorar la calidad de la práctica.

A su vez Pereda (2.006)⁽¹⁶⁾ considera que hay que especificar el nivel de esta competencia investigativa, según los distintos niveles de formación de profesionales de la enfermería, resulta aclaradora y necesaria para la práctica. El nivel de licenciado en enfermería debiera contar con los conocimientos del proceso de investigación científica, de los principios éticos aplicados a la investigación y de la realización de búsqueda bibliográfica, así también Harrinson (2.005),⁽⁸⁾ señala que de esta manera de poder participar en grupos de investigación como colaborador y a la vez proponer temas de investigación derivados de la práctica diaria, "formular preguntas interesantes y relevantes para la enfermería". Abreu (2.004)⁽¹⁷⁾ plantea que el licenciado o licenciada de la enfermería debiera estar preparado o preparada para llevar a cabo investigaciones de tipo descriptivo en un grupo de investigadores con experiencia, y poseer habilidad en búsqueda de información y lectura crítica, para reconocer la



validez de las investigaciones y aplicar sus resultados (práctica de enfermería basada en la evidencia). Otros autores como Bolaños (2.000) ⁽¹⁵⁾ incorporan además para el nivel de licenciado (a) la capacidad de realizar estudios de casos.

Las enfermeras con estudios de postgrado a nivel de Magíster debieran poseer los conocimientos y habilidades anteriores en mayor profundidad y complejidad, participando activamente en grupos multidisciplinarios de investigación, como lo menciona Vielva (2.006) ⁽¹⁸⁾ integrar la investigación a la docencia y/o clínica para hacer de la “investigación un lugar de encuentro entre profesionales de enfermería asistenciales y docentes”, promoviendo líneas de investigación de acuerdo a las necesidades presentes en la asistencia, aplicar los resultados de la investigación a la práctica, realizar y replicar investigaciones de tipo descriptivo, explicativo y experimentales para optimizar la gestión del cuidado.

La autora del presente artículo considera que el nivel de doctorado en enfermería se debiera crear y liderar líneas de investigación en los escenarios de enfermería en equipos multidisciplinarios; aplicar cualquier modelo o enfoque de investigación (cualitativa, cuantitativa, sociocríticos o con visión transcompleja) en los equipos o núcleos de investigación. Este último abordaje es esencial para comprender los fenómenos de enfermería, lo que le permitirá la creación de conocimiento y por lo tanto el desarrollo de la ciencia de enfermería. El profesional de la enfermería que realiza investigación debe contar en el ámbito laboral con espacios que le permita consultar sobre lo que se investiga, centros de documentación e información, hemerotecas, revistas científicas actualizadas, con medios informáticos, bases de datos y con el tiempo necesario para cumplir con dicha función.

Por otra parte gran parte de las investigaciones publicadas en enfermería son realizadas por enfermeras de habla inglesa, quienes han hecho aportes a la producción científica propia de enfermería. Ante esta perspectiva es necesario profundizar en el campo de la investigación en enfermería en América Latina, que permita la producción de nuevos conocimientos en el campo de salud y así contribuir al mejoramiento de la prestación del servicio a la comunidad, para ello se debe concordar en la necesidad de revisar programas de estudio, la docencia, el tiempo para la investigación tomando en cuenta que es el eje fundamental para el desarrollo de la profesión en lo científico, en lo social y en lo humano.

CUANTIFICANDO LA FORMACIÓN EN INVESTIGACIONES EN ENFERMERÍA

La transformación en la educación de la enfermería requiere de nuevos procesos que permitan enfocar la formación desde una perspectiva más integral a través de la interdisciplinariedad. Esta transformación demanda cambios en los programas de formación y en la orientación hacia la

solución de problemas relevantes a nivel comunitario y en especial énfasis en las actitudes, relaciones interpersonales, procesos comunicativos, trabajo en equipo y para ello se requiere formar a la enfermera en los procesos investigativos. Al respecto Grace (2.000) ⁽¹⁹⁾ señala que:

“El futuro del cuidado de la salud para la gente de América Latina y del Caribe depende del rol fundamental que juegue la enfermería y las enfermeras. Sin enfermeras y sin importar cuantos médicos existan, es imposible lograr un cuidado de salud adecuado en cantidad y calidad. Sin enfermeras los sistemas se tornan desorganizados, espasmódicos e inaccesibles para la mayoría de la gente. Las enfermeras son la goma que mantienen las piezas del sistema pegadas y bien colocadas de manera que la prestación de los servicios realmente sirva a la gente.”

La autora hace referencia que la gestión da cuenta del impacto y resultados del cuidado y monitorea la percepción del cuidado como elemento fundamental de la calidad del servicio. Por ello el desarrollo de sistemas de información en enfermería facilita la evaluación de los procesos de cuidado. El estudio realizado por la OPS/OMS (2.004) ⁽²⁰⁾ indica que entre Argentina, Colombia, Guatemala, México, Nicaragua, Honduras y Venezuela profesionalizaron más de 20.000 auxiliares de enfermería, llevándolos a enfermeros y en Brasil formó 115.000 auxiliares que anteriormente eran asistentes y trabajaban sin educación formal, permitiendo formar a estos profesionales con bases científicas que permitan ejercer una práctica más segura ante las necesidades de salud existentes en la población.

Castrillón (2003) ⁽⁹⁾ refiere que en América Latina la formación universitaria comenzó a vincularse a las universidades en la década de los años treinta del siglo XX. Las licenciaturas se desarrollaron alrededor de los años 60, y los programas de post grado comenzaron con especialidades y maestrías en los años 80. Brasil cuenta con 20 años de experiencia en formación doctoral en enfermería, Argentina, Colombia, Chile, México y Venezuela inician los doctorados a finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI. Los programas de Post grado buscan la formación avanzada para el desarrollo de la profesión, la disciplina y la formación de investigadores.

La organización de la investigación en enfermería en grupos, líneas y centros de investigación en la región es reciente con excepción de Brasil y algunas facultades de Venezuela y Colombia con mayor trayectoria. Las líneas de investigación, publicaciones y nexos o redes existentes constituyen información de países como Brasil, Colombia y Chile, pudiéndose consultar en la web. En Colombia según los datos de la comisión de Ciencia y Tecnología, (2007) ⁽²¹⁾ habían 4.398 doctores en general, pero menos de 30 en



las facultades de enfermería, de acuerdo con la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, en los últimos cuatro años escasamente se han logrado graduar 50 doctores en enfermería por año en los programas propios, en contraste con un país como Brasil donde cada año se gradúan 6.500 doctores y en enfermería se gradúan 3 doctores. De aquí la necesidad de que en todos los países de la región se revisen los programas educativos de enfermería, hay una prioridad de fortalecer la investigación, de motivar e incentivar a los estudiantes en el proceso investigativo, con la finalidad de fortalecer la enfermería en todos los campos de investigación científica.

Roldan (2.009)⁽²²⁾ refiere que en Venezuela la Constitución de la República Bolivariana (1.999) en su artículo 83, referido a la salud, señala que la vida es considerada un valor importante como derecho del ser humano, también señala que la salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida (...) todas las personas tienen derecho a la protección de la salud y participar en su promoción y defensa (...); además el Artículo 85 hace referencia a que en coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. Igualmente en el artículo 110, El estado reconocerá el interés público de la ciencia, la tecnología, el conocimiento, la innovación y sus aplicaciones (...) el estado garantizará el cumplimiento de los principios éticos y legales que deben regir las actividades de investigación científica, humanística y tecnológica (...). Es de hacer notar que las actividades de las escuelas de formación de profesionales de la enfermería, más allá de la formación profesional, deben ser espacios de producción intelectual, que permitan al estudiante desarrollar las competencias investigativas para ejercer en todos los campos del saber científico y humanístico, social, basadas en la producción de nuevos conocimientos como apoyo a docencia, investigación y a la formación de profesionales de la enfermería de alta competencia con sentido social.

A manera de conclusiones cabe destacar que la enfermería es una ciencia de la salud humana, que requiere de nuevos procesos de formación enfocados desde una perspectiva más integral a través de la interdisciplinariedad, considerando en lo educativo el desarrollo de la investigación que le permita al profesional aplicar estos conceptos en la búsqueda e identificación de problemas y/o necesidades que deben ser atendidas al individuo, familia y comunidad, adaptándose también a los cambios en los sistemas de salud en las regiones.

En enfermería las competencias en investigación se aplican en la práctica laboral, sumadas a los saberes utilizados en la formación profesional, el querer hacer y el poder hacer, donde la motivación, la orientación, seguimiento de expertos, el apoyo financiero e institucional son importantes para realizar la investigación. Estas competencias son importantes

para atender a las demandas actuales de salud, a los nuevos modelos de cuidado, que van enlazados a las necesidades humanas, con los avances científicos y tecnológicos, que se proyectan a las prácticas basadas en las evidencias, en teorías emergentes entre otras, considerándose siempre los principios éticos, filosóficos y el respeto a las individualidades. Las competencias investigativas deben correlacionarse con el grado de formación en enfermería, pues contribuyen con la adquisición de diferentes niveles de responsabilidad y los postgrados son la vía principal para estimular y motivar al estudiante, y a través de ellos a la comunidad de enfermería. A medida que se apliquen más intervenciones basadas en la investigación, habrá mayor necesidad de crear conocimiento, dándole valor a enfermería como disciplina humanística y revelando las competencias que la profesión posee. Es importante reflexionar sobre el futuro de la enfermería, es necesario fortalecerla en los procesos investigativos tomando en cuenta que es la base para la construcción del conocimiento, la actividad investigativa es una actividad de hallazgos, de producción, aplicación y transformación de conocimientos; en cada una de los países de América Latina hay una exigencia de consolidar la enfermería en todos los campos de acción dentro de la sociedad, promoviéndole un futuro que le permita la independencia, la toma de decisiones, participar activamente, con más conocimiento en los problemas de salud, en las necesidades de cuidado de los pueblos, más seguridad en la aplicación de la práctica, más humanitaria, con sensibilidad social, asumiendo que la enfermería, se ha convertido en una parte medular en proporcionar el cuidado dentro del sistema de salud.

REFERENCIAS

1. Bautista María E. Manual de Metodología de la Investigación. Caracas. Venezuela. 13. 2009
2. Potter y Perry. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica. Tercera Edición. Mosby, Dayma. Libros. Madrid. España. 25-29. 1.996
3. De Silva H, A. Alvarado E. la investigación como instrumento de cambio de los servicios de salud y de la formación del recurso humano en enfermería. Uduel, Aladefe. Memorias II. Conferencia latinoamericana de escuelas y facultades en enfermería. Quito Ecuador. 1990
4. Hicks. The Shortfall in Published research: A study of nurse research and Publication activities. Journals of advanced nurses .SCIELO. Chile 1.995
5. Barreira y Puntel M. La Investigación en Enfermería como instrumento de cambio en la práctica y en la formación de recursos humanos. Educ. Méd. Salud, Vol. 19, No. 3 (1985). 1.995
6. Torrens. Atención al Paciente Oncológico. Desde la perspectiva de Enfermería. Fundación dr. Antonio Esteve. 2010



7. OPS. Cooperación de la OPS en el proceso de reforma del sector de la salud. Washington, D.C:OPS,1.997
8. Harrison L. Ray A, Cianelli R, Rivera M, Urrutia M. Competencias en investigación para Diferentes Niveles de Formación de Enfermeras. Una Perspectiva Latinoamericana. Ciencia y Enfermería volumen XI. Nº1 Concepción. Junio. Revista Scielo. 2.005
9. Castrillón, M. C .El apoyo de la O. P.S para el avance de la Investigación en Enfermería en América Latina. En CICAD. Los nuevos programas de doctorado en enfermería y su contribución en la reducción de las demandas de las drogas en América Latina. Retos y perspectivas. UNAN/OEA/CICAD. Monterrey. 2.003
10. Ardue Irene. La Universidad y la Educación de Enfermería en América Latina: Situación actual, perspectiva y estrategias para su desarrollo para el siglo XXI. Uduel, Aladefe, Memorias II, Conferencia latinoamericana de escuelas y facultades en enfermería. Quito. Ecuador.1990
11. Fernández de Alemán E. Propuesta para la incorporación de la Asignatura Aspectos Legales en el Ejercicio de la Enfermería. En el Pensum de Estudios del Técnico Superior en Enfermería. Trabajo de Grado. Maestría en Ciencias de la Educación. Universidad Santa María. Venezuela. 30. 2.004
12. Espino, M.S. Desarrollo de la Enfermería en Argentina 1985 – 1995. Analisis de situación y líneas de trabajo. OPS.1995
13. Rivera H. María E. y Colbs. Competencias para la investigación. Desarrollo de habilidades y conceptos. Editorial Trillas. México. 25.2.010
14. Sanabria, L. y Macías, D. Formación de Competencias Docentes. Diseñar y aprender con ambientes computacionales Universidad Pedagógica Nacional. COLCIENCIAS. Colombia. 41.2.004
15. Bolaños J. y Sánchez T. Nivel de Competencia de Enfermería en Investigación. Subsecretaría de Coordinación Sectorial. Secretaría de Salud. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F. 2.000
16. Pereda S, Berrocal F. La gestión de recursos humanos por competencias en gestión de recursos humanos por competencias. 2da edición. Madrid: editorial Universitaria Ramón Areces; 69 – 86. 2006
17. Abreu A. Formación Permanente en Enfermería e investigación. ¿Una manera de definir nuestro rol? Tiempos Vitales. Revista internacional para el cuidado del paciente crítico. 2.004
18. Vielva J. La docencia de pregrado, la función asistencial y la investigación enfermera [editorial]. Boletín IDEA. [internet]. [citado 12 Dic, 2010]. 2.006
19. Grace, H. Reflexiones de nuestro viaje en Recursos de Enfermería: contribuciones al proceso de desarrollo. Bogotá Colombia.36.
20. OPS/OMS. Enfermería Comunitaria en América Latina. Artículo. Sandra Land.,RN.PHD Washington. www.la enfermera hoy. com.ar-Mar de Plata(revisado.nov.2011) 2.004
21. Comisión de Ciencia y Tecnología Colombia. Serie de desarrollo del Recurso Humano. Panorama de la fuerza de trabajo en Enfermería en América Latina.2007
22. Roldan M. Modelos de desarrollo y formación de enfermería en la universidad venezolana: Un estudio comparativo. Universidad de Oriente Puerto Ordaz, Edo. Bolívar Venezuela. 2.009



