

Repertorio



de Medicina y Cirugía

Revista de la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José
y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

**Dolor en el
recién nacido**

**Resultados de
queratoplastias
penetrantes**

Perspectivas de la endocrinología para el año 2003

William Rojas G. MD.



La endocrinología es el área de la medicina que más ha progresado en los últimos años. Estos adelantos no sólo han sido clínicos sino también en ayudas diagnósticas y en biología molecular e inmunología.

En el área clínica se ha avanzado por el desarrollo de nuevos fármacos y hormonas sintéticas similares a las humanas, que hacen los tratamientos más fisiológicos y tolerables para el organismo; el laboratorio ha desarrollado grandes avances, desde el desarrollo inicial de los métodos de radioinmunoanálisis hasta los procesos actuales de fotoquimioluminiscencia. Pero no sólo la posibilidad de medición ha avanzado sino también se ha acelerado la rapidez de los procesos, de tal modo que en la actualidad la determinación de cualquiera de las hormonas que se analizan en forma rutinaria en la práctica clínica no dura más de 45 minutos, cuando antes podía tardar días. Por último, los mayores avances se han presentado en el campo de la biología molecular pues, mediante ésta, el conocimiento de la fisiología del ser humano se ha complementado de una manera ni siquiera imaginada hace un siglo.

De acuerdo con lo anterior, podría decirse que las perspectivas para la endocrinología, no sólo en el 2003 sino en los siguientes 10 años, podrían ser muy halagüeñas.

Sin embargo, este futuro tan prometedor para el desarrollo del conocimiento presenta nubes que ensombrecen el panorama del ejercicio de la especialidad, al menos en nuestro país, que no es muy diferente al de otros sitios. Desde el punto de vista científico, la endocrinología es una especialidad que se relaciona con la mayoría de las otras especialidades médicas, a tal punto que afecciones de naturaleza hormonal como el síndrome de ovario poliquístico lo manejan los ginecólogos; el feocromocitoma los nefrólogos; las dislipidemias, ejemplo típico de enfermedad metabólica, los cardiólogos; la osteoporosis, enfermedad endocrina del hueso, los reumatólogos, los ginecólogos, los ortopedistas; y así sucesivamente.

Esto puede ocurrir por afinidad de los sistemas que estudian, pero, lamentablemente, éstos también pueden ser movidos por las tendencias comerciales de los laboratorios farmacéuticos, que promocionan sus productos en los nichos científicos donde más se pueden formular. En este sentido, es mejor promover una estatina de última generación ante 1500 cardiólogos que manejan enfermedad coronaria, que 150 endocrinólogos que tratan la dislipidemia. Otro aspecto del

ejercicio de la especialidad, que ha creado un obstáculo para el desarrollo de la misma en nuestro medio, es la remuneración de los profesionales. Dentro de las especialidades médicas, las áreas con mejores ingresos son aquellas que tienen procedimientos quirúrgicos o diagnósticos, como la gastroenterología, la cardiología o la hematología. En la nuestra, el único procedimiento que hacemos es la biopsia aspirativa con aguja fina de tiroides, que también la hacen radiólogos, patólogos, cirujanos de cuello o arriesgados internistas. Por lo tanto, nuestros ingresos están soportados sólo por la consulta, y no quiero mencionar aquí cuánto paga una empresa promotora de salud (EPS), así, no es alta la rentabilidad. En términos económicos, esto se podría compensar con el volumen de consulta, pero viene otro obstáculo: las dislipidemias las manejan los cardiólogos, la osteoporosis los reumatólogos y la diabetes, salvo excepciones que confirman la norma, algunos médicos generales que hacen uno año de entrenamiento en diabetes en Argentina y llegan con el título de diabetólogos. Quiero imaginarme qué sucedería si a los neumólogos les llegaran los médicos generales asmólogos; o a los hematólogos los anemiólogos, y a los cardiólogos los coronariólogos.

Pero no todo puede ser negativo. Así como hemos perdido en parte el manejo de algunas enfermedades endocrinas, hemos ganado en otras que por lo regular eran quirúrgicas. Así, estamos enfrentando la acromegalia con tratamiento médico; los prolactinomas ya no son de solución quirúrgica salvo algunas indicaciones especiales; ya se piensa en la hipertensión arterial de naturaleza endocrina y cada vez más estamos manejando alteraciones ginecológicas de origen endocrino. El desarrollo científico de la especialidad la está convirtiendo en invitada obligada a todos los congresos, pues sus enfermedades están en relación íntima con el dominio de la biología molecular, circunstancia similar a lo que sucedió con la epidemiología clínica, que pasó de herramienta estadística a ser la protagonista estrella de todos los congresos, por aquello de la medicina basada en la evidencia.

En nuestro medio hay bastante por hacer en este sentido y la Sociedad Colombiana de Endocrinología está trabajando en la certificación de los especialistas; se están creando grupos de trabajo multidisciplinario para el manejo de patologías como cáncer de tiroides, tumores hipofisarios, clínica de osteoporosis, etc, y en nuestro hospital de San José, la Clínica de Tiroides es reconocida localmente. Se está reiniciando la Clínica de Patología Selar, está el proyecto de hacer la Clínica de Osteoporosis, la de Obesidad, y orgullosamente somos desde hace cinco años, la especialidad médica con el más alto índice de consulta.

* Jefe Servicio de Endocrinología Hospital de San José.

DOLOR DEL RECIÉN NACIDO

Juan Augusto Perna, MD.*

La pregunta si los recién nacidos sienten dolor es un tema de interés general. La administración de una analgesia adecuada al recién nacido se vio obstaculizada por un error de concepto en lo referente a la madurez neurofisiológica del neonato y a la pobreza de los trabajos que reflejan el dolor.

Aunque es cierto que muestran una inmadurez funcional en muchos sistemas corporales, incluido el neurológico, no hay duda que el recién nacido percibe y responde adecuadamente al dolor, incluso a las 26 semanas de edad gestacional.

Neurodesarrollo de la percepción dolorosa

En el pasado decenio se incrementó notablemente el interés por el manejo del dolor en los neonatos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo.

Los lactantes tienen capacidad neurológica para percibir dolor al nacimiento, incluso cuando son prematuros. (1)

Las estructuras periféricas y centrales necesarias para la nocicepción están presentes y funcionales al principio de la gestación (entre el 1° y 2° trimestre). Se ha demostrado madurez funcional de la corteza cerebral fetal por medio de:

- a. Tipos de electroencefalograma y potenciales evocados corticales.
- b. Medición de la utilización cerebral de glucosa, que muestra tasas metabólicas máximas en áreas sensoriales del cerebro.
- c. Períodos bien definidos de sueño y de vigilia, regulados por funcionamiento cortical, a partir de las 28 semanas de gestación.

Los recién nacidos poseen ejes hipotálamo–hipófisis–suprarrenal bien desarrollados y pueden tener reacciones de agresión o escape con la liberación de catecolaminas y cortisol. Los estímulos mecánicos, térmicos o químicos nocivos excitan fibras eferentes primarias, que transmiten información acerca de estímulos posiblemente dañinos desde la periferia hasta el asta dorsal de la médula espinal.

Existe alguna diferencia en los procesos nociceptivos entre los recién nacidos y los adultos. Por ejemplo, la transmisión de impulsos dolorosos en neonatos sucede principalmente a lo largo de las fibras C no mielínicas, más que por las fibras delta amielínicas; por lo que hay menor precisión en la transmisión de la señal dolorosa en la médula espinal, que carece de neurotransmisores inhibidores descendentes. (1, 3) De esta manera, los lactantes pequeños pueden percibir dolor en forma más intensa que los adultos o niños mayores, ya que sus mecanismos de control descendentes son inmaduros y limitan su capacidad para modular la experiencia. En consecuencia, es posible examinar las reacciones de los recién nacidos a estímulos dolorosos, entre ellos: (4)

- Aumento de la frecuencia cardíaca
- Disminución de la presión transcutánea de oxígeno
- Aumento de la frecuencia respiratoria
- Aumento de la presión sistólica
- Expresión facial
 - Protrusión de cejas
 - Ojos apretados
 - Pliegue nasolabial
 - Labios abiertos
- Sudoración emocional
 - Aumento en la pérdida palmar de agua
- Llanto
 - Aumento en el porcentaje de tiempo de llanto
 - Cambio en el llanto
- Retiro inmediato de ambas piernas
- Cortisol
 - Aumento en la concentración.

* Pediatra, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Hospital de San José.

Definición de dolor

“Una experiencia sensorial y emocional no placentera, coexistente con daño tisular real o posible, o descrito en términos de tal daño”. (5) Esta definición también establece que el dolor es siempre subjetivo y se aprende por experiencias relacionadas con la lesión al principio de la vida. Esta definición es problemática si se tiene en cuenta que los recién nacidos no pueden informar por sí mismos y que no han tenido experiencia previa con alguna lesión.

Por eso, Anand y Craig (6) proponen que la percepción del dolor es una característica inherente de la vida, que aparece tempranamente en el desarrollo, para servir como sistema de señales para daño tisular.

Aunque el dolor puede servir como advertencia de lesión, los efectos del dolor son dañinos. Este despierta reacciones negativas fisiológicas, metabólicas y conductuales en los recién nacidos.

El estado catabólico inducido por el dolor agudo puede ser más dañino en recién nacidos, los cuales tienen tasa metabólicas más altas y menor reserva nutricional que los adultos. El dolor origina anorexia, mal aporte nutricional, retraso en la cicatrización de heridas, trastornos de la motilidad y del sueño, irritabilidad y regresión del desarrollo. El dolor no tratado prolonga la hospitalización y la convalecencia.

Naturaleza y frecuencia del dolor en la unidad de cuidado intensivo neonatal

Los neonatos pretérmino y a término hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN) están expuestos a numerosas y variadas fuentes de dolor y de estrés, que pueden ser con daño tisular o sin éste.

Las fuentes de dolor con daño tisular más frecuentes comprenden:

- Pinchazos con lancetas en el talón
- Inserción de catéteres venosos y arteriales
- Punción lumbar
- Drenaje vesical

Los procedimientos sin daño de tejidos son:

- Inserción de una sonda orogástrica
- Aspiración
- Intubación
- Retiro de cintas adhesivas

Las técnicas usadas para realizar procedimientos pueden influir de manera significativa en las reacciones al dolor de los recién nacidos. Por ejemplo, el pinchazo en el talón hecho con lancetas mecánicas, en comparación con lancetas manuales, da por resultado la disminución de la angustia conductual y fisiológica, y significa menos punciones, incremento en los volúmenes de sangre, y reducción de la hemólisis y la equimosis. (7-9) El uso de una lanceta mecánica fue más eficaz que la mezcla eutéctica de anestésicos locales para reducir la reacción dolorosa local.

El calentamiento del talón no tuvo efecto sobre la reacción al dolor.

Se demostró que la venopunción causa menos dolor que la lanceta del talón y es el método más deseable para obtener muestras de sangre en neonatos, cuando lo realizan profesionales de salud capacitados. (10,11)

Los catéteres venosos centrales insertados por vía percutánea son los preferidos porque requieren menos intentos para la inserción de cada dispositivo, en comparación con los dispositivos intravenosos periféricos.

Se conoce mucho menos acerca de la naturaleza del dolor relacionado con la hemorragia intracraneal o la hidrocefalia posthemorragia, y falta información sobre el dolor recurrente o crónico causado por daño extenso de los tejidos, como en casos de epidermólisis bullosa o enterocolitis necrosante.

Estrategias farmacológicas del tratamiento del dolor

En el pasado decenio, el tratamiento farmacológico para sucesos dolorosos anticipados, como cirugía y algunos trastornos médicos, mejoró considerablemente en los recién nacidos.

Cuando se piensa en el tratamiento farmacológico del dolor se debe tomar en cuenta el metabolismo de

los recién nacidos. Conocer la farmacocinética (el desplazamiento de los fármacos en el organismo en el transcurso del tiempo) y la farmacodinamia (la relación dosis-reacción) en ellos proporciona la base para una dosificación segura y eficaz de la analgesia.

La farmacocinética es afectada por:

- La calidad de la absorción (gástrica, intramuscular y cutánea)
- La distribución (la unión a proteínas y la del agua corporal en los compartimientos)
- La eliminación de los medicamentos (metabolismo hepático y renal)

También se debe prestar atención a las diferencias en las funciones metabólicas del nacido pretérmino y a término. Por ejemplo, los prematuros requieren dosis menores, o intervalos de las dosis más prolongados que los recién nacidos a término, para conservar concentraciones terapéuticas semejantes.

En los prematuros no ventilados, la dosis de los opiáceos es una cuarta parte de la dosis inicial recomendada. Los neonatos pueden desarrollar rápidamente tolerancia a los opiáceos, de manera que pueden requerir grandes dosis para lograr un control adecuado del dolor. (2)

Analgésicos opiáceos

Son los analgésicos de uso más frecuente en los recién nacidos gravemente enfermos de la UCIN. Sus ventajas comprenden su potencia analgésica sin un efecto de techo, sus efectos sedantes, la conservación de la estabilidad hemodinámica y la reversibilidad de los efectos adversos. (12)

Los opiáceos prescritos con mayor frecuencia en la UCIN son la morfina y el fentanilo. Actúan como agonistas para los receptores opiáceos endógenos en el sistema nervioso central. Aunque se considera que los efectos analgésicos son semejantes, la morfina puede proporcionar mayor sedación, menor riesgo de rigidez de la pared torácica y tolerancia menos rápida que el fentanilo.

Morfina

Es el agonista estándar del receptor μ , con el cual se comparan otros opiáceos.

Para recién nacidos ventilados o para los operados, las dosis intermitentes (0,05 – 0,15 mg/kg) se pueden administrar en venoclisis lenta (10 a 20 minutos) y aplicarse cada 4 a 6 horas por vía intramuscular.

En razón de las diferencias de los prematuros y los recién nacidos a término, el uso de morfina requiere un ajuste en la dosis. Este ajuste es especialmente aplicable al recién nacido con antecedentes de apnea, insuficiencia renal o hepática, enfermedad neuromuscular o espina bífida. (12)

Fentanilo

Es un fármaco lipofílico, que cruza la barrera hematoencefálica con mayor rapidez y menos liberación de sustancias que la morfina. Por lo tanto, tiene inicio rápido de acción y duración más breve que la morfina. Tiene metabolismo hepático y se utiliza en venoclisis continua. Puede causar rigidez de la pared torácica, efecto que se puede revertir con relajantes musculares.

El sulfentanilo y el alfentanilo tienen poca utilidad clínica práctica para el tratamiento de dolor en recién nacidos.

Codeína

No se administra a los neonatos en la UCIN.

Los efectos adversos de los opiáceos son:

- Depresión respiratoria
- Sudoración excesiva
- Náusea y vómito
- Prurito, estreñimiento, bradicardia, hipotensión, rigidez muscular, convulsiones, retención urinaria, tolerancia y dependencia fisiológica.

La mayor preocupación es la depresión respiratoria, que se puede revertir con la administración de naloxona a 0,001 a 0,1 mg/kg intravenoso o intramuscular.

Analgésicos no opiáceos

La farmacodinamia del acetaminofén, los salicilatos y los AINES en recién nacidos no es muy diferente de

la correspondiente a niños mayores o adultos. La selección del fármaco depende de la disponibilidad de la vía (oral, rectal o intravenosa), los posibles efectos secundarios, la duración del uso, el propósito de su utilización y el costo. (13)

Acetaminofén

La investigación apoya su eficacia en los neonatos. Es un analgésico no opiáceo muy usado, prescrito para el dolor leve, de acción central y antipirética, muy seguro y excelente en todos los grupos de edad.

La inmadurez hepática en los neonatos puede ser ventajosa, ya que disminuye la producción de metabolitos tóxicos de este fármaco.

La dosis oral está bien establecida (10–15 mg/kg cada 4–6 horas). La dosis rectal adecuada es más alta, dada la vida media más prolongada y la tasa de absorción más variable (20 a 25 mg/kg cada 6–8 horas). (14)

Antinflamatorios no esteroides

La aspirina no se usa para tratar el dolor en los recién nacidos, dada su relación con el síndrome de Reye y por sus efectos secundarios gastrointestinales, la disfunción plaquetaria y su capacidad para desplazar la bilirrubina de la albúmina.

Otros AINE usados en los niños, como el ibuprofeno, el naproxeno y la indometacina, no se recomiendan para el tratamiento del dolor en neonatos. Su uso está orientado al cierre del ductus arterioso persistente.

Sedantes

Las benzodiacepinas se utilizan en combinación con analgésicos opiáceos para el tratamiento del dolor secundario a procedimientos y en el postoperatorio.