LIBRO BLANCO DE ALERGIA WAO 2012

RESUMEN EJECUTIVO:

Ruby Pawankar

Giorgio Walter Canonica

Stephen T. Holgate

Richard F. Lockey

Traducido por:

Juan Carlos Ivancevich

Sandra González Díaz

Información de los editores

Prof. Ruby Pawankar, MD, PhD

WAO President Elect (2010-2011)

Allergy and Rhinology

Nippon Medical School

1-1-5 Sendagi, Bunkyo-ku

Tokyo 113-8603 - JAPAN

Prof. Giorgio Walter Canonica, MD

WAO Past President (2010-2011)

Allergy & Respiratory Diseases

Department of Internal Medicine

University of Genoa

Padiglione Maragliano, Largo Rosanna Benzi 10

1-16132 Genoa - ITALY

Prof. Stephen T. Holgate, BSc, MD, DSc, FMed Sci

Member, WAO Board of Directors (2010-2011)

Medical Research Council Clinical Professor of Immunopharmacology

Infection, Inflammation and Immunity

School of Medicine

University of Southampton

Level F, South Block

Southampton General Hospital

Tremona Road

Southampton SO16 6YD - United Kingdom

Prof. Richard F. Lockey, MD

WAO President (2010-2011)

Division of Allergy & Immunology

Joy McCann Culverhouse Chair in Allergy & Immunology

University of South Florida College of Medicine

James Haley Veterans Administration Medical Center (111D)

13000 Bruce B. Downs Boulevard

Tampa, Florida 33612 – USA

Introducción al Resumen Ejecutivo

Enfermedades alérgicas como una cuestión mundial de la Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN

La prevalencia de las enfermedades alérgicas va en aumento importante en todo el mundo tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Estas enfermedades incluyen asma; rinitis; anafilaxia; alergia a drogas, alimentos e insectos; eczema; urticaria y angioedema. Este aumento es

especialmente importante en los niños, en quienes se observa la mayor tendencia de aumento en las últimas dos décadas. A pesar de este aumento, incluso en el mundo desarrollado, los servicios para pacientes con enfermedades alérgicas están dispersos y lejos de ser ideales. Muy pocos países tienen servicios adecuados en este campo de la medicina.

Casi no hay servicios especializados para los pacientes alérgicos en muchos países, además de la atención por especialidades basadas en órganos como los médicos



neumólogos, otorrinolaringólogos, y dermatólogos. Mientras que la atención recibida en muchos casos es adecuada, estos especialistas en general ven la alergia sólo a través de su órgano de interés, mientras que la gran mayoría de los pacientes tiene enfermedad alérgica en múltiples órganos. Por ejemplo, la rinitis alérgica, conjuntivitis y asma son tres problemas que comúnmente se manifiestan juntos, sin embargo, afectan a tres sistemas orgánicos diferentes.

Debido a que la prevalencia de la alergia ha aumentado tanto, la alergia, se debe de considerar como un principal problema de salud. Según las estadísticas de la organización Mundial de la Salud (OMS), cientos de millones de sujetos en el mundo sufren de rinitis y se estima que 300 millones tienen asma, enfermedades que afectan notablemente la calidad de vida de estos individuos y de sus familias, y que además generan un impacto negativo en el bienestar socio-económico de la sociedad.

La atención de las enfermedades alérgicas debe ser llevada a cabo por especialistas en alergología para que se logre un nivel adecuado de atención para todos los pacientes con estas enfermedades. La falta de tal atención, conduce a morbilidad y mortalidad evitables y a un aumento sustancial e innecesario de los costos de los sistemas de atención de la salud y presupuestos nacionales. Por ejemplo, se estima por la OMS ocurren 250.000 muertes por asma en el mundo cada año, siendo la mayoría evitables,. Debido al escaso esfuerzo que se realiza para ofrecer servicios de atención para los pacientes que sufren de alergias, a menudo buscan tratamientos alternativos, diagnósticos complementarios y remedios caseros para sus síntomas, no basados en evidencia científica.

En algunos países, a los pacientes se les menciona en varias ocasiones que la prioridad del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades alérgicas están determinadas por el primer nivel de atención, por ej. "Servicios de atención primaria". Sin embargo, si los representantes en estos niveles no entienden la prevalencia y la importancia de las enfermedades alérgicas y sus complicaciones, ¿qué esperanza existe para aquellos que escogen proveer cuidado para estos problemas? Por ejemplo, es importante que a un médico bien entrenado identifique los alérgenos que causan la enfermedad alérgica y provean a los pacientes de la oportunidad para evitarlos; el médico bien entrenado puede prescribir medicamentos apropiados, o inmunoterapia con alérgenos, un tratamiento altamente efectivo actualmente restringido sólo a algunos centros de cuidado alrededor del mundo, a pesar de su eficacia demostrada. Uno de los principales aspectos de la buena práctica de la alergia es encontrar la causa y prevenir los síntomas y la progresión de la enfermedad, en lugar de sólo ofrecer medicamentos para suprimir los síntomas.

La misión de la Organización Mundial de Alergia (WAO) es ser un recurso mundial en el campo de la alergia, asma e inmunología clínica, avanzando en la excelencia en la atención

clínica a través de la educación, la investigación y la formación constituyendo una alianza mundial entre las sociedades de alergia e inmunología clínica. La Organización actualmente está conformada por más de 84 sociedades regionales y nacionales y organizaciones afiliadas, de alergia, asma e inmunología (Véase la página de inicio en www.worldallergy.org).

La WAO está muy preocupada por el aumento global de las enfermedades alérgicas. Un objetivo importante de la Organización es crear conciencia global de la alergia y el asma como un problema de salud pública. La organización publicó el primer Informe Mundial de Alergia (SOWAR) en 2007, y ahora presenta por primera vez, el Libro Blanco de la Alergia.

La WAO lleva a cabo una amplia gama de actividades de apoyo a la comunidad global de la alergia. Esto incluye la prestación de recursos y promociones, tales como la Semana Mundial de Alergia para apoyar la labor de las sociedades miembro, como antesala para la mejora de servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades alérgicas. La WAO ofrece becas de investigación, lleva a cabo numerosas encuestas a través de sus sociedades miembros y hace hincapié en la importancia de la alergia como un campo necesario para la investigación tanto en la etiología de la enfermedad como en su tratamiento.

La Organización ha publicado documentos de posición de sobre la formación de especialistas en alergia y la prestación de servicios en todo el mundo, e identificó las competencias requeridas por todos los médicos que tratan a los pacientes con enfermedades alérgicas, asma, y otros problemas inmunológicos clínicos. El documento de posición de WAO propone que todos los estudiantes de medicina de pregrado en formación reciban los conocimientos fundamentales en alergia y el entrenamiento necesario para reconocer, diagnosticar y tratar estas enfermedades en el nivel primario y para saber cuándo hay que derivar a los pacientes con más problemas a un especialista en alergia / inmunología, y está siendo desarrollado un modelo curricular de la WAO en alergia para guiar el entrenamiento de pregrado.

La WAO se encuentra en una posición única para proveer educación sobre la práctica clínica de la alergia, sintetizando y diseminando la experiencia y las mejores recomendaciones de prácticas de sus sociedades miembros con servicios bien desarrollados para beneficiar a aquellos países insuficientemente atendidos. Se ofrecen programas de divulgación en educación, seminarios y cátedras a las sociedades miembros y profesionales de la salud en todo el mundo. El programa de sociedades emergentes de la WAO ayuda a crear y desarrollar nuevas sociedades de alergia, lleva a cabo escuelas de formación de alergia, y proporciona recursos de educación en los países donde la atención de las enfermedades alérgicas es insuficiente. La WAO aconseja a las sociedades de alergia acerca del desarrollo y la prestación de servicios nacionales de alergia y del entrenamiento de



médicos locales, basándose en la experiencia obtenida por sociedades miembros establecidas por muchos años en diversas regiones geográficas.

PROPÓSITO

¿Por qué es necesario reconocer las enfermedades alérgicas como una preocupación mundial de salud pública?

- Se ha producido un aumento constante en la prevalencia de enfermedades alérgicas a nivel mundial con un 30-40% de la población del mundo afectada por una o más enfermedades alérgicas.
- Una alta proporción de este aumento se está produciendo en sujetos jóvenes, por lo que, cuando esta población joven llegue a la edad adulta, se espera que aumente aún más la carga de las enfermedades alérgicas.
- Las alergias complejas que involucran polisensibilización y afectación de múltiples órganos va en aumento, con una alta morbilidad provocando a su vez una mayor demanda en servicios de atención de salud.
- Se prevé que los problemas alérgicos seguirán en aumento conforme la contaminación atmosférica y la temperatura ambiente aumenten. Estos cambios ambientales afectarán a los recuentos de polen, la presencia de insectos, y la presencia de hongos asociados a las enfermedades alérgicas.
- En muchos países, los intentos de hacer frente a estos problemas sobre una base nacional es muy variada y fragmentada, dando lugar a disminución de la calidad de vida, aumento de la morbilidad y la mortalidad, y un costo considerable para los pacientes con enfermedades alérgicas.

Este Libro Blanco describe los datos que indican que la alergia es una importante cuestión de salud pública mundial, y proporciona recomendaciones de “Alto nivel” para:

- Crear un enfoque más integrado para el diagnóstico y manejo de las enfermedades alérgicas.
- Aumentar la conciencia pública de las enfermedades alérgicas y su prevención.
- Proporcionar mayor educación a los médicos de atención primaria y a los especialistas de cuidados secundarios que tengan orientación hacia las enfermedades alérgicas.
- Capacitar a un nivel adecuado a los estudiantes de medicina y a otros profesionales de salud, incluyendo enfermeras y farmacéuticos, para que puedan colaborar con diferentes especialistas específicos de órgano y con los especialistas en alergia en la prestación de la atención integral de pacientes alérgicos.
- Establecer medidas de control ambiental mediante la reducción de la contaminación del aire interior y exterior, tabaquismo y exposición a alérgenos y drogas, según el caso.

- Fomentar un enfoque preventivo para las enfermedades alérgicas, haciendo hincapié en la importancia de la investigación tanto en la etiología de la enfermedad y en su tratamiento.
- Usar proyectos modelos, por ejemplo, el programa de asma finlandés, para difundir las buenas prácticas, promover la prevención y la tolerancia inmune y disminuir la carga de la alergia en los próximos años.

2. LA CARGA DE LA ENFERMEDAD ALERGICA

Rinitis Alérgica

- La rinitis alérgica (RA) es el resultado de la inflamación mediada por IgE en la mucosa nasal.
- La enfermedad afecta actualmente entre el 10% y 30% de la población.
- Los estudios indican que las tasas de prevalencia están aumentando en todo el mundo.
- La clasificación propuesta por la iniciativa ARIA (rinitis alérgica y su impacto sobre el asma) es útil para la aplicación del tratamiento.
- La RA es un factor de riesgo para el asma.
- Otras co-morbilidades de la RA son: sinusitis, poliposis nasal, conjuntivitis, otitis media con derrame, infecciones respiratorias de las vías aéreas superiores, respiración bucal, y trastornos del sueño.
- La RA tiene un impacto significativo en los pacientes en base al grado de severidad de sus síntomas. Tiene efectos psicológicos, interfiere con las interacciones sociales, y crea una carga económica no sólo para el afectado, sino para su familia y para la sociedad en general.
- El tratamiento se basa en la educación del paciente, medidas de control ambiental, farmacoterapia e inmunoterapia específica.