Son agonistas para receptores específicos en el cerebro y la médula espinal, y no se deben utilizar en lugar de analgésicos debido a su efecto de supresión de reacciones conductuales al dolor y la carencia de efecto analgésico. Poca investigación apoya la inocuidad y la ineficacia de la combinación de estos fármacos en el neonato.

Midazolán

Sólo un estudio demostró los efectos sedantes del midazolán en los recién nacidos y está aprobado para

este uso por la *Food and Drug Administration* (FDA) de los Estados Unidos. (15)

Hidrato de cloral

Fármaco hipnótico que se utiliza para sedación o hipnosis en recién nacidos, principalmente para procedimientos de imagenología. No se conoce el mecanismo de acción, pero produce depresión cerebral leve, y sueño tranquilo y profundo.

El principal metabolito, el tricloroetanol, se acumula con dosificaciones repetidas y se relaciona con efectos adversos como depresión del sistema nervioso central, cambios cardiorrespiratorios, depresión respiratoria, acidosis metabólica y predisposición de los recién nacidos a la hiperbilirrubinemia directa e indirecta. Se requiere mucha vigilancia en los procedimientos por la vida media tan larga.

Anestesia y analgesia regionales

Mezcla eutéctica de anestésicos locales

La crema EMLA al 5%, es una mezcla de lidocaína al 2.5% y prilocaína al 2.5% que, cuando se combina, se disuelve a una temperatura menor de lo que lo hace por separado. Esta interacción permite una concentración eficaz más alta en la piel e incrementa la tasa de captación del fármaco. (16)

No es recomendable en menores de 1 mes, ni en los menores de 12 meses de edad que reciben tratamiento con fármacos que inducen metahemoglobinemia, como el acetaminofén y la sulfonamida.

La crema EMLA es eficaz para reducir el dolor durante la venopunción, la punción arterial, la colocación de catéter venoso y la circuncisión, pero no alivia el dolor durante el pinchazo del talón. (17)

Estrategias ambientales y conductuales de tratamiento del dolor

Las intervenciones no farmacológicas tienen una amplia aplicación en el tratamiento del dolor neonatal

en forma aislada o en combinación con intervenciones farmacológicas. No son sustitutivas ni alternativas de éstas, sino más bien complementarias, y deben considerarse como la base de todo tratamiento del dolor.

Las intervenciones ambientales y conductuales pueden reducir de manera indirecta el dolor neonatal, al disminuir la cantidad total de estímulos nocivos, y directamente por bloqueo de la transducción o transmisión nociceptiva, o por la activación de sistemas de modulación descendiente del dolor.

Existen varias estrategias:

Ambientales: disminución global de la iluminación y alternancia de condiciones día y noche, lo que promueve el sueño, la ganancia de peso y el desarrollo del ritmo circadiano. La manipulación puede reducirse de manera importante, con monitoreo de saturación de oxígeno.

Conductuales: posición flexionada que facilita la estimulación suave, los rollos de cobertores para proporcionar un "nido", o arroparlo, junto con intervenciones vestibulares, como mecedoras o camas de agua, que promueven la estabilidad en indicadores fisiológicos de crecimiento y estados conductuales en recién nacidos. (18,19)

Las técnicas como masajes, balanceo y colchones de agua, proporcionan estímulos táctiles, vestibulares y cenestésicos a los neonatos.

Los efectos tranquilizadores de la succión no nutritiva desencadenan la liberación de serotonina, que puede modular, en forma directa o indirecta, la transmisión y el procesamiento de la nocicepción.

Las sustancias de sabor dulce y la leche proporcionan efectos tranquilizantes en recién nacidos que lloran, y efectos de alivio de dolor para procedimientos invasores aislados, como pinchazo del talón y circuncisión. (20,21,22)

Referencias

1. Fitzgerald M, Anand K. Development neuroanatomy and neurophysiology of pain. En Schechts N, Berde CB, Yaster M (eds): Pain in Infants, Children, and Adolescents. Baltimore, William & Wilkins, 1993, pp 11-31.
2. Stevens B, Gibbins S, Frnck LS. Tratamiento del dolor en la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Clín Ped Nort Am* 2000; 3: 673-91.
3. Fitzgerald M. Developmental biology of inflammatory pain. *Br J Anaesth* 1995; 75:177-85.
4. Marshall RE. Dolor neonatal relacionado con procedimientos diagnósticos y terapéuticos. *Clín Ped Nort Am* 1989;4: 961.
5. Merskey H, Albe-Fessard DG, BonicaJJ, et al. Pain terms: A list with definitions and notes on usage: Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1979; 6:249.
6. Annand KJ, Craig KD. New perspective on the definition of pain. *Pain* 1996; 67:3.
7. Harpin VA, Rutter N: Making heel pricks less painful. *Arch Dis Child* 1983; 58:226-8.
8. McIntosh N, van Veen L, Brameyer H. Alleviation of the pain of heel prick in preterm infants. *Arch Dis Child* 1994; 70:F177-81.
9. Paes B, Janes M, Vegh P, et al. A comparative study of heel-stick devices for infant blood collection. *Am J Dis Child* 1993;147:346-8.
10. Larsson BA, Tannfeldt G, Lagercrantz H, et al. Venipuncture is more effective and less painful than heel lancing for tests in neonates. *Pediatrics* 1998; 101:882-6.
11. Shah VS, Taddio A, Bennett S, et al. Neonatal pain response to heel stick vs. venipuncture for blood samplig: A randomised controlled trial (abstract) *Pediatr Res* 1997; 41:177.
12. Anand KJS, Menon G, Narsinhani U, et al. Systemic analgesic therapy. En: Anand KJS, Stevens B, McGrath PJ (eds): Pain in Neonates, Segunda edición. Amsterdam, Elsevier Science, in press.
13. Houck CS. The management of acute pain in the child. En: Ashburn MA, Rice LJ (eds): The Management of Pain New York, Churchill Livingstone, 1998, pp 651-66.
14. Yaster M, Krane EJ, Kaplan RF, et al. Pediatric Pain Management and Sedation Handbook. St. Louis, Mosby, 1997.
15. Jacqz-Aigrain E, Daud P, Burtin P, et al. Placebo-controlled trial of midazolam sedation in mechanically ventilated newborn babies. *Lancet* 1994; 344:646-50.
16. Blass EM, Shide DJ, Zaw-Mon C, et al. Mother as shield: Differential effects of contac and nursing on pain responsivity in infant rats-evidence for nonopoid meditation. *Behav Neurosci* 1995; 109:342-53.
17. Taddio A, Ohlsson A, Einarson T, et al. A systematic review of lidocaine-prilocaine cream (EMLA) in the treatment of acute pain in neonates. *Pediatrics* 1998; 101:1-14.
18. Deiriggi PM. Effects of waterbed flotation on indicators of energy expenditure in preterm infant. *Nurs Res* 1990; 39:140-6.
19. Fear on behavioural recovery in preterm infants. *J Dev Behav Pediatr* 1997; 18:222-32.
20. Abad NM, Diaz E, Domenech M. Oral sweet solution reduces pain-related behavior in preterm infants. *Acta Paediatr* 1996; 85:854-8.
21. Allen K, White D, Walburn J. Sucrose as an analgesic agent for infants during immunization injections. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150:270-4.
22. Blass EM, Hoffmeyer LB. Sucrose as an analgesic for newborn infant. *Pediatrics* 1991; 87:215-8.

RESULTADOS DE QUERATOPLASTIAS PENETRANTES REALIZADAS EN EL HOSPITAL DE SAN JOSE

Juan F. Díaz-Granados, MD. *, Adriana Suárez**, Silvia Flórez**

Resumen

OBJETIVO: Evaluar los resultados postoperatorios de queratoplastia penetrante en pacientes operados en el Hospital de San José durante un período de 5 años.

MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo analítico, en el cual se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes a quienes se les realizó queratoplastia penetrante en el Hospital de San José, en el período comprendido entre enero de 1996 y julio de 2001, incluyendo las historias clínicas que cumplían los criterios de selección previamente establecidos.

RESULTADOS: Se revisaron 75 historias clínicas, de las cuales 62 cumplieron los criterios de inclusión. Se realizaron 63 trasplantes corneanos en 62 pacientes. 44 fueron hombres y 18 mujeres, con un promedio de edad de 43,95 años. Las indicaciones más comunes fueron queratocono (42,9%), leucoma (28,3%), queratopatía bullosa pseudofáquica y afáquica (19%), y otras menos frecuentes fueron degeneración marginal pelúcida (3,2%) y úlceras corneanas activas (6,3%) La mejoría de la agudeza visual en líneas se encontró entre +10 y -2 con un promedio de mejoría de +3.1 líneas de agudeza visual. Se presentó rechazo inmunológico al injerto en una oportunidad en 31,7% de los casos.

CONCLUSIÓN: La queratoplastia penetrante es un procedimiento seguro y efectivo en la recuperación de la visión en muchos casos de limitación importante de la misma, gracias a los avances en las técnicas quirúrgicas y el mejor control farmacológico de los rechazos inmunológicos. En este estudio se encontró correlación entre la mayor puntuación de factores de riesgo para rechazo y su presencia. El 84,2% de los pacientes mejoró por lo menos una línea de agudeza visual.

Introducción

Los primeros intentos de mejorar la deficiente agudeza visual (AV) causada por opacidades corneanas, a través de métodos quirúrgicos, fueron hechos en 1771 por Pellier de Quengsy, quien propuso la sustitución del tejido corneano opaco por un cristal. La idea de realizar trasplante fue posteriormente expresada en 1813 por Himly, pero el primero en realizar dicho procedimiento fue Reisinger en 1824. (1)

La queratoplastia penetrante (QPP) se refiere al reemplazo quirúrgico de todas las capas corneanas por un botón tomado de una córnea donante. (2,3) Durante el siglo XIX se realizaron múltiples intentos de susti-

tuir córneas opacas utilizando tejidos animales y humanos. (1) Fue realizada exitosamente por primera vez en 1906 por Zirm, en Austria. Hacia 1930 Filatov, en Rusia, inició los primeros trasplantes de córneas tomadas de cadáveres. (3) Luego de esta época de experimentación, el trasplante corneano se popularizó en la década de los 60.

El progreso creciente que ha experimentado esta cirugía se ha debido, principalmente, a la incorporación de perfeccionamientos en la técnica, mejoramiento del instrumental, los trépanos y material de sutura, y el mayor uso de esteroides (4) y otras drogas inmunosupresoras como la ciclosporina, que han reducido los rechazos al injerto en el postoperatorio, en especial en casos de alto riesgo. (5,6) La tasa de falla del injerto corneano es de cerca del 35%, y el rechazo inmunológico del injerto es la causa más común en el período postoperatorio tardío. (7,8)

* Jefe Servicio de Oftalmología Hospital de San José, Especialista en Córnea, Enfermedades Externas y Cirugía Refractiva, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

** Residentes III año, Servicio de Oftalmología Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

En las últimas décadas han cambiado las indicaciones de queratoplastia penetrante (QPP). Antes de los años setenta, la principal indicación era la presencia de enfermedades infecciosas (9), sobre todo de etiología micótica. Posteriormente, hacia el año 1987, con la introducción de la cirugía de catarata con implante de lente intraocular, aumentó de forma importante la queratopatía bullosa pseudofáquica por dos razones: los modelos de lentes intraoculares con diseños aún deficientes y la curva de aprendizaje de los cirujanos. (10,11) Por otra parte, en otras series, el queratocono fue la causa predominante para la realización de dicho procedimiento, independientemente de la época. (9) Otras indicaciones de QPP han sido leucomas de diversas etiologías, distrofias corneanas, otras ectasias corneanas, reinjertos, corrección del contorno corneano anormal, tratamiento de adelgazamiento o perforación, dolor inmanejable de origen corneano y cosmético, entre otros. (2)

El rechazo inmunológico al trasplante de cornea fue descrito por Maumenee en 1950. (14) El diagnóstico de rechazo al injerto corneano se debe considerar solo en aquellos injertos que han permanecido transparentes por lo menos dos semanas después de la queratoplastia, ya que si la opacidad se presenta antes de este período, se trata de una falla del injerto.

No hay síntomas patognomónicos que indiquen la presencia de rechazo al injerto. Sin embargo, los pacientes pueden referir disminución de la agudeza visual, ojo rojo, dolor, lagrimeo y fotofobia. El paciente debe estar alerta al inicio de esta sintomatología para consultar de inmediato con el oftalmólogo.

En modelos animales se han detectado rechazos en tres capas corneanas, epitelio, estroma y endotelio, las cuales se pueden rechazar por separado. Estas mismas observaciones coinciden con el proceso encontrado en los humanos y, en ocasiones, pueden tener presentación simultánea de los tres tipos de rechazo. (12) A pesar de la presencia del rechazo, este tipo de trasplante sigue siendo uno de los más exitosos. (3) Desafortunadamente, es difícil predecir cuáles pacientes van a presentar rechazo al injerto. (8,13)

En el presente trabajo se realizó una evaluación de los resultados postoperatorios de las queratoplastias penetrantes. Los objetivos fueron describir las principales patologías que requirieron trasplante, cuantificar la mejoría en líneas de AV postoperatoria, describir las complicaciones intra y postoperatorias, establecer número y tipo de rechazo al trasplante, y determinar los factores de riesgo que llevaron a rechazo al trasplante.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo y analítico, revisando las historias clínicas de los pacientes sometidos a QPP en el servicio de Oftalmología del Hospital de San José durante el período comprendido entre enero de 1996 a julio de 2001.

Se incluyeron las historias de los pacientes a quienes se les practicó QPP, realizadas por dos especialistas en córnea del servicio de oftalmología, y que cumplieron las indicaciones y controles postoperatorios durante al menos tres meses. Se excluyeron las historias clínicas que no tenían registro completo de controles, incumplimiento de las citas e indicaciones instauradas.

Los datos de las historias clínicas que se tomaron para análisis fueron edad, sexo, indicaciones de trasplante, trépanos donante-receptor y disparidad, antecedentes, procedimientos asociados, reinjerto, complicaciones intra y postoperatorias, número y tipo de rechazos al trasplante, AV preoperatoria y postoperatoria mejor corregida, mejoría en líneas de AV, y tiempo de seguimiento.

Todas las historias clínicas tuvieron registro del procedimiento realizado, con técnica de sutura interrumpida en todos los casos. La medicación postoperatoria usada fue antibiótico y esteroide tópico, los cuales se dosificaron de acuerdo al criterio de cada especialista y según la necesidad para cada caso. Se registraron los controles de acuerdo con la evolución del paciente hasta el retiro de todas las suturas, y después de la fórmula de corrección óptica respectiva, obteniendo así la AV corregida.

Los datos fueron analizados con el *Software SPSS*, utilizando pruebas estadísticas χ^2 , coeficiente de correlación, prueba F, y análisis de varianza. Se creó una

escala de factores de riesgo para rechazo, que tomó en cuenta la vascularización corneana prequirúrgica, el antecedente de injerto previo, la presencia de presión intraocular elevada en el postoperatorio, los procedimientos simultáneos en la QPP, las complicaciones postoperatorias y la vascularización postoperatoria, los cuales se correlacionaron con el rechazo. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 62 historias clínicas de pacientes a quienes se les realizó trasplantes de córnea (63 ojos); de los cuales fueron 44 hombres y 18 mujeres en un rango de edad entre 6 a 88 años, con un promedio de 43,9 años. A una paciente con queratocono se le practicó QPP bilateral. El seguimiento registrado fue de 3 a 64 meses con un promedio de 8,39 meses.

Las patologías que requirieron realización de QPP fueron queratocono en 27 pacientes (42,9%), leucoma en 18 (28,3%), queratopatía bullosa pseudofáquica y afáquica en 12 (19%), y otras menos frecuentes fueron degeneración marginal pelúcida en 2 (3,2%), y úlceras corneanas activas en 4. (6,3%) (Tabla 1) Se realizaron sólo 4 procedimientos en caliente con fines tectónicos.

Se encontraron 20 (31,7%) rechazos inmunológicos y una falla primaria del injerto, en la cual no se pudo establecer la etiología. (Tabla 2) No se logró control del rechazo en 7 (35%) de los pacientes, los cuales desarrollaron falla del injerto posteriormente. A pesar de esto, el resultado final de AV no se modificó por la presencia de episodios de rechazo controlados.

La vascularización preoperatoria por cuadrantes estuvo presente en el 17,45% de los casos. En el análisis estadístico, esta no fue un factor relacionado significativamente con el resultado final de la AV o el desarrollo de rechazo, pero sí hubo una significación estadística con la indicación $p = 0.002$: se presentó con mayor frecuencia en córneas con leucomas y queratopatía bullosa. Por el contrario, el desarrollo de vascularización en el postoperatorio de la interfase donante-receptor se asoció estadísticamente con la presencia de rechazo ($p = 0.004$), mas no hubo relación con el resultado de la AV final, ni con la enfermedad previa.

Se realizó una escala con los factores de riesgo para rechazo al trasplante, encontrando una correlación de mayor presencia de rechazo entre más factores de riesgo. ($p = 0,008$) (Tabla 3, Figura 1)

En 31 de los procedimientos (49,2%) se utilizó trepanación con diámetro donante-receptor igual, principalmente en los casos de leucoma. Se empleó disparidad directa en 30 pacientes (47,6%), la mayoría con presencia de queratocono, y sólo en 2 casos se trepanó con disparidad inversa. No se encontró asociación entre el tipo de disparidad, la ganancia de la AV o la presencia de rechazos. ($p = NS$)

Se realizaron procedimientos simultáneos en 17 pacientes (27%), de los cuales 2 fueron extracción extracapsular de catarata (EECC) (3,2%), 4 EECC + implante de lente intraocular (6,3%), 4 implantes de lente intraocular suturado (6,3%), 1 lente intraocular en cámara anterior (1,6%), 1 retiro de lente intraocular (1,6%), 2 sinequiotomías (3,2%), 1 iridoplastia (1,6%), 1 resección de pannus (1,6%), y 1 vitrectomía anterior (1,6%). (Tabla 4)

Tabla 1. Distribución porcentual de ojos según enfermedades que requirieron queratoplastia

Patología	Frecuencia	Porcentaje
Degeneración marginal pelúcida	2	3,2%
Leucoma	18	28,6%
Queratocono	27	42,9%
Queratopatía bullosa	12	19%
Úlcera cornea	4	6,35%
Total	63	100%

Tabla 2. Distribución porcentual de ojos según tipo de rechazo del injerto

Tipo de Rechazo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	41	65,1%
Endotelial	16	25,3%
Epitelial	2	3,2%
Subepitelial	1	1,6%
Falla primaria del injerto	1	1,6%
Combinado	2	3,2%
Total	63	100%

TABLA 3. Correlación de la escala de factores de riesgo con presencia de rechazo

ESCALA	% RECHAZO NO	% RECHAZO SÍ	TOTAL
0	13 (30,2%)	1 (5%)	14 (22,2%)
1	17 (39,5%)	7 (35%)	24 (38,1%)
2	7 (16,3%)	2 (10%)	9 (14,3%)
3	3 (7,0%)	8 (40%)	11 (17,5%)
4	1 (2,3%)	2 (10%)	3 (4,8%)
5	2 (4,7%)	0 (0%)	2 (3,2%)
TOTAL	43	20	63
TOTAL %	100%	100%	100%
p= 0.008			

La única complicación intraoperatoria fue la hemorragia expulsiva, caso en el cual se realizó un procedimiento combinado con extracción de catarata, que desarrolló después *phthisis bulbi*. Veintiocho pacientes presentaron complicaciones postoperatorias: defectos epiteliales persistentes (n=7), falla de injerto (n=7), filtración de humor acuoso (n=5), micro abscesos corneanos (n=4), sinequias anteriores a la interfase donante-receptor (n=2), desprendimiento de retina (n=2), uveítis, y dehiscencia de sutura con hernia del iris. Ninguno de los casos desarrolló infección intraocular. (Tabla 5)

La agudeza visual postoperatoria en líneas estuvo en un rango de pérdida de 3 y ganancia de 10 líneas de la AV, con un promedio de ganancia de 3,09 líneas. Se logró mejoría de la AV de al menos una línea en 53 (84,2%) pacientes. Hubo pérdida de la AV en 4 (6,3%) de los pacientes. (Tablas 6,7, Figura 2)

El queratocono fue la enfermedad que presentó mayor recuperación visual, con promedio de 4,22 líneas de la AV ganadas. La úlcera corneana fue la enfermedad con menor recuperación de la AV (1,25 líneas).

Discusión

La queratoplastia penetrante es un procedimiento efectivo y seguro para el tratamiento de

las córneas que han sufrido adelgazamiento severo, perforación u opacidad de cualquier etiología.

En nuestro hospital, la principal indicación de QPP fue el queratocono, lo cual coincide con las series reportadas por Frucht-Pery y colaboradores en Israel, (9) a diferencia de algunos de los reportes americanos, en donde la queratopatía bullosa pseudofáquica y las distrofias corneanas son las principales indicaciones. (16)

Se encontró algún tipo de rechazo en 31,7% de los casos revisados, de los cuales 65% se controlaron exitosamente con tratamiento médico y 35% terminaron en opacidad definitiva del injerto. Estos hallazgos son similares a los reportados en la literatura. (7,15)

Varios estudios han descrito diversos factores de riesgo que pueden predecir la presentación de un rechazo. La vascularización corneana ha sido el más asociado, reportando falla del injerto en córneas severamente vascularizadas en un 25 a 50%, comparadas con un 0 a 10% en córneas avasculares. (8) La vascularización de tipo estromal profunda proporciona un factor de riesgo

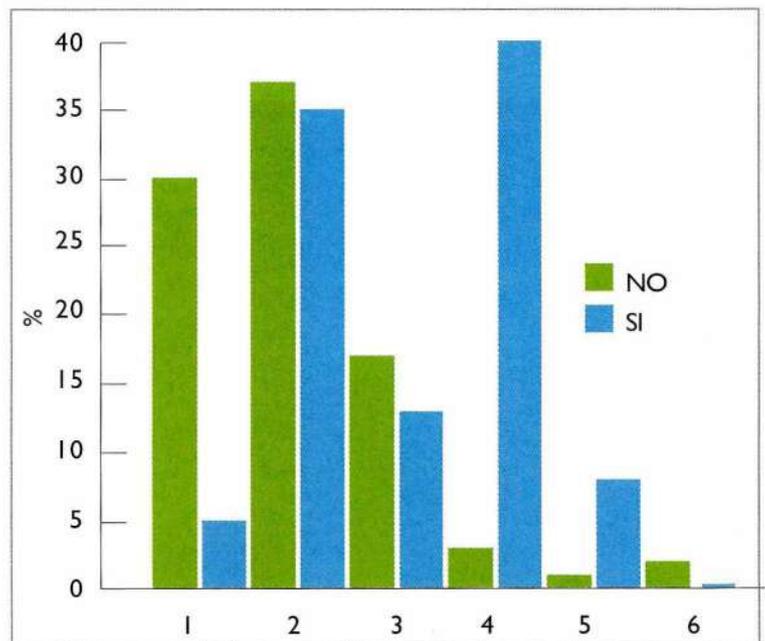


Figura 1. Distribución de la escala de factores riesgo para rechazo y su presencia en los pacientes sometidos a queratoplastia penetrante.

adicional para el desarrollo del rechazo. En nuestro estudio no se encontró correlación entre presencia de vascularización corneana preoperatoria, independientemente del número de cuadrantes, y la presencia de rechazos; pero sí hubo significación estadística en el desarrollo de vascularización postoperatoria en la interfase donante-receptor con la aparición de rechazo.

Debido a que las QPP realizadas en nuestra institución fueron practicadas a un grupo heterogéneo de pacientes no se encontraron otras correlaciones directas para predecir el desarrollo de rechazo. Por esto se creó una escala con los factores de riesgo para rechazo al trasplante, encontrando una correlación de mayor presencia de rechazo entre más factores de riesgo sumara cada paciente.

A pesar de que la última AV mejor corregida fue registrada en las historias clínicas en períodos de seguimiento diferentes, se encontró mejoría de por lo menos una línea de AV en 84,2% de los pacientes. Las enfermedades con menor recuperación visual fueron las úlceras corneanas, las cuales se consideraron como proceso activo durante el procedimiento, el cual fue realizado con fines tectónicos.

Se presentó hemorragia expulsiva durante un procedimiento como única complicación, con pérdida definitiva del globo ocular durante este estudio. Sin embar-

Tabla 4. Distribución porcentual de ojos con procedimientos simultáneos realizados a la QPP

Procedimientos Asociados	Frecuencia	Porcentaje
NO	46	73%
EECC + LIO	4	6,3%
LIO sutura	4	6,3%
EECC	2	3,2%
Sinequiotomía	2	3,2%
LIO c. anterior	1	1,6%
Retiro LIO	1	1,6%
Iridoplastia	1	1,6%
Resección de pannus	1	1,6%
Vitrectomía anterior	1	1,6%
Total	63	100%

Tabla 5. Distribución porcentual de ojos con complicaciones postoperatorias

Complicaciones Postoperatorias	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	33	52,4%
Defecto epitelial	8	12,7%
Seidel	6	9,5%
Micro abscesos estromales	4	6,3%
Opacidad del injerto	3	4,8%
Sinequias a interfase D-R	2	3,2%
Desprendimiento de retina	2	3,2%
Dehiscencia de la sutura, hernia del iris	1	1,6%
Falla primaria del injerto	1	1,6%
Hifema y hemorragia vítrea	1	1,6%
Phthisis bulbi	1	1,6%
Uveítis severa	1	1,6%
Total	63	100%

Tabla 6. Distribución porcentual de mejoría en líneas de AV al final del seguimiento

Mejoría de AV en líneas	Frecuencia	Porcentaje
Pérdida hasta 3 L	4	6,3%
Ninguna mejoría	6	9,5%
Mejoría 1 - 4 L	34	54%
Mejoría 5 - 10 L	19	30,2%
Total	63	100%

go, existen múltiples complicaciones descritas en la literatura asociadas con pérdida visual, tales como glaucoma secundario y endoftalmitis. (8) Además, se registraron complicaciones menores como hipertensión ocular, defectos epiteliales, filtración de humor acuoso por la herida, micro abscesos corneanos, entre otros, las cuales respondieron en forma adecuada al manejo médico.

El hospital de San José es de tercer nivel de atención, que cuenta con todos los recursos para la realiza-

Tabla 7. Distribución porcentual de agudeza visual preoperatoria y postoperatoria de los pacientes sometidos a queratoplastia.

	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	AV PRE	AV PRE	AV POP	AV POP
20/20 - 20/50	0	0%	17	27%
20/60 - 20/400	11	17,5%	21	33,3%
Cuenta Dedos	26	41,25%	17	27%
MM - PL	26	41,25%	6	9,5%
NPL	0	0%	2	3,2%
Total	63	100%	63	100%

ción de procedimientos de alta complejidad como la QPP, obteniendo resultados satisfactorios comparables con otros centros del mundo.

La queratoplastia penetrante es un procedimiento seguro gracias a los avances en las técnicas quirúrgicas y el mejor control farmacológico de los rechazos inmunológicos.

El rechazo al injerto corneano continúa siendo una de las principales causas de falla del trasplante, y muchos de estos episodios podrían ser manejados de manera exitosa educando al paciente acerca de los signos y síntomas de alarma por los cuales debe consultar pronto, para instaurar el tratamiento respectivo.

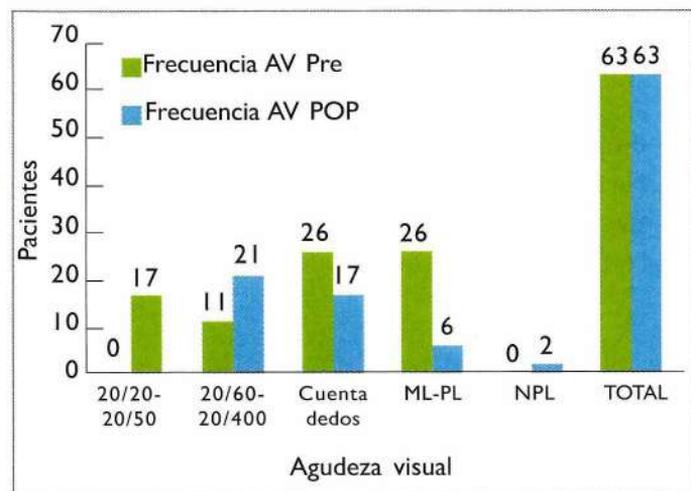


Figura 2. Distribución por agudeza visual al final del seguimiento de los pacientes sometidos a queratoplastia.

Es desalentador no haber obtenido datos de seguimiento a más largo plazo, pero esto es debido a la situación actual de la salud en nuestro país, que no permite controles de los pacientes en la misma institución donde se realizó el procedimiento luego de los primeros meses postoperatorios.

Conclusiones

- La principal indicación de QPP en el Hospital de San José fue el queratocono, seguido de las opacidades corneanas y la queratopatía bullosa pseudofáquica.
- La mejoría de la agudeza visual en líneas osciló entre 0 a 10 líneas, con un promedio de 3.
- Se logró una mejoría de la AV de por lo menos 1 línea en el 84,2%.
- La única complicación postoperatoria seria fue una hemorragia expulsiva, y las postoperatorias más frecuentes fueron los defectos epiteliales, filtración de humor acuoso por la incisión y los microabscesos corneanos.
- El tipo de rechazo más común fue el endotelial (25,3%), seguido por el epitelial. (3,2%)
- Se encontró correlación entre la vascularización postoperatoria y el desarrollo de rechazo al injerto.
- Se evidenció correlación entre la escala de mayor cantidad de factores de riesgo y la presencia de rechazo corneano.

Referencias

1. Castroviejo R. Atlas de querectomías y queratoplastias. Primera Edición, Barcelona, Salvat Editores, S.A, 1964, 3-446.
 2. American Academic of Ophthalmology. Basic and Clinical Science Course. External Disease and Cornea. Section 8. p: 414-433.
 3. Mejía LF, Abad JC. Córnea y enfermedades externas. En: Arango K, Mejía LF, Abad JC. Fundamentos de cirugía oftalmología. Primera Edición, Medellín, Quebecor World. Bogotá 2001; 92-132.
 4. Hill JC, Maske R, Watson P. Corticosteroids in corneal graft rejection. Oral versus single pulse therapy. *Ophthalmology* 1991; 98: 329-33.
 5. Inoue K, Kimura C, Amano S, Sato T, Fujita N, Kagaya F, Kaji Y, Tsuru T, Araie M. Long-term outcome of systemic cyclosporine treatment following penetrating keratoplasty. *Jpn J Ophthalmol* 2001; 45:378-82.
 6. Hill JC: The use of cyclosporine in high-risk keratoplasty. *Am J Ophthalmol* 1989; 107: 506-10.
 7. Jacobs J, Taravella M. Corneal Graft Rejection. *eMedicine Journal* 2001, 2 (1). www.emedicine.com
 8. Wilson SE, Kaufman HE. Graft failure after penetrating keratoplasty. *Surv Ophthalmol* 1990; 34: 325-56.
 9. Frucht-Pery J, Shtibel H, Solomon A, Siganos CS, Yassur Y, Pe'er J. Thirty years of penetrating keratoplasty in Israel. *Cornea* 1997; 16:16-20.
 10. Legeais JM, Parc C, d'Hermies F, Pouliquen Y, Renard G. Nineteen years of penetrating keratoplasty in the Hotel-Dieu Hospital in Paris. *Cornea*. 2001; 20: 603-6.
 11. Mamalis N, Anderson CW, Kreisler KR, Lundergan MK, Olson RJ. Changing trends in the indications for penetrating keratoplasty. *Arch Ophthalmol* 1992; 110: 1409-11.
 12. Maumenee AE: The influence of donor – recipient sensitization on corneal grafts. *Am J Ophthalmol* 1951; 34: 142-152.
 13. Khodadoust AA, Silverstein AM. Transplantation and rejection of individual layers of the cornea. En: *Investigative Ophthalmologic and Visual Sciences*. 1997. pag 180-195.
 14. Inoue K, Amano S, Oshika T, Tsuru T. Risk factors for corneal graft failure and rejection in penetrating keratoplasty. *Acta Ophthalmol Scand* 2001; 79: 251-5.
 15. Naacke HG, Borderie VM, Bourcier T, Touzeau O, Moldovan M, Laroche L. Outcome of Corneal transplantation rejection. *Cornea* 2001; 20: 350-3.
- Dobbins KR, Price FW Jar, Whitson WE. Trends in the indications for penetrating keratoplasty in the midwestern United States. *Cornea* 2000; 19: 813-6.

COMPARACIÓN DE LAS ALTERACIONES CITOLÓGICAS EN MUESTRAS DE ESPUTO DE FUMADORES ACTIVOS Y PASIVOS. HALLAZGOS CITOLÓGICOS EN PERSONAS FUMADORAS Y NO FUMADORAS

Linda Sttefany Bermúdez Rivera*

Resumen

Se realizó una comparación de las alteraciones citológicas presentes en fumadores activos y pasivos, con el fin de comprobar que los fumadores pasivos se ven afectados por la exposición al humo.