Conjuntivitis alérgica

- La conjuntivitis alérgica es una enfermedad alérgica cada vez más frecuente, con la misma severidad clínica que el asma alérgica y la rinitis alérgica.
- El término general “conjuntivitis alérgica” incluye diferentes entidades clínicas, desde la forma leve pero muy molesta debido a la sensibilización IgE a aeroalergenos; hasta formas de queratoconjuntivitis alérgica donde la inflamación severa, con participación de la córnea, es más difícil de diagnosticar y tratar, y puede conducir a daños permanentes oculares e incluso la pérdida de la visión.

Rinosinusitis

- La rinosinusitis (RS) es una de las condiciones médicas más comunes y costosas.
- La RS se puede presentar como forma aguda o crónica.
- El tratamiento inicial de la RS lo realiza en general el médico



de atención primaria (MAP) y si no tiene éxito, el MAP debe referir al paciente ya sea a un otorrinolaringólogo o a un especialista en alergias para atención especializada.

- En la gran mayoría de los casos, la RS es controlada por buen tratamiento médico sin necesidad de cirugía.
- La cirugía sólo debe considerarse en aquellos pacientes que tratados adecuadamente, los programas de tratamiento médico fallan.
- El alergista, quien se entrena en alergia, inmunología, microbiología, farmacología apropiada en medicina interna y/o pediatría, en conjunto con un otorrinolaringólogo, están mejor preparados para tratar la RS.

Asma

- El asma es una enfermedad producida por la inflamación crónica de las vías aéreas, asociadas con cambios estructurales variables, que afecta a niños y adultos de todas las edades. Está asociado con hiperreactividad bronquial y obstrucción del flujo de aire que a menudo es reversible de manera espontánea o con tratamiento.
- Cuando no está controlada, el asma puede causar la muerte, y puede interferir notablemente con las actividades normales, e impactar seriamente en la calidad de vida del individuo.
- Debido al sub diagnóstico y al tratamiento inadecuado, el asma es un grave problema de salud pública en todo el mundo, especialmente en países de ingresos bajos y medios.
- La atopía - la predisposición genética a desarrollar sensibilidad mediada por IgE a los aeroalergenos comunes-, es el factor más importante identificable que predispone al desarrollo de asma, especialmente en los niños.
- Hubo un gran aumento en la prevalencia, morbilidad, y la mortalidad asociada con el asma a partir de los años 1960 y 1970 en los llamados países "occidentalizados".
- La prevalencia de asma en los diferentes países varía ampliamente, pero la diferencia se está reduciendo debido al aumento de prevalencia en los países de ingresos bajos y medianos, ya que paulatinamente adoptan un estilo de vida de tipo occidental. Se encuentra sin cambios en los países de ingresos altos.
- Los corticoesteroides inhalados son actualmente los medicamentos antiinflamatorios más efectivos para tratar el asma persistente.
- Los costos económicos del asma son considerables, incluyen tanto los costos médicos directos y los indirectos, estos últimos asociados con el tiempo de trabajo perdido y las muertes prematuras. Los esfuerzos nacionales para combatir el asma como un problema de salud pública, como el programa presentado en Finlandia, producen notables beneficios que se reflejan en una reducción drástica de las muertes e ingresos hospitalarios.

- Existen muchas barreras para lograr la reducción de la carga asociada al asma a nivel mundial.
- Existe una necesidad de diagnóstico, tratamiento, educación además de necesidades financieras para lograr un mejor control del asma en el mundo.
- Se necesita más esfuerzo para enfocarse en maneras de mejorar el tratamiento del asma, centrándose en el control de enfermedad en lugar de tratar los episodios agudos. Este concepto tiene que incorporarse en los programas de salud.

El eczema atópico

- Se ha observado un aumento en la prevalencia mundial del eczema atópico.
- El eczema atópico es la enfermedad inflamatoria crónica de la piel más común con un espectro clínico variado.
- El eczema atópico es a menudo la primera manifestación del paciente atópico y la intervención temprana puede ofrecer una oportunidad de impedir o detener la marcha atópica.
- El eczema atópico representa un tema de salud pública importante debido a su impacto en la calidad de vida y su carga en la situación socioeconómica.

Anafilaxia

- La adrenalina, en dosis adecuadas, es el fármaco de elección para el tratamiento de la anafilaxia.
- Existe una falta de consenso sobre la definición de anafilaxia y esta falta de consenso en la definición contribuye a la variabilidad en su identificación, el tratamiento y el uso de la adrenalina.
- La variabilidad y la gravedad de la anafilaxia depende de la vía por la que el alérgeno o agente disparador se administra, es decir, la administración parenteral o la administración oral. La primera es comúnmente asociada con reacciones más severas.
- Hay una variedad de otros términos que describen a la anafilaxia que causan confusión, sobretodo en su definición y tratamiento. Estos incluyen: reacción sistémica generalizada; reacción alérgica sistémica; reacciones constitucionales y reacción de hipersensibilidad grave.
- La anafilaxia incluye etiologías tanto alérgicas como no alérgicas.
- El término "anafiloide" se encuentra en desuso.

Alergia por alimentos

- A nivel mundial, 220 - 520 millones de personas pueden estar sufriendo de alergia a los alimentos.
- La alergia alimentaria afecta de manera significativa la calidad de vida de los enfermos (principalmente niños).
- Se debe estar preparados para satisfacer las necesidades de los pacientes al mejorar el proceso de diagnóstico, la identificación de los alimentos responsables, y la

disponibilidad de alimentos sustitutos, asistencia a los pacientes hospitalizados, y prevención de la mortalidad.

- Muchas áreas en el mundo carecen de legislación sobre etiquetado de alimentos.
- Ya que las estrategias de decisión diagnóstica y terapéutica no son uniformes, son necesarias guías basadas en evidencia para clínicos, pacientes, gobiernos e industrias para manejar el reto que representa la alergia alimentaria. Estas guías, por ejemplo, la recomendación de WAO para el diagnóstico y la racionalización contra la alergia a la leche de vaca (Dracma) están disponibles y listos para ser implementadas.
- Son necesarios estudios epidemiológicos, en particular, en las zonas menos desarrolladas del mundo.
- La desensibilización oral representa un enfoque prometedor para reducir la carga de enfermedad causada por la alergia a los alimentos.

La urticaria y angioedema

- La urticaria es un grupo heterogéneo de sub-tipos de enfermedades caracterizadas por ronchas (elevaciones pasajeras de la piel de una duración aproximada de 24 horas) y / o angioedema (inflamación de la piel y las membranas mucosas).
- Existen tres grandes categorías: a) una aparición espontánea de ronchas, asociados con la urticaria aguda y crónica; b) habones y angioedema provocado por estímulos particulares, por ejemplo, urticarias físicas; y c) otros tipos de urticaria tales como la urticaria inducida por el ejercicio.
- La urticaria se produce con frecuencia y tiene una prevalencia durante la vida mayor al 20%.
- Con excepción de la urticaria aguda, los procedimientos diagnósticos y de tratamiento pueden ser complejos y se requiere a menudo la derivación a un especialista.
- Sin tratamiento, la urticaria crónica tiene un impacto severo en la calidad de vida y afecta la productividad hasta en un 30%.
- El impacto socio-económico de la urticaria es grande, ya que es una enfermedad que se presenta principalmente en personas en edad laboral.
- La urticaria moderada a severa requiere un tratamiento especializado. En muchos sistemas de salud de todo el mundo, el acceso a la atención especializada es insuficiente.

Alergia a los medicamentos y agentes biológicos

- Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) puede afectar hasta a 1/10 de la población mundial y afecta hasta un 20% de todos los pacientes hospitalizados.
- Más del 10% de las RAM son reacciones impredecibles de hipersensibilidad a medicamentos (RHM).
- Tanto el sub diagnóstico como el sobre diagnóstico son

comunes.

- La RHM más comunes incluyen a los antibióticos tales como penicilinas, cefalosporinas y sulfamidas, y fármacos anti-inflamatorios no esteroideos como la aspirina y otros.
- El espectro clínico de RHM implica diversos órganos, duraciones y gravedad.
- Las RHM pueden ser graves, incluso mortales, y se asocian a tasas de mortalidad significativa. Los medicamentos pueden ser responsables de hasta el 20% de las muertes por anafilaxia.
- Las RHM tienen un importante impacto socioeconómico en los costos directos (tratamiento de las reacciones y hospitalizaciones) e indirectos (días perdidos trabajo / escuela; y fármacos alternativos).
- Los procedimientos de diagnóstico para las RHM también deben tratar de identificar los mecanismos subyacentes que causan las RHM.
- El diagnóstico es fundamental para el tratamiento y la prevención de las RHM. La selección de un medicamento alternativo y desensibilización es necesaria en algunos casos.

Alergia a Insectos

- La alergia al veneno de himenópteros (AVH) es un problema médico común mundial y se refiere a los sujetos que presentaron una reacción local de gran tamaño (LG) o una reacción alérgica sistémica (anafilaxia) a la picadura de insecto. Una reacción LG se define como un reacción de más de 10 cm de diámetro, que dura más de 24 horas, los signos y síntomas se limitan a los tejidos contiguos al sitio de la picadura. Las reacciones sistémicas causan signos y síntomas generalizados e incluyen un espectro de manifestaciones, que van desde síntomas leves hasta consecuencias mortales. Las reacciones sistémicas leves pueden limitarse sólo a la piel y consisten en enrojecimiento, urticaria, y angioedema. Las reacciones sistémicas más graves pueden implicar broncoespasmo, edema laríngeo, e hipotensión. La AVH puede causar anafilaxia fatal.
- La tasa de morbilidad esta subestimada; las reacciones fatales no son debidamente registradas, lo que produce esta subestimación.
- La presencia de anticuerpos IgE específicos para veneno de himenópteros es elevada en la población general, pero sólo una parte de estas personas es capaz de desarrollar una reacción sistémica.
- Las reacciones mortales se producen hasta en un 50% en personas que no tienen una historia documentada de una reacción sistémica previa.
- La AVH deteriora la calidad de vida a largo plazo (CDV) y es el causa de importantes problemas socio-económicos.
- La calidad de vida de un sujeto se ve afectada negativamente cuando no se logra un diagnóstico y



una educación apropiados, y cuando la inmunoterapia con veneno (ITV) (una serie de inyecciones del veneno a la que el sujeto es alérgico y que es capaz de curar su enfermedad) no se utiliza.

- La AVH pueden ser tratados eficazmente con ITV adecuada.
- La AVH plantea un problema en el ambiente laboral, especialmente en los apicultores y los trabajadores de invernaderos.
- La AVH tiene importantes consecuencias negativas en términos del empleo, economía y actividades de ocio y deportivas.
- La AVH tiene un importante impacto adverso financiero en los costos de salud.

Alergia ocupacional

- Las enfermedades alérgicas ocupacionales representan un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia y su carga socioeconómica.
- El asma ocupacional (AO) contribuye significativamente a la carga global del asma, ya que esta condición incluye aproximadamente el 15% del asma entre los adultos.
- La dermatitis alérgica de contacto (ACD) es una de las enfermedades ocupacionales más comunes.
- Las enfermedades alérgicas ocupacionales siguen siendo en gran medida subestimadas por los médicos, pacientes y profesionales responsables de políticas de salud.
- Las enfermedades alérgicas ocupacionales pueden provocar a largo plazo deterioro de la salud, sobretodo cuando el diagnóstico y las medidas de evitación se retrasan.
- Las enfermedades alérgicas ocupacionales dan lugar a importantes consecuencias adversas en términos de recursos sanitarios, empleo, capacidad de generar ingresos y calidad de vida.
- Las enfermedades alérgicas ocupacionales se asocian con una importante repercusión financiera negativa para los trabajadores afectados, los seguros o para los planes de compensación, los servicios de salud, y los empleadores.
- Las enfermedades alérgicas ocupacionales son, por definición, enfermedades prevenibles y su carga debe ser reducida mediante estrategias preventivas apropiadas.

Deportes y alergias

- El ejercicio moderado y controlado es beneficioso para las personas alérgicas y debe ser parte de su tratamiento.
- El ejercicio vigoroso puede desencadenar o agravar varios síndromes de alergia, tales como el broncoespasmo, la rinitis, urticaria, angioedema y anafilaxia.
- El diagnóstico de alergia debe ser parte de la exploración médica de rutina en todos los atletas amateurs y profesionales, para que puedan adoptarse medidas preventivas y terapéuticas para el control de la

enfermedad, evitando al mismo tiempo posibles síntomas que ocurren con el ejercicio.

3. FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD ALERGICA

El potencial de la genética en enfermedades alérgicas

- Los trastornos alérgicos son heterogéneos e involucran interacciones importantes genético-ambientales.
- La genética humana tiene un papel en la comprensión de la susceptibilidad para la aparición de enfermedades, fenotipos y sub fenotipos, severidad, la respuesta a tratamientos y la historia natural.
- Aunque los estudios de asociación entre genes candidatos han proporcionado cierta comprensión en el papel de los genes en la susceptibilidad para la enfermedad, la información más moderna emerge a partir de hipótesis sobre estudios de asociaciones amplias del genoma.
- Muchos de los primeros estudios de asociación genética tuvieron bajo poder y los resultados no han sido confirmados en otras poblaciones.
- Los factores genéticos que influyen en la expresión de atopia son diferentes de los que influyen en las manifestaciones de la enfermedad o su severidad en órganos específicos.
- El polimorfismo de un único gen por lo general representa sólo una pequeña proporción del fenotipo de la enfermedad.
- Las influencias epigenéticas que involucran múltiples mecanismos, incluyendo la metilación de genes promotores, la acetilación de histonas, la metilación y fosforilación y un gran número de micro ARN, explican una proporción de las interacciones gen-medio ambiente y efectos trans- generacionales.
- Las observaciones epidemiológicas genéticas para genes candidatos específicos de atopia y de enfermedad alérgica requieren de una replicación cuidadosa, reforzada por la colaboración internacional y la disponibilidad de poblaciones caso controles bien caracterizadas y grandes, para genotipado. La única manera de lograrlo es promover una mayor cooperación entre los investigadores y crear equipos multidisciplinarios incluyendo a los investigadores académicos, de la industria y de la práctica clínica.

Los alérgenos como factor de riesgo para enfermedades alérgicas

- La sensibilización (IgE) a proteínas extrañas en el medio ambiente está presente en hasta un 40% de la población.
- Esta sensibilización se asocia fuertemente con la exposición a proteínas derivadas de polen, hongos, ácaros del polvo y cucarachas.
- Para el asma, la rinitis y el eczema atópico existe una fuerte y consistente asociación entre sensibilización y enfermedad.



- La asociación entre la sensibilización al polen de gramíneas y los síntomas de rinitis alérgica que se producen durante la estación de polen, proporciona una fuerte evidencia de un papel causal de polen de gramíneas en la enfermedad.

Factores de riesgo ambientales: contaminación intramuros y extramuros.

- Los estudios epidemiológicos muestran que la contaminación intramuros y extramuros afecta a la salud respiratoria, incluyendo un aumento en la prevalencia del asma y de las enfermedades alérgicas.
- La contaminación del aire libre se asocia con importante mortalidad, por ejemplo en China, la contaminación del aire libre se asocia con más de 300.000 muertes al año.
- Las estimaciones conservadoras indican que la exposición al aire contaminado en interiores puede ser responsable de casi 2 millones de muertes por año en los países en desarrollo.
- La exposición a los contaminantes intra/extramuros se asocia con asma de reciente comienzo, a las exacerbaciones del asma, rinitis, rinoconjuntivitis, infecciones respiratorias agudas, aumento del uso de tratamiento para el asma, y a los ingresos hospitalarios por síntomas respiratorios.
- La reducción de los principales factores de riesgo para las enfermedades de las vías respiratorias y, en particular, el humo de tabaco ambiental, los combustibles de biomasa intramuros y la contaminación del aire libre, logrará enormes beneficios para la salud.

Los factores socio-económicos y justicia ambiental

- La prevalencia global, la morbilidad, mortalidad y económica de la carga de asma han aumentado en los últimos 40 años.
- Sin embargo, el crecimiento y la carga de la enfermedad no es uniforme. Existe disparidad en la morbilidad y mortalidad por asma, con una relación inversa a la situación de desarrollo social y económico, cada vez más documentada en todo el mundo.
- El asma y otras enfermedades atópicas se concentran más en los niveles socioeconómico bajos, ya que también soportan una carga desproporcionada de exposición a condiciones subóptimas y ambientes no saludables (por ejemplo, condiciones físicas, sociales y psicológicas).
- La investigación futura debe prestar mayor atención a las fuerzas sociales, políticas y económicas que se traducen en la marginación de ciertas poblaciones en zonas en desventaja en el mundo que aumenta la exposición a factores de riesgo medioambientales conocidos que contribuyan al aumento de la carga del asma.

El cambio climático, la migración y la alergia

- La temperatura de la Tierra está aumentando como lo demuestra el aumento del nivel del mar, el derretimiento de los glaciares, el calentamiento de los océanos y la

disminución de la cubierta de nieve en el hemisferio norte.

- El cambio climático junto con la exposición a contaminantes del aire pueden tener consecuencias adversas potencialmente graves, especialmente para la salud humana en las regiones urbanas y contaminadas.
- Las temperaturas del verano tienen un alto impacto en las tasas de exacerbación aguda y hospitalización para personas mayores con problemas respiratorios y puede causar muerte inesperada.
- La alergia al polen se utiliza con frecuencia para estudiar la interrelación entre la contaminación del aire y la alergia de las vías respiratorias. Los factores climáticos (temperatura, velocidad del viento, humedad, tormentas, etc.) pueden afectar los componentes biológicos y químicos de esta interacción.
- Los cambios en el clima tales como tormentas eléctricas durante las estaciones de polen pueden inducir la hidratación de granos de polen y su fragmentación que genera aerosoles atmosféricos biológicos que transportan alérgenos.
- Como consecuencia de ello se pueden observar exacerbaciones de asma en los pacientes polínicos.
- La migración de un país a otro implica la exposición a un nuevo conjunto de contaminantes y alérgenos, así como cambios en las condiciones de alojamiento, alimentación y acceso a servicios médicos que pueden afectar la salud de los migrantes.
- La atopía y el asma son más frecuentes en los países desarrollados y países industrializados, comparados con los países subdesarrollados y los países menos ricos.
- Los estudios de migración suministran información sobre el papel de los factores ambientales en el desarrollo de la atopía y el asma.
- Los médicos deben ser conscientes de que el medio ambiente y el cambio climático puede potenciar el desarrollo de enfermedades alérgicas y asma.
- Los médicos deben ser conscientes de que los migrantes, especialmente de países en desarrollo a países más desarrollados, están en un riesgo mayor para adquirir enfermedades alérgicas y asma y que el efecto es edad y tiempo dependiente. La edad temprana y el mayor tiempo aumenta la probabilidad de desarrollar atopía y asma.

4. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO BASADO EN EVIDENCIA

Diagnóstico e identificación de los alérgenos causales

- La confirmación de alergia y la identificación de los alérgenos causales son cruciales para el manejo correcto de las enfermedades alérgicas.
- El diagnóstico preciso permite la aplicación de terapias



orientadas a los factores etiológicos de las enfermedades alérgicas, tales como medidas medioambientales e inmunoterapia.

- El diagnóstico comienza con una detallada historia clínica y exploración física.
- La identificación de una asociación temporal entre los síntomas y la exposición al alérgeno, constituye la base para realizar más pruebas.
- La sospecha clínica se confirma por medio de la investigación de anticuerpos IgE in vivo (pruebas cutáneas) o in vitro.
- Las pruebas cutáneas debe incluir alérgenos relevantes y uso de extractos alergénicos estandarizados.
- La prueba in vitro es especialmente útil cuando los resultados de la prueba cutánea no se correlacionan con la historia o no pueden realizarse.
- Las pruebas in vitro se pueden aplicar a la “probabilidad de enfermedad” en la predicción de alergia alimentaria.
- Existe la necesidad de tener un mayor acceso al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades alérgicas y mejorar los métodos diagnósticos que pueden sustituir las pruebas de provocación in vivo, en alergia a medicamentos y alimentos.
- El uso de pruebas no aprobadas aumentan los costos innecesarios en el diagnóstico de alergia.

Farmacoterapia de las enfermedades alérgicas

- Personas de todos los países, grupos étnicos y socioeconómicos, y de todas las edades sufren de alergia.
- El asma y la rinitis alérgica son problemas de salud que causan enfermedades graves y discapacidad en todo el mundo.
- La estrategia para el tratamiento de las enfermedades alérgicas se basa en: (I) la educación del paciente, (II) la prevención y control de alérgenos, (III) la farmacoterapia y (IV) la inmunoterapia.
- La farmacoterapia es la base del tratamiento para las enfermedades alérgicas ya que no sólo controla los síntomas, sino que también mejora la calidad de vida.
- Los médicos de atención primaria juegan un papel importante en el tratamiento de primera línea de las enfermedades alérgicas. Tienen que hacer el diagnóstico clínico inicial, comenzar el tratamiento, y dar seguimiento al paciente.
- Los especialistas en alergias están capacitados para realizar un diagnóstico específico y tratamiento a pacientes con alergias, particularmente aquellos con una enfermedad moderada / grave.
- La naturaleza crónica de las enfermedades alérgicas hace que sea esencial proponer y explicar las estrategias de manejo a largo plazo a los pacientes, a los responsables

de generar políticas de salud y a las autoridades gubernamentales.

- En las últimas décadas, se ha generado una mejoría sustancial en la eficacia y seguridad de la farmacoterapia en alergia.
- El manejo de la enfermedad utilizando guías prácticas basadas en la evidencia ha demostrado tener un mejor resultado en los pacientes.

La inmunoterapia específica con alérgenos

- La inmunoterapia específica con alérgenos es reconocida como un tratamiento efectivo para la alergia respiratoria y la alergia al veneno de himenópteros.
- La inmunoterapia subcutánea (SCIT) representa la modalidad estándar de tratamiento. La inmunoterapia sublingual (ITSL), es ahora aceptada como una alternativa a la inmunoterapia subcutánea, y se ha introducido recientemente en la práctica clínica.
- Los efectos adicionales de la inmunoterapia específica con alérgenos, son los efectos clínicos a largo plazo y la modificación del curso natural de la enfermedad, que están ausentes en el tratamiento farmacológico.
- Esto evita la aparición nueva de asma en pacientes con rinitis alérgica y previene nuevas sensibilizaciones.
- Los mecanismos de acción de la inmunoterapia específica son múltiples y complejos, y resultan en una modificación de la respuesta inmunológica a los alérgenos, con la consiguiente reducción de la reacción inflamatoria alérgica. Los mecanismos de acción del SCIT y la ITSL son similares.
- La SCIT mantiene sus efectos beneficiosos durante años después de haber sido suspendida. Este efecto a largo plazo o efecto prolongado también se produce con la ITSL.
- Las indicaciones, contraindicaciones, límites y los aspectos prácticos de la SCIT se definen en numerosas guías.
- La ITSL se considera una alternativa viable a la SCIT y se utiliza en la práctica clínica en muchos países. El Documento de posición 2009 de la Organización Mundial de Alergia proporciona las indicaciones, contraindicaciones y la metodología de uso de la ITSL.
- Nuevas formas de inmunoterapia, productos alergénicos y enfoques en alergia a alimentos y eczema atópico están bajo investigación.

Agentes Biológicos

- La investigación en alergia e inmunología ha dado lugar a una variedad de nuevos enfoques terapéuticos, algunos agentes ya se utilizan en la práctica clínica y otros más están en etapa de ensayos clínicos.
- Los nuevos enfoques terapéuticos incluyen agonistas de

los receptores tipo toll, bloqueadores de las citoquinas, antagonistas específicos de receptores de citoquinas y moduladores de factores de transcripción Syk quinasa, receptor gamma activado proliferador de peroxisoma y factor nuclear kappa B.

- El omalizumab, anticuerpo monoclonal anti-IgE, es efectivo para tratar el asma alérgico, pero los criterios para seleccionar los pacientes para este tipo de terapia no están bien definidos

Educación en alergia para pacientes y familiares

- Proporcionar un adecuado entrenamiento y educación para los pacientes y sus familias es fundamental para el manejo de la enfermedad alérgica.
- La base de evidencia de la eficacia de la educación y entrenamiento es relativamente débil, pero es efectiva en el asma y, en menor medida, en eczema y anafilaxia.
- Las diferentes poblaciones, edades y etnias, requieren diferentes enfoques educativos.
- La moderna tecnología de la información es valiosa, sobre todo para educar a los más jóvenes.
- Los programas de educación y entrenamiento debe contener un plan de acción escrito.