Introducción

El cigarrillo constituye el problema de salud más grave que enfrenta la sociedad moderna. El hábito de fumar eleva las tasas de morbilidad y está plenamente comprobado que disminuye la expectativa de vida por el desarrollo de cáncer pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad coronaria, y una variedad de neoplasias malignas y de enfermedades vasculares.

El primer cáncer visceral interno asociado a exposición ambiental ha sido el cáncer de pulmón, y es la primera causa de muerte en los hombres. Estudios retrospectivos han demostrado que las excesivas tasas de mortalidad en los fumadores están directamente relacionadas con la intensidad del hábito del cigarrillo.

La OMS estima que anualmente mueren 2.5 millones de personas por causas relacionadas con el tabaquismo, lo cual significa una muerte cada 13 segundos. Se estima que para el año 2050 este número ascenderá a 12 millones.

Se sabe que el hábito de fumar cigarrillos induce a que el epitelio bronquial sufra una serie de alteraciones: hiperplasia de células caliciformes, hiperplasia de célu-

las basales, metaplasia escamosa y displasia. El grado de estas alteraciones atípicas aumenta de manera proporcional con la intensidad del tabaquismo. Así, un hábito intenso y persistente induciría a la aparición de carcinoma in situ en el epitelio bronquial. En el tabaquismo intenso también se afecta el epitelio bronquioalveolar. (10)

Metodología

Con el propósito de valorar y comparar las alteraciones citológicas presentes en fumadores activos y fumadores pasivos, se realizó un estudio descriptivo comparativo transversal en el que se recolectaron 200 muestras de esputo al personal que integra el Batallón Guardia Presidencial durante el período de enero a abril de 2002.

Se realizó una encuesta para seleccionar grupos de fumadores y no fumadores entre las compañías ASPC, Córdoba, Santander y Cabal, pertenecientes al Batallón Guardia Presidencial. Se encuestaron 487 personas los días 12 y 13 de enero de 2002 y se obtuvieron los siguientes resultados: 290 fumadores, 160 no fumadores y 37 exfumadores. De los anteriores se seleccionaron 100 fumadores y 100 no fumadores.

Se realizó un muestreo probabilístico estratificado una vez formados los grupos de fumadores y no fumadores,

* Citohistotecnóloga, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, D.C., Colombia.

y se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

Fumadores activos

- Edad: 18 a 50 años
- Tiempo de fumador: 2 a 25 años
- Número de cigarrillos consumidos al día: 5 a 40 cigarrillos
- Ser fumador habitual

Fumadores pasivos

- Edad: 18 a 50 años
- Convivencia con fumadores
- Tiempo de exposición al humo: mayor de 6 meses

Criterios de exclusión:

- Uso de otro tipo de sustancia diferente al cigarrillo
- Exposición a factores de riesgo ambientales: asbesto, cemento, carbón, solventes, químicos, etc.
- Exfumador

Materiales y métodos

Se utilizaron los siguientes materiales:

- Escobillones
- Láminas portaobjetos
- Laminillas
- Solución salina
- Frascos para muestras de laboratorio

Procedimiento:

Se pidió al paciente estar en ayunas, enjuagarse la boca con agua varias veces, y hacer gargarismos con solución salina con el fin de expectorar más fácil. Luego de toser y entregar la muestra, se procedió a realizar los extendidos, fijar en alcohol y colorear con hematoxilina-eosina. Se tomaron 200 muestras de esputo.

Citología del esputo:

El aspecto macroscópico del esputo nos puede indicar algo de su origen, aunque la seguridad sólo vendrá después del estudio microscópico.

Se pueden separar, según el aspecto microscópico, los siguientes tipos de esputo para el estudio microscópico:

- Esputo translúcido, blanquecino-grisáceo, típico de bronquitis aguda.
- Esputo seroso y con burbujas aéreas, característico de edema pulmonar agudo e indicativo de insuficiencia cardíaca.
- Esputo de color amarillo o verdoso y aspecto purulento, característico de los abscesos.
- Esputo mucopurulento sugestivo de bronquitis, bronconeumonía, tuberculosis y bronquiectasias.
- Esputo de fondo mucoide teñido con sangre, sugestivo de enfermedades como neumonía, tuberculosis, bronquiectasias y tumores pulmonares malignos.
- Esputo gelatinoso gris-cretaceo, típico de proteinosis alveolar.

Los contenidos celulares del esputo que no implican necesariamente la presencia de enfermedad del paciente son muy variados, y el estudio debe ser realizado con detenimiento ya que es preciso conocerlos para descartar estas muestras.

Los componentes celulares normales del esputo son: células escamosas, caliciformes, cilíndricas o bronquiales, cuboides, macrófagos y leucocitos.

Resultados

La distribución según el estado de fumador se encuentra en la **figura 1**. Las **figuras 2, 3 y 4** muestran los elementos celulares que identifican una buena muestra citológica.

Hallazgos citológicos en fumadores.

Fumadores activos

La **figura 5** muestra la distribución de las alteraciones citológicas.

Todas las muestras presentaron células escamosas, cambios reactivos de las células escamosas y las células bronquiales, y presencia de macrófagos, lo que indica que las muestras fueron adecuadas. 94% de las muestras presentó células bronquiales;

78% presentó infección por hongos de la especie *Cándida*; (**Figura 6**)

86% de las muestras presentó metaplasia escamosa, lo que indica la presencia de agresión del cigarrillo en el epitelio; (**Figura 7**)

80% de las muestras presentó inflamación, la cual se observaba con la presencia de gran cantidad de polimorfonucleares; (**Figura 8**)

30% de las muestras presentó espirales de Curschmann, que indican la acumulación de moco en los bronquios; (**Figura 9**)

1% de las muestras presentó un carcinoma escamocelular, en un paciente de 40 años, el cual llevaba 22 años fumando 2 cajas de cigarrillos al día. (**Figura 10**)

Fumadores pasivos

La **figura 11** muestra la distribución de las alteraciones citológicas;

100% de las muestras presentó células escamosas, células bronquiales y presencia de macrófagos, lo que indica que las muestras fueron adecuadas;

84% de las muestras presentó cambios reactivos de las células escamosas y las células bronquiales;

74% presentó infección por hongos de la especie *Cándida*; (**Figura 12**)

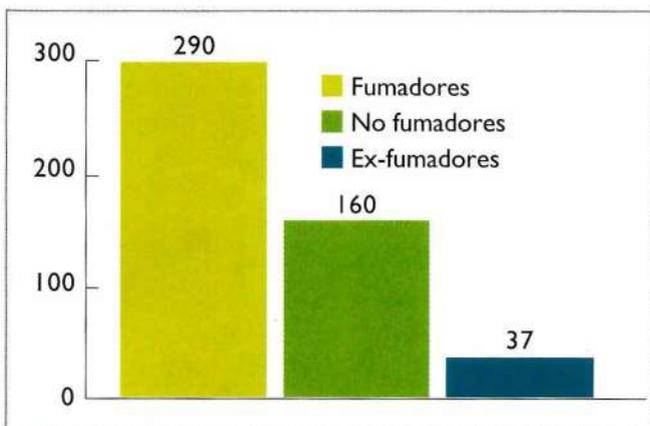


Figura 1. Resultados del estado de fumador.

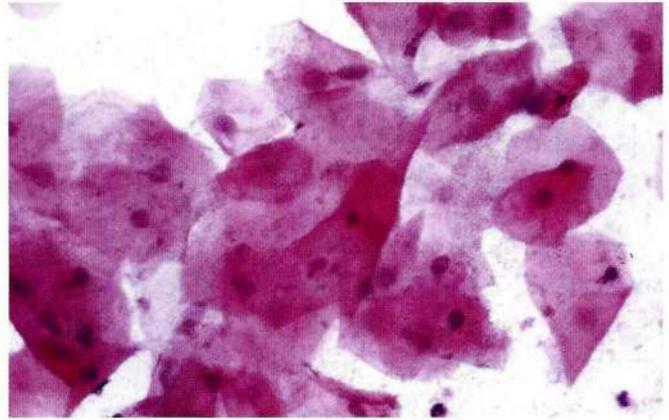


Figura 2. Células escamosas reactivas presentes en todas las muestras de fumadores activos y pasivos.



Figura 3. Células bronquiales reactivas presentes en todas las muestras de fumadores.

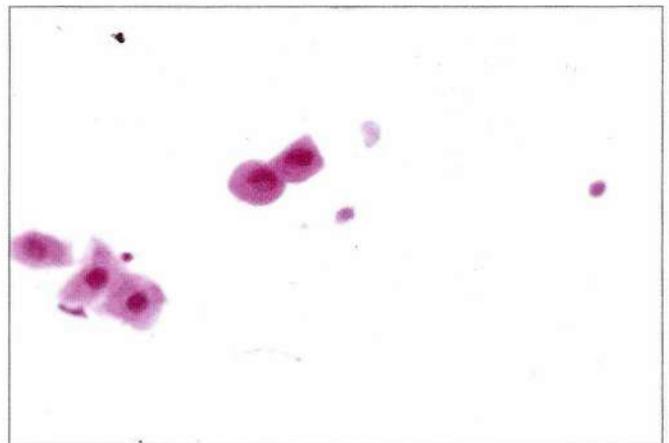


Figura 4. Macrófagos alveolares indican que la muestra es adecuada.

76% de las muestras presentó metaplasia escamosa, lo que indica la presencia de agresión del cigarrillo en el epitelio; (**Figura 13**)

96% de las muestras presentó inflamación, la cual se observaba con la presencia de gran cantidad de polimorfonucleares; (**Figura 14**)

20% de las muestras presentó espirales de Curschmann, los cuales indicaban la acumulación de moco en los bronquios.

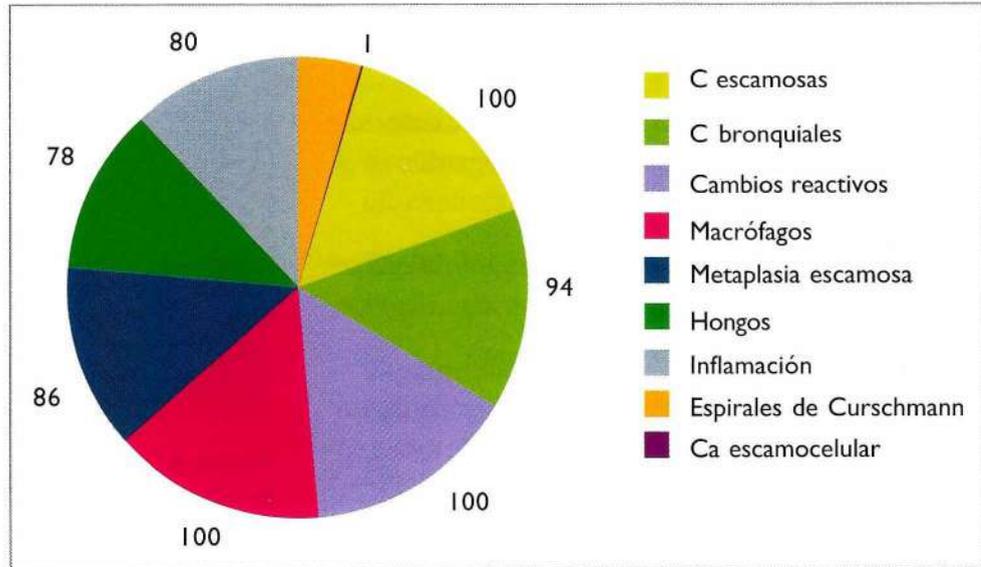


Figura 5. Alteraciones presentes en fumadores activos.



Figura 6. Infección por hongos (Cándida, hifas) presente en un fumador activo.

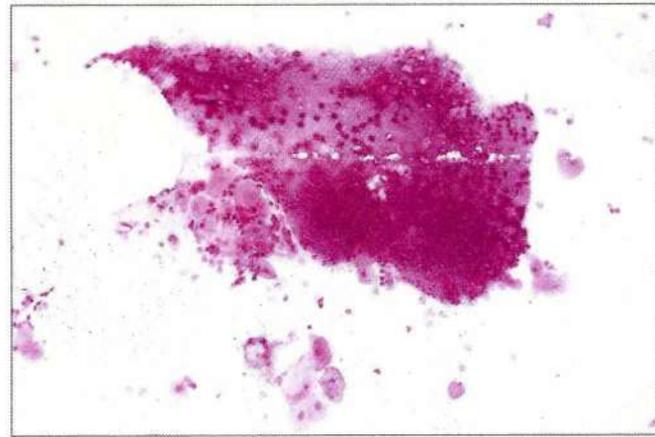


Figura 8. Inflamación presente en un fumador pasivo.



Figura 7. Metaplasia escamosa presente en un fumador activo.

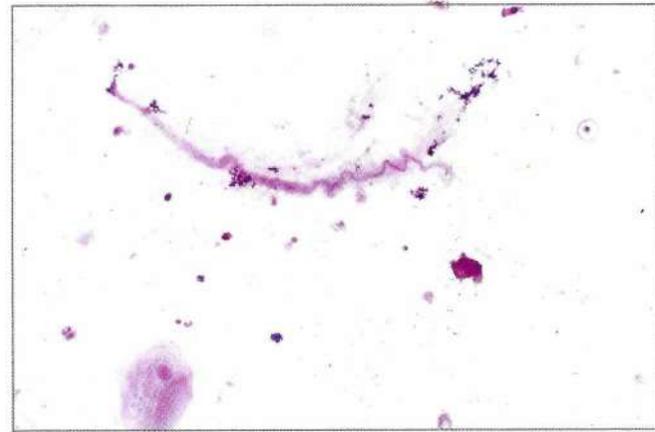


Figura 9. Espiral de Curschmann presente en fumadores activos y pasivos.

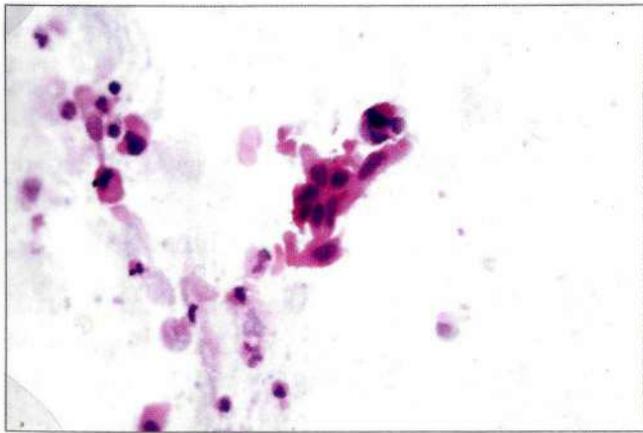


Figura 10. Carcinoma escamocelular presente en un fumador activo.

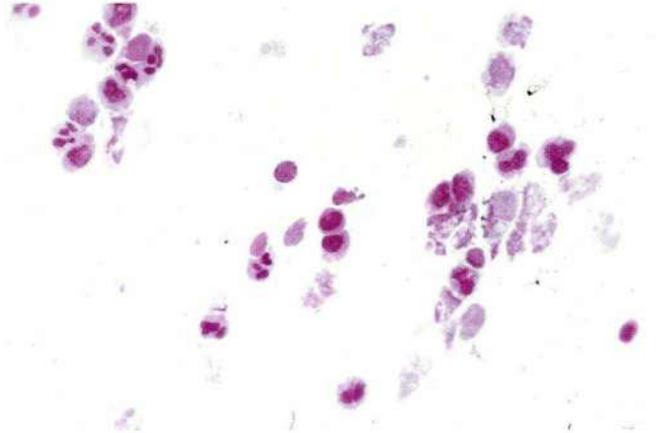


Figura 13. Metaplasia escamosa presente en un fumador pasivo.