Evitar el alérgeno

- La no exposición del alérgeno conduce a una mejoría de los síntomas en pacientes alérgicos.
- Varios estudios de intervenciones del medio ambiente en los niños asmáticos reportan beneficios.
- Hay poca evidencia que apoya el uso de una única intervención simple, por ejemplo, sólo cubrir las camas, para controlar los niveles de alérgenos de ácaros del polvo.
- Del mismo modo, en pacientes con rinitis alérgicos a los ácaros, solo las medidas para evitar los ácaros no son beneficiosas.
- La siguiente es una guía para un enfoque pragmático para la no exposición a los alérgenos:
 - Utilice una intervención integral del medio ambiente para lograr la mayor reducción posible en la exposición al alérgeno.
 - Adaptar la intervención a la sensibilización a alérgenos del paciente y el estado de la exposición.
 - Si no se puede evaluar el nivel de exposición al alérgeno, utilice el nivel de anticuerpos IgE específicos o el tamaño de la roncha de la prueba cutánea como indicador.
 - Inicio de la intervención lo antes posible en el curso natural de la enfermedad.
 - Las estrategias de prevención primaria dirigidas a eliminar o reducir la exposición a agentes potencialmente sensibilizantes deben ser desarrolladas y evaluadas.

5. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ALÉRGICAS

- El aumento de la prevalencia de enfermedades alérgicas ha seguido en el mundo industrializado por más de 50 años.
- Las tasas de sensibilización a uno o más alérgenos comunes entre los niños de edad escolar actualmente se aproximan al 40% -50%.
- Las estrategias para hacer frente a estos problemas son hasta ahora ineficaces.
- La prevención primaria es difícil, porque las razones de las tasas de aumento de la sensibilización son desconocidas. Además, los mecanismos implicados en la progresión de la sensibilización en un número creciente de personas que resulta en enfermedades alérgicas no se entienden completamente. El asma y las alergias pueden tener su origen a principios de la vida, incluso in útero.
- Los marcadores tempranos de enfermedades mediadas por IgE aún no están disponibles.
- Nuevas investigaciones indican que la tolerancia es la clave para la prevención. Deben alentarse más investigaciones sobre los mecanismos implicados en el desarrollo de la tolerancia. La falta de tolerancia o la inadecuada tolerancia en las personas alérgicas parece ser un vínculo con las deficiencias en las vías de regulación del sistema inmune.
- Los planes nacionales de Asma y Alergia (por ejemplo, Programa de Asma de Finlandia, 1994-2004) han concluido que la carga de estos problemas de salud pueden ser reducidos en la comunidad. La mejoría se logra cuando los gobiernos, las comunidades, los médicos y otros profesionales de la salud, y organizaciones de pacientes se comprometen a un plan educativo para implementar las mejores prácticas para la prevención y el tratamiento de las enfermedades alérgicas.

6. ECONOMÍA DE LA SALUD, EDUCACIÓN MÉDICA Y CUIDADO COSTOEFECTIVO DE LA SALUD EN ALERGIA

Cuidado de la Salud y Economía de la Salud en Alergia

- El asma y las enfermedades alérgicas son una importante causa de morbilidad a escala mundial.
- El asma afecta desproporcionadamente a las minorías y personas de grupos socioeconómicos más bajos.
- El costo global total de atención a las personas con asma y alergia es desproporcionadamente alta a pesar del costo relativamente bajo por persona, principalmente debido a la alta prevalencia de estas enfermedades.
- El manejo más efectivo para estas enfermedades es enseñar a los pacientes las habilidades de auto-manejo.
- La educación debe centrarse en la capacitación de los médicos para promover y fomentar las habilidades de auto-manejo en sus pacientes.

Educación Médica en Alergia



Los resultados previstos para el entrenamiento clínico y los profesionales sanitarios en alergia son:

- Producir graduados preparados para seguir sus carreras en la asistencia sanitaria y, en particular para mejorar el número de personas capacitadas en los mecanismos y el tratamiento de las enfermedades alérgicas.
- Desarrollar la comprensión de los procesos implicados en la mejora del tratamiento de los pacientes con enfermedad alérgica.
- Desarrollar nuevas áreas de la enseñanza en respuesta al avance académico y las necesidades de formación profesional.
- Proporcionar una formación en habilidades de investigación.
- Desarrollar habilidades y comprensión de los componentes más complejos de la enfermedad alérgica que se encuentran en áreas específicas de la práctica.

Costo-efectividad de consultar con un alergólogo

- Las enfermedades alérgicas son enfermedades crónicas con afectación sistémica que puede afectar múltiples órganos y sistemas a lo largo de la vida de los sujetos atópicos (alérgicos).
- Al evaluar la carga económica de las enfermedades alérgicas, los costos de las enfermedades de varios órganos específicos deben ser sumados, incluyendo la nariz (rinitis alérgica), los senos paranasales (rinosinusitis), pulmones (asma), piel (eccema atópico) y otros.
- El análisis costo-efectividad (CEA) resulta de evaluar los efectos comparativos de una intervención de salud pública sobre otra, bajo la premisa de que existe una necesidad de maximizar la eficacia en relación con su costo.
- Una intervención costo-efectiva podría, si se utiliza incorrectamente, generar costos innecesarios, no proporcionar ningún beneficio e incluso podría causar daños.
- El alergólogo es un experto en adaptar la terapia a cada paciente y ajustar las dosis de tratamiento en los casos más graves o complejos. Las principales características que definen al alergólogo son su reconocimiento de la importancia de disparadores externos en la causa de diversas enfermedades; su experiencia tanto en el diagnóstico y tratamiento de trastornos de múltiples sistemas, incluyendo el uso de medidas de evitación del alérgeno y la selección del medicamento apropiado y / o terapias inmunológicas y su conocimiento de las prácticas de inmunoterapia específica de alérgenos.
- La mala interpretación de los resultados de las pruebas de diagnóstico por los no especialistas pueden llevar al sobre-diagnóstico y el tratamiento inadecuado que puede ser perjudicial para el paciente. Todo ello puede conducir a un exceso de la prescripción de medicamentos y medidas

costosas e innecesarias para evitar el alérgeno, incluyendo dietas de exclusión que pueden conducir a deficiencia nutricional y la morbilidad secundaria. Por el contrario, la escasa valoración de la gravedad del asma puede llegar a poner en peligro la vida por sub-tratamiento y a la falta de modificación del curso de la enfermedad por la inmunoterapia.

- La relación costo-eficacia de la consulta del alergólogo se demuestra mediante la mejoría de los resultados en el paciente, junto con una reducción de los gastos innecesarios por el financiador, la sociedad o el paciente/familia.

Declaración de la Organización Mundial de Alergia

DECLARACIÓN

La Organización Mundial de Alergia invitó a sus 84 sociedades miembro, sociedades de alergia a nivel nacional y regional, de asma y de inmunología clínica, a que contribuyan con el Libro Blanco, al participar en una encuesta en línea sobre el estado actual y las necesidades de la especialidad en su respectivo país o región. Las respuestas de las Sociedades miembros, junto con los exámenes científicos que se incluyen en el Libro Blanco forman la base de la Declaración de la Organización Mundial de la Alergia.

I. Estudios epidemiológicos de las enfermedades alérgicas

Necesidad identificada:

En varias partes del mundo, hay una escasez de información epidemiológica publicada sobre la prevalencia global de las enfermedades alérgicas y, en particular, acerca de enfermedades específicas. Por ejemplo, hay poca o ninguna información sobre el asma severa, anafilaxia, alergia alimentaria, alergia a insectos, alergia a medicamentos, y casos complejos de enfermedad alérgica que afecta múltiples órganos. Los datos relativos a algunos de estos trastornos están disponibles en unos pocos países, pero sólo para ciertos grupos de edad.

Recomendación:

Todos los países deben realizar estudios epidemiológicos para establecer la verdadera carga de las enfermedades alérgicas, asma, y enfermedades de inmunodeficiencia primaria y secundaria. Este es el primer paso esencial para garantizar la prestación de servicios médicos adecuados y profesionales de salud para satisfacer tanto las necesidades actuales como las futuras.

II. Alérgenos y los contaminantes ambientales

Necesidad identificada:

Información basada en la evidencia acerca de los principales



alérgenos de interior y al aire libre y los contaminantes responsables de causar o exacerbar enfermedades alérgicas y asma; se carece o, si está disponible, no siempre es accesible de forma universal.

Recomendación:

Deben ser identificados los alérgenos locales de interiores y del exterior y los contaminantes que causan y agravan las enfermedades alérgicas y, cuando sea posible, mapearlos y cuantificarlos. Deben aplicarse medidas adecuadas de prevención ambiental y ocupacional cuando no existan o según sea necesario. También deberían aplicarse estrategias efectivas en la prevención de enfermedades.

III. Disponibilidad de Servicios de Alergia, Asma e Inmunología Clínica (alergólogos) y los medicamentos adecuados

Necesidad identificada:

Existe una necesidad cada vez mayor de más especialistas en alergias y la existencia de centros locales y regionales de diagnóstico y tratamiento de alergia a fin de facilitar la referencia oportuna de los pacientes con enfermedades alérgicas complejas. Accesibilidad a un tratamiento asequible y costo-efectivo y a nuevas terapias si es necesario. Por ejemplo, adrenalina auto inyectable para los pacientes con riesgo de anafilaxia, medicamentos nuevos y más eficaces para tratar el asma grave, y el acceso a la inmunoterapia alérgeno específica falta en algunas partes del mundo.

Recomendación:

Los funcionarios de salud pública deben proporcionar adecuados servicios de alergia e inmunología clínica, incluyendo el acceso a especialistas y centros de diagnóstico y tratamiento. Los alergólogos deben ser capaces de prescribir el medicamento más rentable para controlar la enfermedad del paciente. Los ejemplos incluyen la adrenalina auto-inyectable para el tratamiento de la anafilaxia, anti-IgE para el asma grave, una variedad de medicamentos muy eficaces para tratar la urticaria crónica y el angioedema, angioedema hereditario, la rinitis, conjuntivitis y el asma.

La inmunoterapia alérgeno-específica es efectiva para prevenir la aparición de asma y es el único tratamiento disponible para prevenir la anafilaxia y la muerte inducida por picadura de abejas, avispa, chaqueta amarilla y hormigas. Las consultas con los alergólogos, y el diagnóstico y tratamiento oportunos son necesarios para mejorar los resultados del paciente a largo plazo y la calidad de vida y reducir los costos innecesarios directos e indirectos para el paciente, el financiador y la sociedad.

IV. Educación de pregrado y posgrado para médicos de atención primaria y Pediatras

Necesidad identificada:

Hay una necesidad de formación en pregrado y postgrado en

alergia, asma e inmunología clínica para médicos generales y pediatras de tal manera que los médicos de atención primaria y los pediatras puedan ayudar adecuadamente a los pacientes con enfermedades alérgicas.

Recomendación:

Las enfermedades alérgicas son una causa importante de morbilidad y mortalidad. Es conveniente un entrenamiento en pregrado y posgrado para estudiantes de medicina, médicos, pediatras y otros profesionales sanitarios que los preparará para reconocer la alergia como la causa subyacente de muchas enfermedades comunes. También les permitirá manejar los trastornos alérgicos leves, sin complicaciones apuntando a los mecanismos inflamatorios subyacentes asociados con estas enfermedades. Ellos aprenderán cómo y cuándo se refieren los casos más complicados para una consulta especializada. Esta educación en el nivel de la práctica general es de suma importancia ya que la gran mayoría de los pacientes con enfermedades alérgicas son atendidos por médicos de atención primaria y pediatras. Estos médicos también deberán referir en conjunto a los pacientes con un especialista en alergias y deben ser conscientes del papel de la alergólogo/inmunólogo clínico en la investigación, manejo y el cuidado de pacientes con problemas alérgicos complejos.

V. Reconocimiento de los programas de especialidad y de entrenamiento

Necesidad identificada:

A nivel mundial, los proveedores de educación médica necesitan reconocer la especialidad o subespecialidad de alergia/inmunología clínica, lo que resulta en programas de formación adecuados para el cuidado óptimo al paciente.

Recomendación:

Los expertos en alergia e inmunología clínica deben ser una parte integral de la atención proporcionada por todas las clínicas de especialidades. En caso de que el entrenamiento en alergia / inmunología clínica no se encuentre disponible o no sea reconocida como una especialidad, la capacitación y los programas nacionales de acreditación deben ser establecidos para permitir a los médicos seleccionados recibir la capacitación formal y las calificaciones necesarias para ser certificadas como alergólogos / inmunólogos clínicos. Estos programas también permitirán a los médicos generales, incluyendo pediatras, mejorar su capacidad para proveer el cuidado de rutina en pacientes con enfermedades alérgicas.

VI. Conocimiento público de Alergia, Asma e Inmunología Clínica

Necesidad identificada:

En la mayoría de las poblaciones de todo el mundo, hay una falta de educación adecuada, conocimiento sobre la sensibilización, la morbilidad y la mortalidad asociadas



a las enfermedades alérgicas; la naturaleza crónica de estas enfermedades, la importancia de consultar a un médico entrenado en alergia, asma e inmunología clínica; y medicamentos y tratamientos disponibles para tratar de manera adecuada y prevenir estas enfermedades.