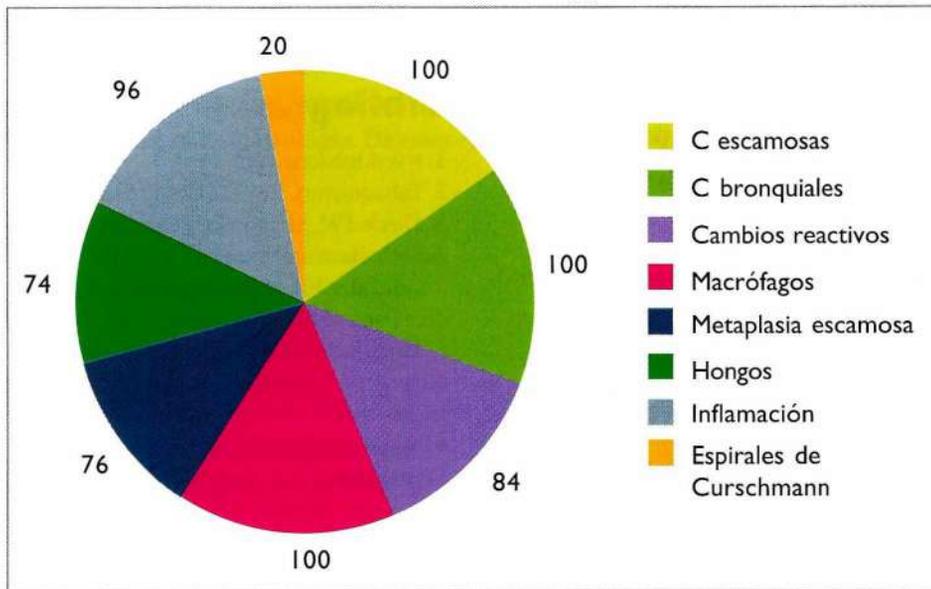


Figura 11. Alteraciones presentes en fumadores pasivos.

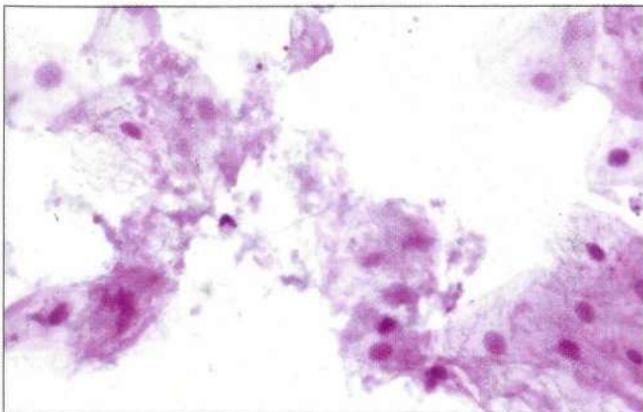


Figura 12. Infección por hongo tipo *Cándida* en esporas presentes en un fumador pasivo.



Figura 14. Inflamación presente en un fumador pasivo.

Discusión

Los hallazgos citológicos presentes en fumadores activos y pasivos permiten realizar una comparación de estas alteraciones, a pesar del pequeño tamaño de la muestra. En términos generales, los hallazgos citológicos muestran que los fumadores pasivos se ven afectados por el humo del cigarrillo.

Los resultados obtenidos demuestran que el esputo es un método fácil y económico para el diagnóstico de enfermedades pulmonares y cáncer.

Se abren nuevas expectativas de investigación que permitan el hallazgo de nuevas alteraciones, tanto en fumadores activos como fumadores pasivos.

Conclusiones

1. En todas las láminas se encontró presencia de macrófagos, parámetro para afirmar que la muestra fue adecuada.
2. En los fumadores activos se encontró menos cantidad de células bronquiales, debido a que disminuye la capacidad pulmonar y se dificulta la expectoración.
3. Se encontraron diferencias citológicas entre los fumadores activos y los pasivos, como la presencia de mayor metaplasia escamosa en los primeros como respuesta a la agresión por el tabaquismo en los epitelios respiratorios.
4. Los fumadores activos presentaron más infecciones por hongos (*Cándida*), lo cual significa mayor susceptibilidad.

5. Los fumadores pasivos presentan mayor número de inflamación que los fumadores activos, debido a que estos últimos asimilan mejor el tabaco.
6. Los fumadores activos presentan mayor número de espirales de Curschmann, lo que indica que tienen una obstrucción por moco en los bronquios.
7. Se presentó un carcinoma escamocelular en un paciente de 40 años que llevaba 22 años fumando 40 cigarrillos al día. En este caso se observan claramente los efectos del cigarrillo a largo plazo.
8. El humo del tabaco afecta a los fumadores pasivos
9. Las diferencias entre fumadores activos y pasivos no son muy altas.

Bibliografía

1. www.tobacco.com
2. Tabaquismo. Revista Colombiana de Cancerología 2001;5:1
3. Davis JW, Shelton L, Watanabe IS. Passive smoking affects endothelium and platelets. Arch Int Med. 1989; 149: 386-389.
4. González F. Citopatología pleural y respiratoria. Editorial Médica Panamericana. España. 1996.
5. Boletín Informativo. Legislación sobre el control del tabaquismo en Latinoamérica. Instituto Nacional de Cancerología. Enero 1997.
6. Rojas Armijo, Rolando. Epidemiología del cáncer. Editorial Inter-Médica S.A. Argentina. 1986
7. Arango, Myrtha. Micosis Humanas. Procedimientos. Diagnóstico. CIB. Medellín. 1995
8. Jurisprudencia: Corte Suprema de Justicia. Data Legis. 1995-2000.
9. Takahashi, Masayoshi. Citología del Cáncer. Editorial Médica Panamericana. 1985. México.

CITOLOGÍA ENDOMETRIAL DE TOMA DIRECTA. ESTUDIO COMPARATIVO

Diana Cruz Tovar, Sandra Liliana Garzón*

Resumen

El carcinoma endometrial se ha convertido en la lesión maligna más frecuente del cuerpo uterino. Se presentan anualmente 34.000 nuevos casos, de los cuales 6.000 ocasionan defunciones, lo que lo convierte en la séptima causa de muerte en mujeres; es más agresivo con el aumento de la edad. Es así como surge la idea de realizar un estudio cuidadoso con la citología endometrial de toma directa, que permita investigar y diagnosticar lesiones hormonales, premalignas y malignas del endometrio, y promueva la citología endometrial de toma directa como un método de tamización para usar con mayor frecuencia en Colombia. También, demostrar que la interpretación de la citología endometrial tiene resultados tan satisfactorios como los de la biopsia y la pueden realizar citohistotecnólogos con un adecuado entrenamiento.

Fueron estudiados 133 casos del Instituto Nacional de Cancerología (1999-2000), de los cuales sólo 123 fueron adecuados para lectura. A todos se les realizó un estudio citológico e histológico, con 94% de resultados benignos, 4,9% de resultados premalignos, y 0,8% de malignidad en la citología. De estos casos el 88% se correlacionó con los resultados de la biopsia.

Introducción

El trabajo “modelo de interpretación de la citología endometrial por toma directa” es una comparación de la toma directa de la citología endometrial con los resultados de la biopsia endometrial. Este se realizó obteniendo muestras citológicas con el cepillo, lo que permite mejor calidad en las muestras y detectar lesiones precancerosas, cancerosas, y estímulos hormonales del endometrio. Además, evita mayores molestias y tiene un precio más cómodo que la biopsia.

Materiales y métodos

El estudio se desarrolló en la consulta ginecológica del Instituto Nacional de Cancerología. La población abarcó las pacientes con indicación de biopsia endometrial, por lo regular para descartar lesiones premalignas y malignas. Se estudiaron 133 pacientes con citología endometrial previa a la biopsia de endometrio o a la histerectomía.

El instrumento utilizado fue un cepillo plástico con un dispositivo de camisa externa (tubo), en el cual se introduce el cepillo adaptado para el barrido de la cavidad endometrial, evitando así la contaminación.

El procedimiento que se siguió fue:

- a. Observar la historia clínica: número del registro, peso, edad, talla, gestaciones, partos, diagnóstico clínico, edad de la menarquia, fecha de la última regla, uso o no de terapia hormonal y antecedentes clínicos.
 1. Asignación de un número de protocolo a la paciente, igual al marcado en la lámina.
 2. Se usaron las normas del sistema Bethesda para la clasificación.
 - Muestra satisfactoria: cuando hay material suficiente para evaluar, es decir tiene mínimo 10 grupos celulares que tienen hasta 50 células, bien preservadas, no hemorrágica, fijación y coloración adecuada.

* Citohistotecnólogos Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

- Muestra satisfactoria pero limitada: son aquellas que arrojan una información incompleta, o defectos en la fijación.
- Muestra inadecuada: son las que no se pueden leer por ser hemorrágicas, contener escaso material (menos de 10 agrupaciones por lámina), presentar contaminación cervicovaginal abundante, o por defectos en la fijación y la coloración.

4. Variables de características citológicas.

- Características de los agrupamientos:

1. La celularidad.

2. Tamaño de los agrupamientos.

3. Formas de agrupamientos.

- Evaluación de los núcleos.
- Disposición de los núcleos
- Evaluación de las células sueltas.
- Cantidad, uniformidad y atipia nuclear.
- Evaluación del fondo:

1. Inflamatorio.

2. Hemorragia.

3. Diátesis tumoral.

Toda esta información se recopiló en el informe de citología endometrial de toma directa.

Resultados

56% de las láminas obtenidas fue adecuado para estudio, 36,5% satisfactorio y 7,5% inadecuado.

Al correlacionar la citología con la histología, 66 de los casos fueron proliferativos tanto en la citología como en la biopsia, 36 fueron secretores, 10 atrofas, 6 hiperplasias y 1 caso de malignidad.

Esto corresponde a un 88% de correlación de la citología con la biopsia.

Discusión

En el desarrollo de esta investigación, notamos que con el uso adecuado del cepillo de toma endometrial se obtiene una buena calidad de las muestras para detectar lesiones premalignas y malignas del endometrio. Estudios anteriores indicaban que lo adecuado era usar solo la biopsia, pero consideramos posible diagnosticar cualquiera de estas lesiones por los dos métodos, ya que arrojan resultados similares e igualmente confiables. Además, la citología endometrial de toma directa es un método sencillo, confiable, rápido y de bajo costo, con alta sensibilidad y especificidad, que cumple así con los requisitos para ser considerada como una prueba de tamización.

Conclusiones

Debido a la inapropiada utilización del cepillo de toma endometrial, hubo muestras inadecuadas para evaluación citológica. La citología endometrial de toma directa es un procedimiento confiable para diagnosticar lesiones de endometrio, al igual que la biopsia.

Se observó un alto índice de concordancia entre la biopsia y la citología endometrial de toma directa, lo que indica que puede ser utilizada como un método de tamización confiable. La interpretación de la citología endometrial de toma directa, con resultados satisfactorios, la pueden hacer los citólogos con un adecuado entrenamiento.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LA GESTANTE EN HEMODIÁLISIS BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Carmen Benavides de Díaz, Katherine Rosas**, Diana Soto**, Wilson Munevar**

Resumen

El profesional de enfermería de la unidad de hemodiálisis, al recibir a una gestante a quien se le realizará tratamiento dialítico, tiene bajo su responsabilidad el cuidado y un manejo libres de riesgo. Esto exige a la enfermera proporcionar cuidados basados en el conocimiento científico y técnico que aseguren el procedimiento de óptima calidad, alta tecnología y una gran dosis de sensibilidad humana, ya que el horizonte clínico es incierto para la paciente y el bebé. Es por esto que el grupo investigador se propone ofrecer una guía de cuidados de enfermería basada en la evidencia científica, que contemple los niveles socio-emocional, técnico y físico-biológico para los profesionales y el personal que está en formación en los diferentes centros asistenciales donde se atienden pacientes sometidas a esta terapia de sustitución renal.

Palabras claves: hemodiálisis, cuidados básicos de enfermería, complicaciones del embarazo, medicina basada en evidencia

Introducción

El cuidado es considerada la esencia de la enfermería. A su vez, debe estar fundamentado en el conocimiento científico, técnico, social y humano, dándole validez profesional a su ejecución. (1)

La realización de este proyecto de investigación basado en la evidencia científica, surge a partir de la necesidad de brindar cuidados específicos de enfermería a la madre gestante en hemodiálisis, por ser esta una situación de riesgo especial de morbi-mortalidad materno-fetal que hace necesario un cuidado específico por parte del profesional.

Cuando se hace referencia a los cuidados específicos que se deben prestar a la madre gestante en hemodiálisis, es necesario actuar con seguridad, hablar y obrar con acierto, realizar las actividades con suavidad, dulzura, lentitud moderada y sutil, en forma dúctil y apacible. Es decir, tener la capacidad de cuidar, considerando a la paciente merecedora de toda la atención, dadas las condiciones particulares de vulnerabilidad en que se encuentra.

La hemodiálisis es un procedimiento invasor de alta tecnología y complejidad, que demanda del profesional de enfermería conocimiento científico, habilidad manual proporcionada por el entrenamiento y experiencia en el área, así como una gran dosis de compromiso social, humano y ético, que va en pro de la calidad de vida de la madre y el hijo.

Las madres gestantes llegan a esta instancia de terapia dialítica por las siguientes causas:

- La insuficiencia renal aguda durante el embarazo, que se produce en presencia de factores que disminuyen la perfusión renal, tales como: depleción del volumen intra vascular por hipertensión arterial no detectada ni manejada a tiempo en los controles prenatales, hiperémesis gravídica no controlada y el síndrome de Hellp. Todas estas patologías traen como consecuencia daño renal y, por consiguiente, la acumulación de productos de desecho tóxicos y letales para la madre y el niño. (2)
- El embarazo en mujeres que padecen insuficiencia renal crónica.

Estas pacientes presentan alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas. Los niveles plasmáticos de prolactina y de hormona luteinizante se aumentan

* Profesora Asociada, Facultad de Enfermería Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

** Estudiantes de Enfermería VII semestre.

por disminución de su degradación. Estas alteraciones se acentúan a medida que el deterioro de la función renal aumenta, y conducen inexorablemente a disfunción gonadal. Los ciclos menstruales se hacen irregulares y anovulatorios o bien desaparecen. De estas mujeres, 50% en edad de concebir son amenorréicas. Por otra parte, a medida que progresa la enfermedad, disminuyen la libido y el apetito sexual, siendo este decremento directamente proporcional a la disminución de la producción de la eritropoyetina. (3)

En el concierto internacional no es evidente un consenso claro, detallado y unificado en el cuidado de las madres gestantes en diálisis. Sin embargo, un estudio realizado en 1998 por el *Health Care Finance Administration*, con un total de 2.299 unidades de diálisis y 6.230 mujeres entre los 14 y 44 años, en el cual el 0,5% de ellas eran gestantes, resaltó la importancia sobre el manejo de los controles de tensión arterial durante todo el embarazo, así como la administración de eritropoyetina para minimizar la anemia. (4)

En nuestro país, aproximadamente 89% de las unidades maneja pacientes crónicos y 11% de estas unidades atiende a pacientes con insuficiencia renal aguda que van a diálisis por diferentes enfermedades. (5)

En Bogotá se revisó la base de datos de pacientes atendidos en la Unidad de Nefrología de la Clínica San Pedro Claver, del Instituto de Seguros Sociales, y la estadística mostró que en los años 1996, 1997 y 1998, sobre un total de 1.227 pacientes, el 2% correspondió a pacientes con síndrome de Hellp y toxémicas. En 1999 se atendieron 393 mujeres para hemodiálisis aguda, siendo el 2,2% gestantes, y en el año 2000 se atendieron 341 pacientes de hemodiálisis agudas, de las cuales el 1% correspondía a madres gestantes. (6)

Materiales y Métodos

En la elaboración del presente trabajo, se consideró, en un primer momento, investigar la literatura médica sobre el cuidado a la gestante durante el procedimiento de la hemodiálisis. En la revisión bibliográfica nacional sobre cuidados para madres gestantes en hemodiálisis, no se encontraron registros de estudios, protocolos o guías de manejo al respecto, posiblemente

por la baja frecuencia de estos casos, o porque las profesionales que han tenido la oportunidad de atender a estas gestantes no han documentado su experiencia.

Con el fin de conocer las experiencias que tienen las enfermeras que trabajan en Bogotá en las diferentes unidades de diálisis, el grupo investigador creó un instrumento en el que se recogieron datos importantes para identificar cuáles son los cuidados que proveen los profesionales a estas pacientes cuando llegan a sus servicios.

En el segundo momento, basados en la experiencia de expertos, se identificaron los cuidados de enfermería y se clasificaron en los niveles psicobiológico, socioemocional y técnico, con base en los postulados de la teórica Morse Janice

En tercera instancia, el grupo investigador consideró establecer cuáles son los cuidados que brindan las enfermeras (130) que laboran en las 26 unidades renales de Bogotá. Para esta investigación se diseñó un instrumento de entrevista semiestructurada, de aplicación personal, y se obtuvo una respuesta de 15%.

El estudio mostró que las enfermeras coinciden en algunos aspectos contemplados en la guía, principalmente en el nivel técnico.

En el cuarto paso, se revisó un total de 30 artículos y estudios realizados por médicos y enfermeras en otras unidades renales del mundo, de los cuales 77% corresponde a documentación norteamericana, 13% europea, 3% asiática y 7% latinoamericana. En ellos se buscó compatibilidad de los cuidados con los establecidos en la guía, fortaleciendo la evidencia basada en la experiencia de los expertos.