Recomendación:

Las autoridades de salud pública deben reconocer a las enfermedades alérgicas como la principal causa de morbilidad y mortalidad potencial.

Deben colaborar con las sociedades nacionales de alergia, asma e inmunología clínica y grupos de apoyo para dar a conocer la necesidad de tomar conciencia general y dar el cuidado adecuado para estas enfermedades.

Conclusiones

La Organización Mundial de Alergia es una federación global de 84 sociedades nacionales y regionales de alergia, asma e inmunología clínica. Estas sociedades regionales y nacionales son un excelente recurso para el conocimiento y la experiencia. Se recomienda encarecidamente que los funcionarios de

salud pública y funcionarios gubernamentales, líderes de escuelas de Medicina y grupos de pacientes colaboren con estas sociedades para promover la excelencia en la atención a pacientes con enfermedades alérgicas. Como miembros de la Organización Mundial de Alergia, las sociedades nacionales y regionales de alergia, asma e inmunología clínica contribuyen a la labor de los Consejos de WAO y están disponibles para ayudar con preguntas sobre la mejor manera de poner en práctica estas recomendaciones. La información está disponible en el sitio web de WAO www.worldallergy.org y las consultas pueden ser dirigidas a info@worldallergy.org



EL 19 DE ABRIL DE 1810

Guillermo Morón

Para comprender adecuadamente lo sucedido el 19 de abril de 1810 en la ya entonces antigua ciudad de Caracas es necesario leer con calma el acta que se levantó en un muy claro castellano, el idioma común del pueblo llano y de los notables que ejercían el poder en el Cabildo y Ayuntamiento y en la Milicia de blancos criollos, así como en todos los espacios públicos y privados. Los “Godos” no eran Vicente Emparan (Presidentes de la Real Audiencia, Gobernador de la Provincia de Venezuela Capital Caracas, Capitán General de todas las Provincias. Presidente del Cabildo llamado en ese momento Muy Ilustre Ayuntamiento) y los pocos peninsulares con o sin cargos públicos, sino todos los miembros de ese cuerpo y las familias tradicionales incluidos los Bolívar desde el siglo XVI, hacendados unos, rentistas otros, comerciantes también, pero no pulperos, y contrabandistas bien organizados y protegidos como el papá de Simón Bolívar. Godos se llamó a los notables en Caracas y en Carora hasta el siglo XX, ya por perezosa tradición. Hace rato que dejaron de ser godos y también notables.

Los párrafos esenciales del Acta del 19 de Abril de 1810 señalan claramente el objeto de la reunión, lo que verdaderamente ocurrió, quienes se reunieron y la decisión tomada. Objeto de la reunión “en esta Sala Capitular” de los “señores que abajo firmarán y son de los que componen este Muy Ilustre Ayuntamiento con el motivo de la función Eclesiástica del día de hoy Jueves Santo, y principalmente con el de atender a la salud pública de este Pueblo que se halla en total orfandad, no sólo por el cautiverio del Señor Don Fernando Séptimo, sino también por haberme disuelto la Junta que suplía su ausencia en todo lo tocante a la seguridad y defensa de sus dominios invadidos por el Emperador de los Franceses, y demás urgencias de primera necesidad, a consecuencia de la ocupación casi total y los Reinos y Provincias de España, de donde ha resultado la dispersión de todos o casi todos los que componían la expresada Junta y, por consiguiente, el cese de sus funciones”. Se produjo un vacío de Poder. Había que llenar ese vacío.

Para ocuparse de la salud pública se reúne el Ayuntamiento como era de uso y costumbre en todas y cada una de las ciudades fundadas desde el siglo XVI en las Provincias organizadas con el título de Gobernaciones y Capitanías Generales: Margarita, trinidad, Guayana, Nueva Andalucía (Cumaná), Venezuela, La Grita-Mérida-Maracaibo y Barinas tardíamente en 1786. En muy diversas oportunidades ese cuerpo municipal denominado Cabildo y Ayuntamiento desde cada fundación de ciudad (Coro, El Tocuyo, Barquisimeto, Carora, Valencia, Caracas; Nueva Cádiz en Cubagua, La Asunción, San José de Oruña en la Trinidad, Cumaná, Barcelona, Trujillo, Mérida, San Cristóbal, Barinas, las principales) se reunió para ocuparse de los asuntos públicos, de la salud pública, república, de la

ciudad, de la Provincia o, en general, del Estado (España o los Reinos de las Indias). El Poder es el Estado de Derecho Monárquico: El Rey, el Consejo Real, el Consejo de Indias, la Real Audiencia (en las Gobernaciones que conformarán a Venezuela, Santo Domingo, Santa Fe de Bogotá y, desde 1786, Caracas, Gobernador y Capitán General en cada Provincia hasta 1777 cuando la jurisdicción militar queda en las manos del de Caracas y se convierten en Comandantes los provinciales), el Gobernador y Capitán General hasta 1777, el Cabildo y Ayuntamiento. Esa organización político administrativa se fundamenta en una Ley de Leyes (hoy se llama Constitución) que data del siglo XIII, las muy famosas, conocidas y utilizadas en Venezuela antes y después del 5 de julio de 1811 Siete Partidas del Rey Don Alfonso X El Sabio (1221-1284) que lo fue de Castilla y León; pero ese Estado de Derecho Monárquico tiene, en los Reinos de las Indias, La Española (Santo Domingo, hoy República Dominicana y Haití) desde México a Chile y Argentina, un cuerpo de Leyes específicas, que van aplicándose paso a paso hasta constituir las Leyes de Indias (primera edición impresa en cuatro tomos, 1681, edición de extensa circulación en Venezuela).

El Acta recoge el asunto principal a discutirse: “... la salud pública de este pueblo que se halla en total orfandad”. Las noticias navegan desde Cádiz hasta La Guaira y cabalgan desde La Guaira a Caracas. Y esas noticias son muy malas: en Rey Fernando VII, legítimo sucesor de la Corona, cabeza del Estado, salió de Madrid el 10 de abril de 1808; Carlos IV caotiza al Gobierno al asumir el mando impuesto por Murat, un general que activa el caos: el 5 de mayo de ese fatal año Carlos IV transfiere la Corona a Napoleón quien lo pensiona como a un soldado que se retira; el 8 de mayo quien renuncia es Fernando VII y el pueblo se queda huérfano en Madrid y en Caracas. El poderoso Emperador Napoleón nombra Rey de España (con toda su estructura americana) a su hermano José Bonaparte apellidado Pepe Botella por la voz del pueblo. Desde el 10 de abril de 1808 hasta 1814 España está en guerra contra los invasores franceses, una guerra de Independencia. Esas son las malas noticias que ponen en alerta a Caracas y a las Provincias. Ni las Juntas Provinciales en ausencia del Rey, ni la Constitución española de 1812, ni las Regencias servirán para detener los sucesos del 19 de abril de 1810 en Caracas y sus consecuencias inmediatas.

También tiene como asunto principal a tratar aquel Cabildo abierto, pues acepta a personajes que no forman parte del cuerpo, “erigen en el seno mismo de estos países un sistema de gobierno que supla las enunciadas faltas, ejerciendo los derechos de la soberanía que por el mismo hecho ha recaído en el pueblo, conforme a los mismos principios de la sabia Constitución primitiva de España, y a las máximas que ha enseñado y publicado en innumerables papeles la Junta



Suprema extinguida". La Constitución primitiva está en la tradición de los Fueros, en las Leyes e instrumentos del Estado de Derecho que se aplicaron a los Reinos que se organizaron a lo largo de los siglos antes y después de la unificación que comienza con el largo proceso de la Reconquista, la lucha contra los árabes, la presencia de los Trastamaras con los Reyes Católicos, la reunificación que llevan a cabo los Austria desde el Emperador de Alemania y Rey de Castilla, el pueblo de Fuenteovejuna, la doctrina que exponen Juan de Mariana (1536-1623) y Francisco Suárez (1548- 1617), los dos sabios, estudiosos, jesuitas. Sostienen la teoría sobre la presencia del pueblo, depositario de la soberanía que la entrega Dios, el pueblo la presta al Rey para que ejerza justicia en forma ordenada, equitativa, igual para todos. Juan de Mariana publicó siete ensayos; uno se titula Del Rey y de la institución Real, publicado en 1598 y en 1640. Sostiene que el Rey no puede convertirse en tirano: "El rey ejerce con singular templanza el poder que ha recibido de sus súbditos, no es gravoso, no es molesto sino para esos informes malvados que conspiran temerariamente contra las fortunas y la vida de sus semejantes" (Capítulo V, Diferencia entre el Rey y el tirano). Si el Rey se convierte en tirano es lícito matarlo, un solo súbdito o juntos en rebelión: "Es ya pues innegable que puede apelarse a la fuerza de las armas para matar al tirano, bien se le acomete en su palacio, bien se entable una lucha formal y se esté a los trances de la guerra" (Capítulo VII: Si es lícito envenenar a un tirano). El poder de la república, del pueblo, es mayor que el del Rey: "... el poder real, si es legítimo, ha sido por consentimiento de los ciudadanos y solo por este medio pudieron ser colocados los primeros hombres en la cumbre de los negocios públicos, ha de ser limitada desde un principio por leyes y estatutos, a fin de que no se exceda en perjuicio de sus súbditos y degeneren al fin en tiranía" (Capítulo VIII: ¿Es mayor el poder del Rey, o el de la república?). Se llevó a cabo una primera reunión del Ayuntamiento con sus miembros naturales, bajo la presidencia de Emparan. En la plaza "una gran porción" del vecindario caraqueño "levantó el grito aclamando con su acostumbrada fidelidad al Señor Don Fernando Séptimo y a la Soberanía interina del mismo pueblo". Ninguna revolución. Ese vecindario no estaba formado por los cuarenta mil habitantes de la ciudad, la mayoría "pardos" y analfabetas porque los esclavos negros ni los pocos indios que quedaron por ahí no formaban parte "del mismo pueblo". Las conferencias no resolvieron los puntos propuestos. El Cuerpo, con Emparan a la cabeza, se encamina a cumplir con la "función Eclesiástica del día", Jueves Santo en la Catedral que está enfrente. " ... marchaba el Cuerpo Capitular a la Iglesia Metropolitana" cuando "habiéndose aumentado los gritos y aclamaciones" el Cuerpo Capitular "tubo por conveniente y necesario retroceder a la Sala del Ayuntamiento para tratar de nuevo sobre la seguridad y tranquilidad pública". Si se trata de un cabildo abierto, como era de uso y costumbre, y lo fue en otras oportunidades incluso cuando se fundaba una ciudad (ocurrió en Cumaná), pueden incorporarse otros

notables que tengan, naturalmente, la calidad necesaria en una sociedad donde las clases están bien determinadas. ¿Quién nombró a los Diputados externos al Cuerpo? No fue el pueblo. El acta fue redactada cuidadosamente: "y entonces (reunido de nuevo el Cuerpo Capitular), aumentándose la congregación popular y sus clamores por lo que mas le importaba, nombró para que representasen sus derechos y en calidad de Diputados... ". Es el Ayuntamiento quien los selecciona, quien los nombra, no el pueblo cuyo número no se ve en el cuadro de Juan Lovera ni hay fuente que lo indique. Seguramente la mayoría estaba en la Catedral, sobre todo las mujeres mantuanas que tenían sus lugares señalados, con sus esclavas, y de pie, en el atrio, el pueblo católico que no tenía voz ni voto. Los Diputados que se incorporan forman parte de los notables: Don José Cortés de Madariaga, Canónigo de Merced "de la mencionada Iglesia", la Catedral, la Iglesia Metropolitana; el Presbítero Don Francisco José de Rivas; Don José Félix Sosa y Don Juan Germán Roscio, el Don señala su categoría social, aunque ya se había ganado la posibilidad de ese tratamiento para los pardos con las llamadas Gracias al Sacar, mediante un determinado pago, como ocurría con los títulos de nobleza (los Marqueses) que no lo lograron los Bolívar que lo intentaron afanosamente. También estuvieron presentes Don Vicente Basadre, Intendente de Ejército y Real Hacienda, y el Señor Brigadier Don Agustín García, Comandante Subinspector del Cuerpo de Artillería "de esta Provincia", la de Venezuela, porque el Capitán General de todas era Emparan; en las demás Provincias el Gobernador era Comandante para la jurisdicción militar, dependían de Emparan, políticamente en su condición de Presidente de la Real Audiencia.