En quinta instancia, se realizó el Foro Nefrológico, cuyo objetivo fue someter al análisis y el juicio de expertos la guía basada en la evidencia para gestantes en hemodiálisis, con el fin de recibir retroalimentación. En esta reunión se seleccionó un grupo de expertos que analizaron la guía.

Los criterios para la selección de expertos fueron: trabajar en unidades renales de hemodiálisis, tener experiencia en el manejo y la atención de gestantes en hemodiálisis, y disposición a la retroalimentación.

Se presentó la guía al debate, se recopilaron las recomendaciones, y posteriormente se sopesaron los aportes con tres expertas en el área, haciendo los ajustes a la guía.

Normas relativas a la evidencia

La siguiente clasificación se tomó del documento sobre Guías de intervención en Enfermería basadas en la Evidencia Científica, elaborado por el convenio Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería y el Instituto de los Seguros Sociales de Bogotá en 1998.

Los cuatro niveles de evidencia provienen de experimentos y observaciones que poseen un nivel metodológico en términos de cantidad de casos, del azar y de la calidad del instrumento utilizado, hasta opiniones de autoridades respetadas y basadas en experiencias no cuantificadas o en informes de comités de expertos.

Nivel I

Evidencia obtenida de experimentos clínicos controlados aleatorios, o de un meta análisis de alta calidad.

Nivel II

Evidencia obtenida de experimentos clínicos controlados aleatorios, o un meta análisis de alta calidad, pero con probabilidad alta de resultados falsos positivos o falsos negativos.

Nivel III

III.1 Lo proveen experimentos controlados y no aleatorios pero bien diseñados en todos los otros aspectos.

III.2 Lo proveen los estudios analíticos observacionales bien diseñados tipo cohorte concurrente, o casos y controles preferiblemente multicéntricos o con más de un grupo de investigadores.

III.3 Este nivel de evidencia lo proveen aquellas investigaciones de cohortes históricas o retrospectivas, múltiples series de tiempo o series de casos tratados.

Nivel IV

Evidencia obtenida de opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica no cuantificada, o en informes de comités de expertos o consenso de expertos.

El análisis de los artículos con esta clasificación le permite al autor o autores de las guías, o a cualquier profesional que aplique esta metodología, el análisis de la literatura y la realización de recomendaciones en pro o en contra de determinada práctica clínica. Estas se clasifican así:

Los grados A, B y C recomiendan la intervención.

Los grados D y E recomiendan evitar la intervención.

Recomendación grado A: La que proviene de artículos con un nivel I de evidencia.

Recomendación grado B: Por lo general proviene de artículos con nivel II, III 1 o III 2 de evidencia.

Recomendación grado C: Proviene por lo general de niveles de evidencia III 3 o IV.

Recomendación grado D: Proviene de artículos de nivel II, III 1 o III 2 que sustentan excluir o no llevar a cabo la intervención o actividad en consideración.

Recomendación grado E: Proviene de artículos de nivel I de evidencia que sustentan excluir o no llevar a cabo la intervención o actividad en consideración. (7)

Resultados

El grupo investigador adoptó la teoría de cuidado de Morice Janice, para elaborar la guía de cuidados de enfermería basada en la evidencia científica para la madre gestante durante el procedimiento de la hemodiálisis. La teórica clasifica el cuidado según la subjetividad del paciente y la enfermera, de donde se deriva el nivel socioemocional. Así mismo, tiene en cuenta la respuesta fisiobiológica de la paciente ante la intervención terapéutica nivel físico-biológico, donde juega un papel importante el avance científico de la tecnología, obteniendo el nivel técnico. Como re-

sultado de este proceso de investigación se obtuvo la guía en los niveles emocional, psicobiológico y técnico.

1. Nivel socioemocional

La mujer en gestación está dotada naturalmente de una profunda sensibilidad, y en este momento de dificultad recibe una serie de estímulos externos, ante los cuales responde con emociones, percepciones y sensaciones que deben ser captadas e interpretadas por la enfermera. Por esto se tendrá en cuenta:

- La interacción enfermera-paciente y enfermera-núcleo familiar.
- Brindar información segura, eficaz y coherente. **Evidencia IV, Recomendación C.**
- Brindar educación a la paciente sobre el autocuidado

2. Nivel técnico

La hemodiálisis es un procedimiento en el cual la tecnología ha avanzado a pasos agigantados, debido al constante estudio y la investigación de los laboratorios fabricantes de los insumos que se requieren durante el procedimiento. Es por esto que los riñones artificiales, la manipulación de las máquinas y la eficiencia técnica del procedimiento son de suma importancia;

- Escogencia del filtro, teniendo en cuenta la biocompatibilidad de la membrana, el KoA, la superficie corporal y el volumen de distribución de úrea. (8). **Evidencia III2, Recomendación B.**
- La ultrafiltración de la sesión de hemodiálisis está determinada por la ganancia de peso interdialítico, teniendo en cuenta la ganancia de peso gestacional y el peso seco de la paciente. (9). **Evidencia IV, Recomendación C.**
- Tiempo de duración de la sesión de hemodiálisis:
 1. En insuficiencia renal aguda, se recomienda iniciar la terapia dialítica con tiempos cortos, de una hora y media a dos horas diarias, e ir incrementando el tiempo en horas hasta lograr estabilizar los nitrogenados.

2. En pacientes con insuficiencia renal crónica, la duración y periodicidad de las sesiones de hemodiálisis deben lograr un KT/V de 2. (10). **Evidencia III3, Recomendación C.**
 3. Se sugieren controles de nitrogenados semanales para determinar la eficacia de la diálisis
- Los flujos de bomba de sangre al inicio de la hemodiálisis deben estar entre 50 a 100 ml/min, e incrementarse paulatinamente hasta 250 ml/min en caso de tener catéter de hemodiálisis. Si el acceso vascular es una fístula arteriovenosa se, llevará hasta 350 ml/min. (11). **Evidencia IV, Recomendación C.**
 - Anticoagulación:
 1. Mantener infusión continua en la administración.
 2. Emplear heparinas de bajo peso molecular.
 3. Dosis mínima de heparina de 1.000 UI durante todo el procedimiento
 4. En pacientes gestantes con síndrome de HELLP o con alteraciones en las pruebas de coagulación, no utilizar heparina y vigilar continuamente el filtro, realizando lavados con bolos de 50 cc de solución salina.
 5. Realizar pruebas de coagulación semanales, en las cuales el tiempo parcial de tromboplastina se mantenga de 15-20 segundos y el tiempo parcial de tromboplastina K en 35 segundos. (12)
 6. Valorar los signos de alteración de la anticoagulación como epistaxis, sangrado bucal o vaginal, petequias, hematomas y zonas equimóticas. **Evidencia IV, Recomendación C.**
 - La adecuación de la diálisis:
 1. Cumplir la meta del K.T/V para la sesión, y la evaluación del K.T/V dado con el K.T/V esperado.
 2. Determinar la función renal residual. **Evidencia III3, Recomendación C.**
 3. Evaluar los exámenes de laboratorio paraclínicos pre y post diálisis: úrea, creatinina, nitrógeno uréico,

hematocrito y hemoglobina (13). **Evidencia IV, Recomendación C.**

3. Nivel psicobiológico

La hemodiálisis en la madre gestante es un procedimiento invasivo que trae como consecuencia alteraciones en el organismo, que pueden ser hemodinámicas, metabólicas, neurológicas, de oxigenación y de inminencia de parto prematuro.

- Proteger a la gestante de estímulos visuales y auditivos. (14). **Evidencia IV, Recomendación C.**
- La posición recomendada durante el procedimiento es la de *semifowler*, o en decúbito lateral izquierdo. **Evidencia IV, Recomendación C.**
- Controlar la tensión arterial cada 15 minutos y en condiciones especiales cada 5 minutos. **Evidencia III3, Recomendación C.**
- Manejo de los accesos vasculares con estricta técnica aséptica
- Oxigenación:
 1. Se sugiere administrar oxígeno por cánula nasal a 2 l/min durante todo el procedimiento.
 2. Monitorizar el hematocrito. No debe ser inferior 25% ni la hemoglobina por debajo de 10 g/dl.
 3. Sugerir la formulación de eritropoyetina y de suplementos de hierro, y su administración, para disminuir la frecuencia de transfusiones sanguíneas. (15). **Evidencia III3, Recomendación C.**
- Valorar el dolor:
 1. Dar aviso al médico.
 2. Sugerir la finalización el procedimiento hemodialítico si se presentan complicaciones.
 3. Vigilar la aparición de dolor hipogástrico asociado a sangrado vaginal. (16). **Evidencia III3, Recomendación C.**

- El bienestar fetal:
 1. Monitorear la frecuencia cardiaca fetal durante el procedimiento, que debe estar entre 120-160 por minuto.
 2. Informar al médico en caso de variaciones en estos valores.
 3. Cerciorarse de la presencia de movimientos fetales a través de la palpación.
 4. Determinar si existe sufrimiento fetal, que se indica por la bradicardia fetal o la disminución marcada de los movimientos fetales. (14). **Evidencia III3, Recomendación C.**
- Dializar a la paciente antes de que vaya a la cesárea.
- En el posparto, vigilar signos de deshidratación en el neonato, ya que éste va a tener la úrea sérica de la madre y por tanto va a presentar poliuria. **Evidencia IV, Recomendación C.**

Discusión

En la entrevista semiestructurada realizada a las enfermeras que laboran en las unidades renales de Bogotá y que atendieron a las madres gestantes (20 profesionales), se encontró que 60% de ellas tienen en cuenta los cuidados a nivel técnico científico. Sin embargo, cabe anotar que en relación a la anticoagulación existen conceptos diferentes. Cada grupo administra la heparina en bolo, infusión o intermitente.

En el nivel emocional, se observa un consenso entre las encuestadas. Se resalta que el sinnúmero de actividades de enfermería a desempeñar durante el turno laboral no da tiempo suficiente para poner en práctica este cuidado. Se cumple con las normas de la institución.

En el nivel psicobiológico se atiende a las gestantes como a los demás pacientes que se encuentran en la sala de hemodiálisis. No existen salas especiales ni protocolos especiales. Los cuidados con el feto los realizan 10% de las encuestadas.

Se revisó un total de 30 artículos, de los cuales 77% corresponde a documentación americana, 13% euro-

pea, 7% latinoamericana y 3% asiática. Cada uno de ellos expone diferentes tópicos en la atención de la gestante, que han sido retomados en la guía. A su vez, ellos muestran diferentes formas o conductas a seguir en el manejo terapéutico de la paciente

El embarazo en pacientes nefrópatas tiene un alto grado de susceptibilidad a las complicaciones, tanto para ellas como para el feto. Los estudios muestran que un alto porcentaje de pacientes que ingresan a hemodiálisis con insuficiencia renal aguda en el post parto, desarrolla insuficiencia renal crónica.

El aborto espontáneo puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, probablemente durante el primer trimestre. La incidencia se ha subestimado, debido a que el diagnóstico de embarazo es tardío o pasa inadvertido. El diagnóstico del embarazo en las mujeres con insuficiencia renal crónica es complicado, porque las pruebas urinarias de gestación no son fiables y muchas veces la diuresis residual es insuficiente.

La prematuridad es la mayor causa de morbimortalidad fetal y neonatal. Los embarazos finalizan generalmente hacia la semana 28, cuando se presume la madurez pulmonar. El polihidramnios está presente en las pacientes en hemodiálisis posiblemente debido a que la remoción de úrea durante el tratamiento hemodialítico no alcanza a equilibrar osmóticamente las concentraciones de úrea maternas con la úrea producida por la diuresis fetal y contenida en el líquido amniótico. (3)

Conclusiones

En el estudio realizado a las enfermeras que laboran en las unidades renales de Bogotá, 85 % no ha atendido a madres gestantes durante el procedimiento de hemodiálisis y 15% de ellas cuidó a estas pacientes en una o dos ocasiones. Ninguna documentó su experiencia y en las unidades donde laboran no existen protocolos ni guías para el cuidado de enfermería para este tipo de pacientes.

La mayoría de los artículos revisados corresponde a estudios de casos y trabajos multicéntricos elaborados por médicos de las unidades renales, y se refieren en su mayoría a las diálisis en gestantes con insuficiencia renal

aguda. Los casos de madres nefrópatas crónicas son menos frecuentes.

La literatura muestra una baja incidencia de madres gestantes en hemodiálisis con insuficiencia renal aguda y aún menor con insuficiencia renal crónica, con relación a otras enfermedades como la hipertensión, la diabetes o las glomerulopatías.

Los cuidados que se brindan a las madres gestantes en hemodiálisis en nuestro medio son similares a los dados a los demás pacientes de la unidad.

La mayoría de estudios y artículos revisados provienen del exterior y tienen calificación de evidencia III2, III3 y IV con recomendación C.

Las complicaciones de la gestación que llevan a la eclampsia y el síndrome de Hellp son frecuentes en los países del tercer mundo, en los cuales no se encuentra documentación elaborada por parte de los profesionales de enfermería.

Las situaciones de estrés sufridas tanto por las madres gestantes en hemodiálisis como por su entorno familiar, son diversas. Explorando sus actitudes y sentimientos frente a su invalidez, al establecer la valoración antes de la diálisis, se ha observado que ellas presentan incertidumbre, miedo a la muerte, a lo desconocido y dudas acerca del futuro.

Para las pacientes con insuficiencia renal es difícil alcanzar el embarazo sin complicaciones. En caso de lograrlo, probablemente represente para ellas una oportunidad única. Por lo tanto, para los profesionales de enfermería que laboran en estas unidades, y para el grupo interdisciplinario, es una situación de difícil manejo, ya que en general aparece en forma imprevista y con múltiples complicaciones que obligan a una vigilancia estrecha en los servicios de obstetricia y nefrología. Esta situación implica un verdadero desafío en el accionar profesional.

Recomendaciones

Se recomienda a los profesionales de enfermería que laboran en las unidades de hemodiálisis poner en práctica la guía propuesta, y efectuar modificaciones y ajustes

tes a la misma, procurando cuidados óptimos y la satisfacción de las madres gestantes atendidas durante el procedimiento hemodialítico.

Elaborar protocolos para el manejo de pacientes con base en las guías apoyadas en la evidencia científica, para generar nuevos conocimientos y cambios en el manejo de los mismos.

Motivar a las enfermeras a documentar sus experiencias en diálisis y establecer discusiones de expertas, con el fin de enriquecer el conjunto de conocimientos.

En las conferencias de mejoramiento de calidad del servicio en hemodiálisis, o de actualización para enfermeras, se debe abordar el tema de la gestante en hemodiálisis, buscando profundizar en el mismo y proponer nuevas alternativas de cuidado.

Realizar estudios sobre el cuidado en casa para los hijos de las madres nefrópatas.

Realizar investigaciones sobre la atención de enfermería en el embarazo de pacientes transplantadas, que aporten recomendaciones para el cuidado.

Realizar estudios conjuntos entre enfermeras de nefrología y obstetricia, para hacer seguimiento de las pacientes y de los neonatos.

Referencias bibliográficas

1. Gómez C. Cuidado Significativo y Sentido. XIV Coloquio Nacional de Investigación en enfermería ; Tunja-Colombia. 1998
2. Bernasconia A, Lapidus A, Heguilen R, Voto L. Embarazo y Enfermedad Renal. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento.