No señala el Acta los pormenores de las cuestiones tratadas, pero quedó expresa mención de lo principal, "tratar de nuevo sobre la seguridad y tranquilidad pública". Primero habló el Presidente, Emparan; luego Madariaga ("el Diputado primero en el orden con que quedan nominados"), "alegando los fundamentos y razones del caso". Y escuetamente el resultado de las reuniones: "... en cuya inteligencia dijo entre otras cosas el Señor Presidente, que no quería ningún mando", es decir, claramente renunció a todos sus cargos y, por supuesto, se le aceptó la renuncia. No aparece el dedo de Madariaga. Recoge el Acta con toda precisión y claridad: <ly saliendo ambos al balcón notificaron al pueblo su deliberación". No se le consulta al soberano porque ya estaba representado en el organismo tradicional de su soberanía desde el siglo XVI: el Cabildo y Ayuntamiento. Desde las Siete Partidas hasta las Leyes de Indias funciona el Estado de Derecho Monárquico que no termina el 19 de abril de 1810 sino con la declaración de Independencia el 5 de julio de 1811 y mas explícitamente con la primera Constitución republicana sancionada por el Congreso en Caracas e! 21 de diciembre de 1811, una Constitución federal que no le gustó a Simón Bolívar.

No hubo una destitución, sólo una reunión. El Presidente del Cabildo (todo Gobernador y Capitán General de Provincia



lo era en la capital donde residía), Presidente de la Real Audiencia (Venezuela perteneció a la jurisdicción de la de Santo Domingo durante los siglos XVI, XVII y parte del XVIII, a la del Virreinato de Santa Fe en dos períodos cortos del XVIII y, desde 1786 hasta la batalla de Carabobo, 1821, a la de Caracas cuando se extingue), Gobernador de la Provincia de Venezuela (desde el Cabo de la Vela al río Unare, límite con la Provincia de Cumana), todo el Occidente con el Alto Orinoco, los blancos de Casanare, el Valle de Upar y la Goagira entera, Caracas, Caraballeda, La Victoria y todo el Valle con San Mateo, el Pao, Valencia y Puerto Cabello, San Felipe, Barquisimeto con Acarigua y Ospino, Coro, El Tocuyo, Quibor y su valle Carera, Carache y Trujillo con sus pueblos, aldeas y campos) y Capitán General de todas las Provincias, dos millones de Km² y un millón de habitantes mencionados por Alejandro de Humboldt en 1804. Inmenso poder en 1810 que no pudo sostener. En el Cabildo se encuentran dos militares de alto rango, el Brigadier Comandante del Cuerpo de Artillería de toda la Provincia segundo de Emparan, y el Intendente del Ejército y de la Real Hacienda que maneja el presupuesto. Pero el movimiento es civil, los poderosos mantuanos de Caracas que forman el Cabildo, gobiernan la economía, la sociedad, la historia de tres siglos. Don Vicente Emparan renunció al Poder y la renuncia le fue aceptada. El primer golpe de estado que transforma al Estado de Derecho Monárquico en Estado de Derecho Republicano. Pero la guerra empieza en 1810, con la expedición armada enviada por la Junta Suprema de gobierno que sustituye a la Conservadora de los Derechos de Fernando VII hasta 1823 con la batalla del Lago de Maracaibo. Bolívar es guerrero, sigue hasta la muerte cuando se apaga su vida y se hace aguas la República de Colombia inventada por Francisco de Miranda y decretada por Bolívar espada en mano.

El Cabildo del 19 de abril de 1810 asume todo el Poder. Ya estaba contemplado en la Ley. Cuando falta el gobernador ese cuerpo, en todas las ciudades de la Provincia, lo asumen a plenitud mientras llega uno nuevo. En este caso se produce una revolución. Se rompe con el Gobierno de España porque no existe. La soberanía regresa al pueblo. El Cabildo representa al pueblo. Madariaga sólo al Clero: “fueron nombrados por el pueblo y son el teniente de caballería don Gabriel de Ponte, don José Félix Rivas y el Teniente retirado don Francisco Xavier de Ustriz, bien entendido que los dos primeros obtuvieron su nombramiento por el gremio de pardos, con la calidad de suplir el uno las ausencias del otro sin necesidad de su simultánea concurrencia”. No es que los pardos, la mayoría de la población, van a cogerse el gobierno ni a la sociedad que seguirá en manos de los godos llamados “blancos de la plaza, mantuanos y nobles todavía y por ahora.

Antes de firmar el Acta, encabezada con rúbrica por Emparan, se redacta una rectificación, una corrección: “En este estado, notándose la equivocación padecida en cuanto a los diputados nombrados por el gremio de pardos, se advierte ser sólo el expresado don José Félix de Rivas”. Y una coletilla de la mayor importancia: “toda la tropa de actual servicio tenga pret y

sueldo doble”. Porque sin los militares no hay golpe de estado. Pret:: la ración o el salario del soldado, sueldo al oficial.

Esa Acta histórica -que cumple 200 años el 19 de abril del 2010 sin pena ni gloria- fue firmada por 35 hombres, pues las mujeres no se metían en política pero podían dominarlos con otros ardides, María Antonia Bolívar, hermana, Manuelita Sáenz, concubina, Joseph Cortes, el Madariaga, “como diputado del clero y del pueblo”. Doctor Francisco José Ribas, “como diputado del clero”, doctor Juan Germán Roscio, “como diputado del pueblo”, doctor Félix Sosa “como diputado del pueblo”, José Félix Rivas y Francisco Xavier Ustriz por el “Gremio de pardos”.



RESEÑAS BREVES DE CORALES MÉDICAS DE INSTITUCIONES ASISTENCIALES PÚBLICAS Y PRIVADAS

Dr. Cutberto Guarapo Rodríguez.

Especialista II en Cirugía General y en Ginecología y Esterilidad Matrimonial. Individuo de Número Electo de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, Sillón XXXVIII. Invitado de Cortesía de la Academia Nacional de Medicina. Tenor de la Coral de la Policlínica Metropolitana. 3er., Adjunto del Servicio de Cirugía General “Dr. Pedro Manrique Lander” del hospital “Dr. Carlos J. Bello” de la Cruz Roja Venezolana

CORAL DEL CENTRO MÉDICO DE CARACAS.

Inicia su actividad el año 1.957 bajo la Dirección de la profesora Neleb García y Coordinación de Nataly de García, con patrocinio de la Sociedad Médica; funcionó por 3 años. El Dr. Douglas Cedeño promueve actualmente su reactivación con la Dirección del profesor Carlos Monascal y patrocinio de nuevo de la Sociedad Médica y entre sus objetivos principales está el montaje del himno de la institución.



Coral del Centro Médico de Caracas

CORAL “DR. JOSÉ GESSEN CAMPOS” DEL HOSPITAL DE NIÑOS “DR. J.M. DE LOS RÍOS”.

Comienza su funcionamiento el 15-09-1982 con la Dirección de la profesora Teresa Jaén, luego de un receso obligado de 6 años reaparece el 08-12-1995 con la conducción del profesor José Romero, asumiendo el nombre de “Dr. José Gessen Campos”, en honor a este ilustre pediatra quien perteneció al plantel de profesionales de la institución. Participó en el VII Encuentro Nacional de Corales de Colegios de Médicos, celebrado en el auditorium de la Electricidad de Caracas y en actividades culturales del hospital para luego disolverse de nuevo.

CORAL DE LA MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS.

Desde sus inicios fue dirigida por la profesora Eloisa Romero, hija del maestro Aldemaro Romero (+), sucediéndole la profesora Cira Parra para culminar, desde 1992 al 1995, con la profesora Arminda Mijares, disolviéndose la agrupación

posterior a la renuncia de ésta por razones administrativas. Sus actuaciones fueron numerosas, entre las cuales se cuentan las de los clubes Táchira, Puerto Azul y Círculo Militar, en aniversario de las Damas Voluntarias y actos de la Institución. Su Coordinadora fue la Sra. Cira Sulbarán, quien además se desempeñaba como secretaria del Dr. Oscar Agüero, ícono de la Gineco-Obstetricia en Venezuela, lamentablemente fallece a los 45 años de edad debido a accidente cerebrovascular aneurismático. Del total de sus 15 integrantes se discriminó su plantel en 6 médicos, 4 bioanalistas, 2 enfermeras y 2 secretarías además de su Directora.



Inicia sus actividades en Noviembre de 1993, con la Dirección de la profesora Ana Alcalá Franco, por iniciativa de la Gerencia de Operaciones del hospital. Su Concierto Inaugural fue el 14-12-1993 y a partir de entonces se transforma en embajadora cultural de la institución. Su desempeño fue inconsistente hasta suspenderlo para ser retomado el año 2000 por iniciativa del Dr. Pedro Martínez Poyer, gineco-obstetra, accionista de la clínica y reconocido tenor. Pervive hasta el año 2006 cuando se disuelve por renuncia de su Director, el profesor Oscar Galián Hernández. Del total de sus 16 integrantes 6 eran médicos y 10 empleados de la institución. Participó en diferentes eventos, destacándose el III Festival de Música Navideña en la Biblioteca Pública “Bernardo Núñez” en 1993, en Encuentros de Corales de Colegios de Médicos y en actividades del Hospital de Clínicas Caracas.

CORAL DE LA POLICLÍNICA METROPOLITANA.

Se crea por iniciativa de un grupo de miembros de la familia



Coral de Hospital de Clínicas Caracas



Coral de la Policlínica Metropolitana

de la Policlínica, con respaldo de su Junta Directiva, presidida por el Dr. Santos Erminy y la Sociedad Médica, en Diciembre de 1993. Su primer concierto lo realizan en julio de 1994 con la Dirección de la profesora Carol Montagutelli, en la sede del Colegio de Médicos del Edo. Miranda, siendo apadrinados por la Coral de esta institución y el 01-12 de ese año ofreció su Concierto Inaugural en la Policlínica, cumpliendo su 1er. Encuentro Musical, en la misma, en Junio de 1995. Ha realizado múltiples presentaciones exitosas, interrelacionándose con otras agrupaciones polifónicas, llevando su mensaje de armonía a instituciones docentes, culturales, científicas y de acción social.

Es una agrupación sin fines de lucro, conformada por médicos, enfermeras, profesionales afines, familiares y amigos con vocación por la música coral, enfocados en proyectar el carácter humanístico de la institución, fomentando el desarrollo del Movimiento Coral de las áreas de la salud. El 01-12-1994 ofreció su Concierto Inaugural en la Policlínica y en junio de 1995 cumplió con el 1er. Encuentro Musical en la misma sede, realizando luego múltiples presentaciones en eventos médicos.

Posteriormente es dirigida por el profesor Luis Edo. Galián Hernández, montando el 1er. Festival de Coros "Somos América", con ocasión de celebrar el 25 Aniversario de la Policlínica Metropolitana, centro éste de alta tecnología y servicio de salud en todos los niveles, genuina representación del abolengo médico, de profundo sentido humanista. Contó con la Sub-Dirección de la profesora Laura Strubinger, quien fue Coordinadora de Cultura de la Facultad de Ciencias Económicas de la UCV. Al profesor Galián le sustituye, desde el año 2011, el profesor Raúl López Moreno, actual Director (E) del Orfeón Universitario, Patrimonio Cultural de la Nación y Director de la Coral CONATEL, quien ha demostrado elevada calidad profesional y humana, cultivando el aprecio de todos los integrantes de la agrupación.

La Coordinación de la Coral la lleva la Lic. Aída de Russián,

psicopedagoga de profesión y fundadora de la misma con el apoyo incondicional de su esposo el Dr. Luis A. Russián, ilustre neurocirujano y accionista de la policlínica, desde hace 18 años.

CORAL "ENSAMBLE VOCAL" DE LA CLÍNICA SANTA SOFÍA.

Estrena sus actuaciones en Octubre del año 2009, con la Dirección del Dr. Fernando Roa, pediatra neo-natólogo y reconocido pianista muy conocido en el medio musical. Surge por inquietud del Dr. Ricardo Méndez, quien en conjunto con la Sra. Eudilma López se propusieron el reto de crearla, compartiéndolo con el Dr. Hernán Morón y el apoyo de la Sociedad Médica.

Apadrinado por la Coral de la Policlínica Metropolitana en su primer aniversario, se ha presentado en varios eventos de la clínica tales como el del Día del Médico, Día de la Enfermera y



Coral de la Policlínica Metropolitana



en Navidad. Participó en el II y III Encuentro Coral celebrado en el Salón Automotriz Siglo XXI. Se ha presentado en la Casa Hogar “San José” y en la Casa Hogar “El Paraíso” como parte de su labor social. Consta de nueve integrantes de reconocida calidad vocal.

También han surgido otras agrupaciones corales de importancia tales como la del IVSS y la de la Facultad de Medicina de la UCV, integrada, esta última, con la de la Facultad de Ingeniería en los últimos años, realizando exitosas presentaciones entre las que se encuentra la del Paraninfo del Palacio de las Academias, en acto de la Academia Nacional de Medicina, en ascenso a Individuo de Número de uno de sus integrantes. Esperamos recabar mayor información sobre el desenvolvimiento de estas agrupaciones corales.



TESTAMENTO DE PAVLOV

Dr. Abraham Krivoy y Lic. Fancis Krivoy de Taub

Invitamos a los Colegas a enviarnos para esta sección de la Revista Centro Médico lecturas cortas recomendadas con mensajes trascendentes. o de valor histórico.

Aquí lo iniciamos con el Testamento de Pavlov que mantiene toda la vigencia para quien desee dedicarse a la ciencia.

Dr. Abraham Krivoy y Francis Krivoy de Taub

Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936).

Fisiólogo ruso discípulo de Ivan Sechenov y ganador del Premio Nobel en 1904 por sus investigaciones sobre el funcionamiento de las glándulas digestivas. Trabajó de forma experimental y controlada con perros, a los que incomunicaba del exterior en el laboratorio que se pasó a llamar “las torres del silencio”. Sus estudios lo llevaron a interesarse por lo que denominó secreciones psíquicas, o sea, las producidas por las glándulas salivales sin la estimulación directa del alimento en la boca. Pavlov notó que cuando en la situación experimental un perro escuchaba las pisadas de la persona que habitualmente venía a alimentarlo, salivaba antes de que se le ofreciera efectivamente la comida; no obstante, si las pisadas eran de un desconocido, el perro no salivaba. Estas observaciones le inspiraron para llevar a cabo numerosos estudios que fueron la base del Condicionamiento Clásico. Nunca se consideró un psicólogo, y hasta el fin de sus días sostuvo que era un fisiólogo.

Se negó a explicar el Condicionamiento Clásico según la opinión corriente de que la salivación del perro frente a un indicador cualquiera se debe a su expectativa de que habrá de recibir alimento. Rechazó toda explicación basada en una supuesta “conciencia” del perro, apegándose estrictamente en cambio a las explicaciones fisiológicas.

Hoy se estima que la obra de Pavlov ha sido precursora, ya que fue el primero en efectuar investigaciones sistemáticas acerca de muchos fenómenos importantes del aprendizaje, como el condicionamiento, la extinción y la generalización del estímulo.

Si bien Pavlov no creó el conductismo, puede decirse que fue su pionero más ilustre. John B. Watson quedó impresionado por sus estudios, y adoptó como piedra angular de su sistema el reflejo condicionado.

TESTAMENTO DE PAVLOV

“¿Qué deseo a la juventud de mi patria que se dedica a la ciencia?”



Antes que nada, PERSEVERANCIA. Sobre esta premisa importante para un trabajo científico óptimo, nunca puedo hablar sin conmovirme.

¡Perseverancia, perseverancia y otra vez perseverancia! Desde el principio de vuestra tarea, debéis educaros en la mayor perseverancia, en la acumulación del saber.

Aprended primero el abc de la ciencia, antes de querer escalar la cumbre. Nunca atacéis lo siguiente si no habéis dominado antes a lo anterior: no tratéis nunca de ocultar los huecos de vuestro saber, ni aun con las más osadas suposiciones e hipótesis. Aun cuando vuestro ojo se deleite con las irisaciones de esa pompa de jabón, no olvidéis que va a estallar irremediablemente y no os dejará otra cosa que vergüenza.

Educaos en el autodomínio y en la paciencia. Aprended a hacer también el trabajo menudo de la ciencia; estudiad, comparad y acumulad hechos.

Por más perfectas que sean las alas de un ave, nunca podría remontarse en vuelo si no pudiese apoyarse en el aire. Los hechos son el aire del sabio. Sin ellos jamás aprenderéis a volar. Sin ellos vuestras “teorías” son trabajo perdido.

Tratad entonces al estudiar, al experimentar y al observar, de no permanecer en la superficie de los hechos; no os convirtáis en archivistas de hechos. Tratad de penetrar en el secreto de



su origen, buscad tenazmente las leyes que los rigen.

Lo segundo es MODESTIA. No creáis nunca que ya lo sabéis todo. Por más que os valoren, tened siempre el coraje de deciros: soy un ignorante.

No os dejéis dominar por el orgullo. Por orgullo os volveréis tercos, donde deberíais ceder. Por orgullo vais a rechazar el consejo útil y la ayuda amistosa; por orgullo vais a perder la medida para la objetividad.

En el trabajo colectivo dirigido por mí, la atmósfera lo hace todo.

Servimos todos a un deber común, y cada cual se exige a sí mismo según sus fuerzas y posibilidades. Muchas veces no se puede distinguir qué es “mío” y qué es “tuyo”, pero con ello gana nuestra obra común.

Lo tercero es PASION. Pensad que la ciencia exige al hombre por entero. Y si tuviérais dos vidas, no os bastarían. Grandes esfuerzos y ardiente pasión exige la ciencia del hombre. Sed apasionados en vuestro trabajo y en vuestra búsqueda...”.



LAZOS PARA LA HUMANIDAD










ARTE Y MEDICINA

En el 65 aniversario del Centro Médico de Caracas el arte y la medicina se fusionan en la obra Lazo para la Humanidad como símbolo de la lucha contra las enfermedades y la defensa permanente de la salud y la vida.

Símbolo de solidaridad

El “Lazo para la Humanidad” es una obra que simboliza la unión de muchas organizaciones que dan sustento al concepto de la vida, respeto, derecho y solidaridad global, para crear conciencia sobre la preservación de todos los seres vivos.

La lucha contra las enfermedades está definida con más de 80 colores, a través de los cuales se expresa el apoyo a una patología determinada.

-  HIV, hepatitis C, problemas cardiovasculares
-  Cáncer
-  Antitabaco
-  Alzheimer, Lupus
-  Duelo
-  Paz, derecho a la vida
-  Cáncer de mama
-  Diabetes
-  Desórdenes de alimentación



Sydia Reyes

Escultura venezolana nacida en Caracas en 1957. Su trayectoria registra más de 15 exposiciones individuales y numerosas colectivas. Ha recibido premios y reconocimientos en Japón, Francia, Egipto, Colombia, Estados Unidos y Venezuela. Su obra está presente en diversos espacios urbanos, parques, museos y empresas privadas, a nivel nacional o internacional. Por más de 20 años, ha mostrado una visión amplia del mundo explorando la sincronización entre vida y arte para expresar su preocupación ante diversos aspectos de la sociedad contemporánea. www.sydiareyes.com





IN MEMORIAM

Dr. PEDRO MORGADO NIEVES, falleció el 03 marzo de 2013.

Dr. GUILLERMO PAZ COMBES, falleció el 23 de enero de 2013.

El Dr. ALFONSO JACIR SALAMA, quien fuera miembro Accionista de nuestra institución, falleció el día martes 4 de septiembre de 2012.

EL DR. JESÚS MARÍA MORALES URBANO quien fuera miembro Accionista de nuestra institución, falleció el viernes 28 de septiembre del 2012.

IN MEMORIAM 2011

Nuestros médicos fallecidos en 2011

Dr. Gustavo Pérez Jimenez

Dr. Ivonne Anabella Pimentel

Dra. Cristina Fleury De Bacalao

Dr. Rafael Lander Urdaneta

Dr. Guillermo Ramírez Portocarrero

Dr. Guillermo Torres Castillo



PUNTOS VARIOS

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA ADMITIÓ VOCABLO PROPUESTO POR VENEZOLANO

El 12 de junio de 2012, la Real Academia Española admitió el vocablo “Asclepiano” propuesto por el médico, escritor, poeta, articulista y conferencista, Ricardo León Celaya.

Este término se propone como calificativo para designar a las personas cuyos oficios o profesiones están relacionados con el área de la salud: médicos, odontólogos, bioanalistas, enfermeras, radiólogos, técnicos auxiliares y demás trabajadores. “El asclepiano puede percibirse como un ser altruista, profundamente bondadoso, cuyo deber es ayudar sin mirar a quien y sin recibir nada o muy poco a cambio”, detalló Ricardo León Celaya.

El doctor explicó que el término se inspira en la figura de Asclepios, Dios griego de la medicina y la salud. “Esta deidad ha sido utilizada emblemáticamente en forma de serpiente como símbolo de poder, protección medicina y salud por diversas instituciones del mundo”.

La presentación del término la realizó el pasado 2 de noviembre de 2011 ante la Real Academia Española. Ricardo León Celaya recibió el premio literario “Dr. Rafael Guerra Méndez” por el trabajo “Génesis del emblema Médico”. (GEF)

FALLECIMIENTO DEL DOCTOR ENRIQUE AGÜERO GORRÍN, quien por muchos años ejerció como Consultor Jurídico de la Federación Médica Venezolana. Octubre 6 del 2012

Los trabajadores de la Administración Pública venezolana seguramente no conocen la evolución de las luchas que terminaron permitiendo la conquista del derecho a contratar colectivamente con su patrono. Por años, la inteligencia jurídica nacional dio soporte a la tesis gubernamental que lo negaba, con base en una

disposición constitucional que prohibía a los empleados públicos contratar con el Estado. Era sin dudas una interpretación artera que trasladaba al campo laboral una norma dirigida a impedir que un funcionario obtuviera ventajas indebidas derivadas de su cargo al momento de contratar, claro, en el ámbito privado.

Desde la Federación Médica Venezolana se emprende la larga pelea que finalmente concreta la conquista. En ese camino se contó con la decidida participación de un abogado de excepción, el doctor Enrique Agüero Gorrín, quien por muchos años ejerció como Consultor Jurídico de la institución.

Su hija acaba de informarme de su dolorosa muerte, justo en este momento. No se me ocurre mejor homenaje que dejar constancia para la posteridad de ese tan significativo aporte del doctor Agüero a las luchas de los trabajadores, su eterna preocupación.

Paz a su alma y un abrazo caluroso a sus familiares.

Jesús Méndez Quijada.
Expresidente de la Federación Médica Venezolana.



INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

1. Política Editorial

La revista del Centro Médico de Caracas es el órgano oficial de divulgación científica y cultural de la Sociedad Médica del CMC, para la publicación de artículos originales o primarios o los resultados de la investigación de los mismos dirigidos a un comité editorial para su publicación bianual.

El comité editorial está constituido por el editor y miembros seleccionados por la Junta Directiva de la Sociedad Médica del Hospital Privado Centro Médico de Caracas. Tiene además un comité asesor integrado por especialistas que fungen de árbitros. Estos así como el Comité editorial, deben respetar la confidencialidad de los autores y el contenido de los manuscritos.

El comité editorial puede hacer las correcciones que considere pertinentes informando debida y oportunamente al autor o los autores, así mismo el comité editorial podrá consultar con especialistas en temas ajenos a la competencia de los miembros del comité.

2. Sobre los trabajos

Estos pueden ser inéditos o no, pero deben ser revisados por el editor, comité editorial, o expertos en temas específicos, asegurando la confidencialidad a los autores.

3. Como se preparan los manuscritos

La revista Centro Médico de Caracas publica editoriales, artículos de revisión, artículos originales (publicados o no), artículos doctrinarios de la Medicina, la Salud pública, y la comunidad. También publica reportes de casos clínicos, reuniones anatómo-clínicas, cartas al editor, artículos sobre temas culturales presentados en la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas.

Los artículos deben ser enviados en CD, Pen Drive, por e-mail, Tamaño carta a dos espacios y formato Word.

En la primera página el título. que no exceda las 40 pulsaciones. luego el nombre de los autores, con sus grados académicos y sus afiliaciones institucionales, e-mail y teléfonos.

En la segunda página un resumen en español e inglés de un máximo de 200 palabras, que contenga el objetivo, método, resultados y conclusiones, incluyendo entre 3 y 10 palabras claves. Sugerimos para la elaboración del contenido del manuscrito consultar las recomendaciones internacionales: <http://www.español.equatornetwork.org>

Las referencias son las mencionadas en el texto con números entre paréntesis, colocarlo inmediatamente luego del nombre del autor o autores, y en el orden en que van apareciendo en el texto con las siguientes normas:

1. Para revistas o publicaciones periódicas: apellido(s) del autor (es) , inicial del nombre (s). Título del artículo, Abreviatura internacional de la revista. año, volumen, páginas, inicial y final.
2. Si se trata de libros: Apellido(s)del autor(es)inicial del nombre(s). Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad). Casa editora, año
3. Capítulos de libro: Apellido(s) del autor(es), inicial del nombre(s). Título del capítulo, Apellido(s) e inicial(es) del editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad) casa editora, año. páginas inicial y final-

El comité editorial se reserva el derecho de modificar los artículos aceptados, para adaptarlos a las normas de publicación.

Dirección para recepción de los manuscritos info@sociedadmedica.org

Centro Médico de Caracas, Anexo A, Auditorio Dr Joel Valencia Parpacén, Caracas.DC. Venezuela.