- Insuficiencia Renal. Diálisis y Trasplante Estudio Sigma, Buenos Aires Argentina . Octubre 2000, p.p 559
3. Bernasconia A, Lapidus A, Heguilen R, Voto L. Embarazo y Enfermedad Renal. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Insuficiencia Renal. Diálisis y Trasplante Estudio Sigma, Buenos Aires Argentina . Octubre 2000, p.p 570
4. Bagon J, Vernaeue H, Muyllder X, Lafontaine J, Martens J, Roost G. Pregnancy and Dialysis, Am J Kidney Dis, 1998; 31: 756-765.
5. Devia M. Registros Laboratorios Baxter.- 2000
6. Tomado de la fuente primaria: Central de datos Estadísticos, Clínica San Pedro Claver, Unidad Renal Archivo: pacientes atendidos en hemodiálisis.
7. Guías de Intervención en Enfermería Basada en la Evidencia Científica, Convenio ISS y ACOFAEN; Primera edición 1998.
8. NKF-DOQI (National Kidney Foundation), Dialysis Outcome Quality Initiative; 1997. Cap. Membranas de diálisis. -
9. Milkowski A y col. Pregnancy in patients with end stage Renal Failure on maintenance Dialysis case reports. PRZGGL LEK 2000; p.p 57 (4);p.p 236-240.
10. Gipson D, Katz L, Stehman C. Principles of dialysis, Special Issues in women. Semin Nephron 1999; 19, 140-147.
11. NKF-DOQI (National Kidney Foundation), Dialysis Outcome Quality Initiative; 1997: Conexión del paciente a Bomba Roller.
12. Orsini J, Guiam C, Long R, Natividad G, Noak Y, Obnial T, Riquelme S. Nursing Management of the Pregnant Hemodialysis Patient. ANNA Journal; December 1990, vol 17, pp 451-455.
13. Lobley LS. Using Nursing Diagnoses to achieve desired outcome. Advances in Renal replacement therapy. 1997; 4: 112-124.
14. Botero J. Obstetricia y Ginecología Quinta Edición. Universidad de Antioquia 1994, pp 167-177
15. Maruyama H. Requiring higher doses of Erythropoietin Suggest pregnancy in Hemodiálisis patients. NEPHRON, 1998; pp 413-419.
16. Nzerue M, Hewan K, Nwawka C. Acute Renal Failure in Pregnancy a review of clinical outcomes at an inner-city Hospital from 1986-1996. Journal of the National Medical association; vol 90, N° 8.

EL ORIGEN DE LA VIDA

Gladys León Sacedo, MD.*

A propósito del libro “La Biología del Futuro, ¿Qué es la Vida? 50 años después”, escrito por el connotado biólogo Stephen Jay Gould fallecido recientemente y de la clase dictada por el filósofo Carlos Maldonado en su cátedra de fundamentación, en la maestría en bioética de la Universidad El Bosque, Gladys León Salcedo¹ realizó el trabajo que se publica.

Abordemos los planteamientos de Schrodinger desde otra óptica, para buscar fenómenos tan apasionantes como la transformación de la energía en materia y la materia en vida.

Al principio de los tiempos, el universo oscuro, viscoso y opaco, se va aclarando a medida que la radiación se transforma en materia y gracias a este fenómeno, se enfría y los gases que lo hacen opaco y viscoso van desapareciendo. Emerge la materia y con ella la luminosidad, la perspectiva, la visibilidad.

Los átomos ligeros (gases) van constituyendo átomos pesados que hacen posible el surgimiento de la vida y los procesos incesantes de transformación de energía llevarán tres mil millones de años más tarde, a la transformación de la materia en vida. “Somos energía cósmica transformada”.

Es por tanto, la vida un nivel de orden superior frente a la energía y a la materia; con variaciones maravillosas en sus niveles, pero con los mismos componentes. La vida es el máximo grado de transparencia del universo con respecto a sí mismo y esto es todo un tratado para la Bioética.

¿Qué es y cómo surge la vida? No lo sabemos: “las verdades obvias pueden resultar sumamente difíciles de definir”.² Sabemos que no hay soluciones de continuidad sino procesos emergentes, en los cuales la contingencia ocupa un papel muy importante. “Somos entidades contingentes y no inevitabilidades predecibles”.³

Partiendo de Schrodinger, la entropía como cantidad física medible y como “concepto estadístico de orden y desorden” tiene significación en el análisis del comportamiento de los seres vivos, siendo el estado de máximo equilibrio termodinámico, el de máxima entropía. Mientras más se aleja un proceso del nivel de máxima entropía es más vital e intenso. En el alejamiento de la entropía positiva emerge lo contingente: “la vida se alimenta de entropía negativa”.⁴ Más tarde el mismo Schrodinger consignaría su inconformidad con la expresión “entropía negativa” argumen-

* Jefe de la Oficina Jurídica de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, Hospital de San José y Asesora de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

1 Stephen, Jay Gould. Qué es la vida? como problema histórico. En: La Biología del futuro. Qué es la vida cincuenta años después, Tusquets Editores S.A (Metatemas), Barcelona 1999.pág 41.

2 (Cualquier repetición de la película de la vida a través de la lotería cámbica habría arrojado un conjunto enteramente distinto de linajes supervivientes; en este sentido, cualquier forma de vida presente debe su existencia a la fortuna). Las preguntas que se refieren a nosotros de manera más genuina y profunda, aun cuando hayan sido convencionalmente enmarcadas como cuestiones sobre esencialidades temporales, han de responderse en términos de contingencia. Diferencias mínimas en el dominio de la contingencia histórica, aparentemente intrascendentes para cualquier observador coyuntural se traducen en resultados absolutamente dispares que alteran de manera fundamental la cuestión de qué es la vida.... La contingencia no es solo el dominio de lo trivial. Es más, el tema de la contingencia es fractal, e

impregna todas las escalas de la historia de la vida desde los cataclismos biosféricos hasta las particularidades de los linajes concretos. En : Stephen, Jay Gould Qué es la vida? como problema Histórico. En: La Biología del futuro. Qué es la vida cincuenta años después, Tusquets Editores S.A (Metatemas), Barcelona 1999.págs 58-59. .

3 Todo proceso, suceso o acontecimiento—llámese como se quiera— en una palabra todo lo que pasa en la naturaleza, significa un aumento de la entropía de aquella parte del mundo donde ocurre. Por lo tanto, un organismo vivo aumentará continuamente su entropía o, también puede decirse, produce entropía positiva —y por ello tiende a aproximarse al peligroso estado de entropía máxima que es la muerte—. Sólo puede mantenerse lejos de ella, es decir, vivo, extrayendo continuamente entropía negativa de su medio ambiente, lo cual es algo muy positivo, como un seguimiento de veremos. De lo que un organismo se alimenta es de entropía negativa. O, para expresarlo menos paradójicamente, el punto esencial del metabolismo es aquél en que el organismo consigue librarse a sí mismo de toda la entropía que no puede dejar de producir mientras está vivo. En: Erwin Schrödinger, Orden, desorden y entropía. En: Qué es la vida?, Tusquets Editores S.A (Metatemas), Barcelona. págs 110-112.

tando que la ha utilizado en lugar de la expresión “energía libre” para hacer más sencillo el tema a los legos en la materia.

La entropía que puede ser gravitacional, química, térmica etc. explica fenómenos tan interesantes como la atracción de los cuerpos. La entropía gravitacional guarda fuertes lazos con el origen de los sistemas planetarios, las galaxias y las estrellas.

Cincuenta años más tarde del escrito de Schrodinger, Kauffman interrogándose sobre las razones de aquel, cuando planteaba la necesidad de un sólido aperiódico para la emergencia de la vida o su evolución, responde negativamente: la emergencia de la vida o su evolución no requieren de “portadores estables de información heredable”, el origen de la vida es una transición de fase que ilustra cómo puede surgir el orden del desorden.

La materia es una interfase como también lo es el ser humano. Somos energía sedimentada y autosostenida y los procesos incesantes de transformación de energía han llevado a la vida. Esta se mantiene por su capacidad de recibir más energía de la que pierde.

Somos más que materia, somos vida favorecida por factores como el tiempo y la expansión del universo, por estructuras, patrones, comportamientos y proliferación de formas que permiten la vida. Pangea se rompe, los procesos de glaciación y demás fenómenos per-

miten la especiación. Supuesta la vida, el universo no tiene reverso.

Que la vida es posible gracias a que vivimos en un universo en expansión significa que los grados de vida se van haciendo posibles en sistemas más inestables y alejados del equilibrio. Surgen dimensiones de una complejidad cada vez superior, así como accedemos a grados de libertad cada vez mayores.

La información sobre el universo aún es muy pobre, existen ligeros datos que brindan la química, la física, y otras ciencias aún incapaces de explicar los fenómenos espacio - temporales que tienen lugar dentro de los límites espaciales de un organismo. La ingeniería genética representa un avance del conocimiento, un avance de la materia sobre sí misma. Se pensó que la biología daba una gran información sobre la vida, aunque ésta apenas tiene algunas generalizaciones sobre los seres vivos pero carece de una teoría de la vida.

La Bioética tiene por fin dilucidar un tipo de vida al que le va el ethos. Dado que la selección natural no opera y la que está operando es la selección cultural, el problema es pensar si es posible que los seres tomen el control de su vida en sus propias manos. (5) El futuro del universo no se decidirá a nivel de la ciencia. Aquel se decide a través de la reflexión sobre la ciencia. El futuro de la humanidad está en comportamientos y actitudes compatibles con la Bioética.

4 La humanidad no es como un organismo pluricelular en el que cada célula se debe por ley genética al bien común de la colectividad celular. La información cultural no es heredada por el individuo, como tampoco lo es la conducta socialmente aceptable. Después de milenios de evolución cultural, la gente sigue haciéndose la guerra, y con la misma crueldad de siempre. Nos engañamos a nosotros mismos si creemos que la conducta socialmente aceptable es algo natural y que la conducta asocial, por el contrario, es patológica. Esto es la norma sólo en el sentido del término latino original, que significa ley o regulación. Más adelante se lee. Las ideologías no pueden reemplazar la razón. Nada cambiará si no basamos nuestras decisiones en la razón, aceptando la humanidad como un imperativo moral. El futuro del género humano no se decidirá al nivel genético. Necesitamos un sistema ético que sea vinculante para todo el mundo. En : Stephen, Jay Gould Qué es la vida? como problema Histórico. En: La Biología del futuro. Que es la vida cincuenta años después, Tusquets Editores S.A (Metatemas), Barcelona 1999.págs 39-40.

CALIDAD DE VIDA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN LAS UNIDADES RENALES DE BOGOTA D.C.

Mercedes Barrera, Haydeé Martínez, Sandra Rodríguez*

RESUMEN

Esta investigación describe el significado de calidad de vida y la forma como el trabajo en las unidades renales afecta a un grupo de profesionales de enfermería. Además, determinó las condiciones personales, familiares, laborales, sociales, económicas, de salud y emocionales, y aporta elementos para enriquecer futuros trabajos de calidad de vida en profesionales de enfermería. La metodología utilizada fue cuali-cuantitativa con un diseño descriptivo transversal. La muestra fue de 28 profesionales de enfermería de 14 unidades renales de Bogotá que accedieron voluntariamente a participar en la investigación, luego de que los coordinadores aceptaron la realización del estudio.

Como antecedente y referencia del trabajo, se tuvo en cuenta el estudio de calidad de vida en médicos y odontólogos generales en Santafé de Bogotá 1998-1999.

Los resultados mostraron una población de sexo femenino en su mayoría, jóvenes, casadas, con uno a dos hijos, en modalidad de contrato con entidades privadas y con vinculación de planta en jornadas laborales de ocho horas. Su remuneración varió entre uno y dos millones de pesos, invertidos en educación, cuota de vehículo, arrendamiento, alimentación y servicios públicos, entre otros. Generalmente asisten a consulta médica inducidos por la enfermedad. Las causas de morbilidad fueron, en su orden, las afecciones respiratorias, la enfermedad ácido péptica, las enfermedades posturales y la depresión. La automedicación está presente en la mayoría de los encuestados, en especial para buscar analgesia. El sueño fue placentero pero no recuperador, y el consumo de tinto como hábito no protector mostró un aumento significativo. En cuanto a aspectos psicológicos y emocionales, los encuestados tienen una percepción positiva de su imagen con presencia de sentimientos positivos, aunque consideran que hay muy poco apoyo estatal y empresarial para el aprovechamiento de dicho profesional.

Con respecto a la pregunta sobre el significado de calidad de vida, para un poco más de la mitad de los encuestados incluyó la palabra bienestar, a nivel físico, económico, emocional, social, laboral y de salud. La forma como el trabajo influye en la calidad de vida incluyó respuestas positivas y negativas como poco tiempo libre, incapacidad de compartir con la familia, jornadas de trabajo largas y rutinarias, y agotamiento. También consideraron que es un buen campo de trabajo, se aprende, es motivante, genera un salario y es productivo.

Palabras claves: calidad de vida, enfermeras y unidades de diálisis renal en hospital.

Introducción

El acto del cuidado en enfermería tiene un carácter especialmente humano. Coordina y hace efectivo el conocimiento científico y tecnológico en áreas tan especiales como las unidades renales, lugares de trabajo son especialmente complejos dados la enfermedad de los pacientes, las exigencias y el estrés al que diariamente

se ven afectados, donde el imperativo ético de cuidar del otro, que deriva de la profesión, exige también el cuidar de sí mismo.

La calidad de vida en los profesionales de enfermería de las unidades renales fue de interés para las autoras, pues se considera que es una aspiración y un derecho y es un elemento esencial para desarrollar con eficacia la función asignada a este colectivo dentro de la comunidad, que exige mayores y mejores prestaciones de servicio y de cuidado. El profesional ejerce una

* Egresadas del programa de especialización en Nefrología y Urología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José.

influencia directa sobre las personas a las que cuida. Por lo tanto, su propia calidad de vida en todos los aspectos (comodidad laboral, condiciones de trabajo, estado de ánimo, hábitos protectores, entre otros), repercute también en las personas a las que atiende durante el día.

Es importante identificar, analizar y buscar, a nivel individual y grupal, el establecimiento y el mantenimiento de buenas condiciones personales, familiares y de trabajo que sean económica y socialmente justas, y que promuevan su desarrollo integral y favorezcan en gran parte su calidad de vida.

El profesional de enfermería en las unidades renales

La interacción entre el profesional de enfermería y el paciente de la unidad renal está mediada permanentemente, tanto por la necesidad de cuidado directo relacionado con el tratamiento específico como por las necesidades de información y educación del enfermo y su familia, que abarcan desde los problemas amplios y complejos hasta asuntos de la cotidianidad derivados de su situación de enfermedad.

La hemodiálisis y la diálisis peritoneal crean un vínculo especial entre el profesional de enfermería y el paciente, basado en la confianza personal y profesional. El profesional no sólo cuida del paciente sino que también se convierte en su continuo soporte maestro y en motivador de la rehabilitación. A medida que pasa el tiempo, el estado del paciente se estabiliza, el proceso de asistencia incita al paciente a la participación en los cuidados, y se desarrolla una independencia y un sentimiento de mayor autodominio.

El continuo intercambio de ideas, e incluso de sentimientos, es fundamental para conseguir que pacientes que en un principio estaban condenados a morir, vivan y lo hagan con un grado de rehabilitación adecuado, que les permita no considerarse ni siquiera enfermos.

El profesional de enfermería se comunica con el paciente antes de llegar a la situación de fracaso crónico terminal, y desempeña un papel importante para que asuma su situación con realismo y elija entre las diver-

sas opciones de tratamiento (hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal).

La diálisis remueve toxinas de desecho y el exceso de líquidos del cuerpo; pero otras funciones como el control de la tensión arterial, el metabolismo de la vitamina D y la producción de glóbulos rojos deben ser alcanzadas con terapias farmacológicas. Las restricciones en la dieta y en los líquidos, junto con los problemas sociales y psicosociales, son comunes a lo largo del tratamiento. Por lo tanto, el profesional de enfermería en la unidad renal requiere un rango de atributos entre los que se encuentran habilidad técnica, conocimientos científicos, destrezas de enseñanza y capacidad de proporcionar soporte emocional.

En las unidades renales las enfermeras deben desarrollar otras habilidades como el liderazgo, la toma de decisiones, el manejo adecuado del estrés derivado de su trabajo, y la búsqueda del equilibrio y la armonía en su vida que les permitan tener una buena calidad de vida.

Metodología

Es un estudio descriptivo transversal de diseño cualicuantitativo, que tomó como base el profesional de enfermería que labora en 14 unidades renales de Bogotá. La muestra fue de 28 profesionales. Con autorización previa de las instituciones y asegurando la confiabilidad y confidencialidad, el grupo investigador decidió, como criterio de inclusión, una experiencia mínima de seis meses.

Las unidades renales escogidas fueron la Fundación Hospital San Carlos, la Clínica San Rafael, el Hospital Universitario de la Samaritana, el Hospital Militar Central, el Hospital de San José, la Clínica Nueva, la Clínica San Pedro Claver, el Hospital San Ignacio, el Hospital Central de la Policía, el Instituto Nacional del Riñón, la Fundación Santa fé de Bogotá, la Fundación Cardio Infantil, la Cruz Roja Colombiana y Nuevo Horizonte.

Es de interés para el lector saber qué métodos se aplicaron las autoras para la entrevista, qué preguntaron, como lo hicieron, qué instrumento utilizaron, etc.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 27 mujeres y 1 hombre, en su mayoría menores de 40 años, procedentes de Bogotá, con vínculo matrimonial y con uno o dos hijos.

Laboralmente se encontró un grupo de profesionales vinculados de planta, en su mayoría, y otros, en menor número, por contrato principalmente por entidades privadas. Esta área de trabajo posee estabilidad laboral y variedad de horarios, lo que permite el multiempleo, ejercido por un pequeño grupo de los encuestados y que evidencia la necesidad de aumentar el poder adquisitivo por parte del profesional.

La mayoría de las enfermeras mancionó el poder y el liderazgo como algo que ejercen siempre o casi siempre. Este hallazgo es interesante, dado que el trabajo en áreas tan especiales como las unidades renales requiere líderes para la organización, control de actividades, y amerita el trabajo de personas con capacidad para tomar decisiones.

En cuanto al reconocimiento a la labor, la mitad de los encuestados respondió que existía siempre o casi siempre.

La remuneración proveniente del trabajo es determinante para la satisfacción de las necesidades básicas y la motivación del desempeño laboral. Este se distribuye mensualmente, en su orden de frecuencia, para educación, cuota de vehículo, arrendamiento, alimentación, cuota de vivienda, servicios públicos, vestuario, recreación, salud y pago de tarjetas de crédito.

Con relación a los seguros de salud, el total de los encuestados está afiliado a una EPS, y algunos tienen cobertura adicional con medicina prepagada y seguro de vida. En cuanto a la percepción de salud, la mayoría se siente bien, y menos de la mitad de los encuestados asistió a consulta médica en los últimos seis meses inducidos por enfermedad o de forma voluntaria.

Las causas de morbilidad fueron, en su orden, las enfermedades respiratorias, la enfermedad ácido-péptica, las alteraciones posturales, la depresión y las dislipidemias. Pudo apreciarse su relación con factores ocupacionales.

Respecto al consumo de medicamentos, se apreció que la auto medicación está presente en la mayoría de los encuestados, especialmente de analgésicos.

Respecto al sueño, se observó que fue placentero en su mayoría y recuperador en la minoría, lo cual demuestra que un alto porcentaje de los encuestados no logra un verdadero descanso.

En cuanto al número de horas de descanso, se observa que en la mayoría de los encuestados predominó el rango de 5 a 7 horas.

La mayoría de profesionales tuvo poco consumo de alcohol y cigarrillo. El café mostró un aumento en menos de la mitad, lo que se podría relacionar como uso de una estrategia negativa.

El tiempo libre es de gran importancia para el total de los encuestados, y está dedicado a actividades como lectura, cine, recogimiento, recreación, deporte, viajes, y actividades culturales.

En cuanto a aspectos psicológicos y emocionales, los profesionales encuestados tuvieron una percepción positiva de su imagen. En la mayoría hubo sentimientos positivos. Una minoría expresó sentimientos negativos.

Desde el año 1995 se ofrece la especialización de Enfermería en Nefrología y Urología en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, de la cual han egresado 32 profesionales. Del grupo de encuestados, una minoría tiene esta especialización, dato interesante si se analiza cuál es el área de desempeño de los profesionales especializados.

El significado de calidad de vida, para un poco más de la mitad de los encuestados, incluyó la palabra bienestar a nivel físico, económico, emocional, social, laboral y de salud.

En relación a cómo interfiere el trabajo en la calidad de vida, hubo respuestas positivas y negativas. Influyó de manera negativa porque interfiere con el tiempo libre, impide compartir con la familia, incluye largas jornadas de trabajo, y es rutinario y agotador. Menos de la mitad de los encuestados respondió que presenta estrés por exceso de trabajo, situaciones complicadas de los pacientes, la responsabilidad y el alto riesgo de complicaciones durante el cuidado de los usuarios.

Dentro de las respuestas positivas, los encuestados manifestaron que el trabajo actúa como un aprendizaje, una experiencia laboral en la búsqueda de satisfacción personal y genera productividad. Es una forma de motivación que genera un salario para cubrir necesidades básicas, y es un buen campo de trabajo.

Conclusiones y recomendaciones

La enfermera, dentro y fuera de su trabajo, debe velar para que la salud y la calidad de vida mejoren, efectuando propuestas coherentes y viables. Debe procurar la utilización de medidas preventivas y estilos de vida saludables que lleven al mantenimiento de un buen estado de salud tanto físico como emocional.

Debe revisar los sistemas de trabajo diario y buscar soluciones para eliminar procesos rutinarios, sistematizar y optimizar el manejo de registros, dando prioridad aquellos propios de la profesión, para utilizar el tiempo y la energía al cuidado del usuario.

Debe trabajar continuamente en el mejoramiento de su calidad de vida, buscando el bienestar, el equilibrio y la armonía.

Los profesionales reciben poco apoyo estatal, por lo que se recomienda impulsar la creación de una sociedad científica de enfermeras en Nefrología y Urología, que lidere a nivel nacional y regional el mejoramiento de la calidad en el cuidado, la protocolización y la evaluación permanente, y que propenda por mejorar las condiciones laborales y los estímulos.

Se recomienda:

Permitir la asistencia del personal a cursos de actualización en los avances científicos-técnicos, así como a actividades de crecimiento y mejoramiento personal como las recreativas, o en técnicas de relajación.

Fomentar la participación de las enfermeras en los procesos de cambio y mejoramiento de las unidades renales, así como estimular la comunicación y el liderazgo.

Desarrollar programas de educación continua acordes a las necesidades del personal, que propendan por el mejoramiento de la seguridad y la confianza.

Ofrecer estímulos laborales ajustados a las exigencias.

Sugerencias para estudios posteriores

- Componente ocupacional y situacional de las causales de morbilidad de las enfermeras dentro de las unidades renales.
- Estrés del profesional de enfermería dentro de las unidades renales.
- Elaborar un manual de funciones teniendo en cuenta el perfil del profesional de enfermería en esta área, con el fin de unificar conceptos de cuidado directo y elabora una guía de manejo en las unidades renales de Bogotá.

Bibliografía

- Abstract internet. Congreso de Calidad De Vida. Puerto Rico.2000
- Calidad de vida en médicos y odontólogos en santa fe de Bogotá D.C. 1998-1999. Tesis de Grado.
- Código y tribunal de ética en enfermería
- Constitución política de Colombia 1991
- Ley 226 de 1996 Artículo 18. Capítulo 6
- Contreras M, Hernán. Un modelo cuantitativo de calidad de vida. Nuestra Sociedad, (75) Caracas Venezuela. Enero-Febrero 1985.
- Creus Virgili, Mariana. Enfermería profesión. Calidad de vida en Enfermería (condición indispensable para prestar cuidados de calidad) Revista Rol de Enfermería No154.
- Franco Peláez, Zoila Desarrollo Humano y de valores en salud, Bogotá, Junio 1999. Pag 319-400.
- Galache, Belén A y otros. Administración. Personal de Enfermería en las Unidades de Diálisis. Revista Rol de Enfermería No 102.
- Godue, Charles. La Salud en los procesos de Globalización y de internacionalización Pag 15-50.
- Grijalba de Rodado Elizabeth. Hacia una Mejor Calidad de Vida. Trabajo de grado Psicología Universidad Javeriana 1998.
- Lopez Rodrigo, Martha. Enfermería Profesión. Estrés de los profesionales de Enfermería. Mayo de 1995.
- Galache, Belén. Personal de Enfermería en las unidades de Diálisis Revista Rol de Enfermería N 154
- Insuficiencia Renal, Diálisis y Transplantes. Grupo de Trasplantes Universidad de Antioquia, Salvat pag 25-40.
- contreras M, Hernán Calidad de vida en una nueva sociedad (I-II 1985 Venezuela)

“Yo creo en Colombia”, una frase que se creía imposible

Andrés Canela*

¿Por qué creer en Colombia, más que expresar una afirmación se ha convertido para algunos colombianos en una gran muralla infranqueable, imposible de sobrepasar y vista por algunos como un reto a vencer por otras personas? Pero este es tan sólo un lado de la moneda, la otra cara la está viviendo el país en manos de personas como Pedro Medina, Gerente General de McDonald's Colombia, quien se ha encargado de construir el programa “Yo Creo en Colombia”, buscando hacer un llamado de atención y a la vez empoderar a los colombianos para que hablen bien de su país.

Con frecuencia, el hecho de que cada uno de nosotros no puede hacer mucho por el país es un pretexto para que muchos de nosotros no hagamos nada por él. Con esta contundente frase, Medina ha hecho ver a 18.235 personas que Colombia sí requiere de un cambio, pero que el cambio está en las manos de cada uno de los colombianos.

La charla “Por qué Creer en Colombia”, hace parte del programa “Yo Creo en Colombia”, liderado por McDonald's y conformado por un equipo de trabajo interdisciplinario que busca día a día nuevos mecanismos para intervenir positivamente en la historia del país.

La iniciativa de crear este programa inspiró a Medina hace ya más de dos años, cuando se encontraba dictando una clase universitaria y vio cómo de un total de 39 alumnos sólo 12 pensaban quedarse en el país al finalizar sus estudios. Esa cifra lo impactó, pero más se sorprendió cuando trató de motivar a sus estudiantes para que vieran que Colombia no tiene nada que envidiarle a otros países; sus argumentos eran pocos y, en ciertos casos, no presentaban una verdadera diferencia; ninguno de los 27 estudiantes de la clase se sintió realmente motivado por sus consideraciones. Fue

entonces cuando surgió la idea de iniciar un proceso de estudio que llevara a demostrar por qué Colombia sí puede ser una alternativa de trabajo, desarrollo y compromiso. Lo que resultó entonces fue una conferencia denominada “Por qué Creer en Colombia”, una charla elaborada y conceptualizada por el mismo Medina y un grupo de trabajo de las universidades EAFIT, Javeriana, CESA, Andes y Nacional. Desde ese día la charla comenzó a tomar vuelo y empezó a ser solicitada permanentemente por universidades, empresarios, Gobierno, gremios, colegios y organismos independientes. Actualmente se ha presentado 99 veces en siete ciudades y tres países.

El compromiso de Pedro Medina con el país se afianzó mucho más y ahora se ve reflejado en el esfuerzo que está dedicando a este programa, pues dedica entre el 20% y el 30% de su tiempo a dictar, crear, fortalecer y desarrollar a “Yo Creo en Colombia” y sus charlas. Este dato es sorprendente y, bajo la luz del compromiso social que ha significado grandes reconocimientos para McDonald's mundialmente, Pedro Medina ha visto una gran unidad entre el programa y lo que la empresa que gerencia desea: *McDonald's es una empresa reconocida mundialmente por su compromiso social; hemos sido catalogados por la Revista Fortune como la primera empresa en responsabilidad social en el mundo, asegura Medina. La visión de nuestra empresa se centra en la credibilidad que tenemos sobre el país y su gente; somos gente buena y por eso McDonald's ha creado una fuerza de 1.020 empleados y 350 proveedores nacionales, de los cuales algunos ya están exportando a otros McDonalds en el mundo. Hemos anunciado una gran inversión en el país, de 75 millones de dólares, y abriremos en tres años 50 nuevos puntos de venta; nuestra empresa cree en Colombia y por ello el objetivo del programa ‘Yo Creo en Colombia’ está totalmente alineado con nuestra visión de negocio.*

* Ingeniero, Universidad de Los Andes.

La principal carta de presentación del programa “Yo Creo en Colombia” es la charla que cristaliza, en tan sólo una hora, una propuesta de cambio, empoderando a las personas para que puedan hablar bien de su país, lo conozcan y se acerquen a aquello que lo hace único en el mundo. Es un llamado de atención para que todos los colombianos se sientan parte del cambio, que reconozcan esa incertidumbre como propia y que evidencien por qué vale la pena cambiar la forma como se habla, se trata y se visualiza al país. El romper paradigmas, el cambiar conceptos, el movilizar a todos los actores sociales, son algunos de los puntos que se resaltan como factores de cambio, por ello a la pregunta final de la charla formulada por Pedro Medina al auditorio: “ustedes qué van a contestar cuando les pregunten que si esto será que se arregla”, el auditorio contesta, en la mayoría de los casos y a una sola voz, “Sí, ésto se arregla”. Medina inmediatamente interrumpe y dice “No.... esto lo arreglamos”, el problema no es de unos pocos, ha sido construido por todos los colombianos y de igual manera debe ser solucionado.

El auditorio finalmente encuentra tres opciones propuestas para iniciar un proceso de cambio:

1. Unirse a algún grupo que esté planteando e implementando soluciones.
2. Formar un grupo propio que proponga e implemente soluciones para cualquier organismo.
3. No hacer nada. Pero entonces no criticar, no quejarse y no obstaculizar las soluciones planteadas por otros.

“Yo Creo en Colombia” se aleja cada vez más de una utopía o una pregunta suelta en un salón de clases, pues bajo el soporte y el liderazgo de McDonald’s, el apoyo de un equipo, la formulación de nuevas alternativas como una cátedra estudiantil, el desarrollo de clubes y la movilización de colombianos hacía una actitud positiva de cambio, se está generando una nueva cultura. Se comienza a percibir la idea de que quejándonos y pensando que otros van a hacer nuestro trabajo nada se solucionará. Colombia debe dejar atrás el antiguo concepto de “El que no llora, no mama”, y reemplazarlo por “No llore, mame”.

¿Cómo generar espacios para construir y no destruir?

Pedro Medina*

El Alcalde Mockus vislumbra una Colombia donde “Tú vales por tu capacidad de construir y no de destruir”. ¿Cómo convertimos en un país que construye? ¿Cómo romper esa realidad que nos señaló Brice Vagly: *en Colombia hay mucho poder para bloquear las cosas, pero poco poder para hacer las cosas?* Pensar en una respuesta puede resultar complicado, pero se

puede dar un acercamiento visto en 10 pasos, en donde la fórmula se aplique con diligencia y perseverancia, para crear ese país empoderado y abierto a trabajar en conjunto:

1. Autoestima colectiva: un primer paso está en construir la autoestima colectiva positiva de Colombia. Colombia es un país adolescente al que llevamos varios años resaltándole lo negativo. Identificando, reconociendo y promoviendo lo positivo, equilibramos la balanza entre el vaso medio lleno y el medio vacío.

* Economista.

2. Visión: ¿cuál es la Colombia que merecemos, la que deseamos, la que estamos dispuestos a construir? ¿Cuál es nuestra visión para el 2020?

3. Construir habilidades: habilidades que nos permitan desarrollar el capital social. Habilidades como romper el hielo con un extraño, relacionarse, construir equipos que funcionan, vender ideas y promover positivamente nuestro país.

4. Empoderar: formar grupos empoderados con una visión compartida y con unas reglas de juego claras. Un principio básico de las Relaciones Públicas es el de que un buen comunicador debe “Saber hacer y hacer saber”. Muchas veces nos preguntamos si este principio no iría en línea con el de un gobernante, para quién lo importante es hacer y generar un conocimiento en el entorno para que las personas inicien procesos de contacto, construyendo relaciones que permiten un mayor crecimiento personal, social y económico, con una mayor calidad de vida.

5. Oportunidades: identificar creativamente las oportunidades, generando un consenso mediante el cual se reconozcan cuáles de ellas son de alto impacto y baja dificultad.

6. Dividir la tarea: implementar la segmentación de los trabajos en acciones, fecha y responsables; actuando de manera enfocada y profunda. Construir confianza en esos equipos a través del sentido de victoria, que viene con los logros -pequeños inicialmente y luego grandes -.

7. Romper barreras: castigar los “*fouls pequeños*”, como nos advierte el alcalde Mockus: “si no castigamos los *fouls* pequeños, el partido se desbarata.” El trabajo está centrado en no acostumbrarnos a meternos autogoles.

8. Seguimiento: los líderes, estemos donde estemos, debemos entender que se delega la tarea pero no la responsabilidad.

9. Medir resultados: lo que no medimos no mejora.

10. Fomentar: se deben reconocer los avances, recompensar los logros obtenidos y apoyar el trabajo emprendido por otros.

Con esta, fórmula aplicada de manera gradual y con pasos firmes, podemos generar un mayor compromiso de cada individuo, que a la vez va integrando (como en una cadena) todos los aspectos de su vida. El concepto está encerrado en que es mejor dar que recibir, y que esto genera una sociedad que se conecta entre sí por una meta común.

En Colombia tenemos que fortalecer el concepto de trabajar en equipo, según el cual lo que yo hago puede afectar a los demás, tanto positiva como negativamente. En nuestras manos está apoyar esta construcción conjunta de un nuevo país que busque una meta común. Todos estamos conectados y, como decía un gran pensador: *cuando una mariposa mueve las alas, todo el universo se mueve.*

Cuando nos falle el plan A, debemos tener un plan B

Hace unos años escuche a Rudolph Hommes en una intervención durante la ceremonia de grado en un colegio de Bogotá, en la que le preguntaba a los graduados y a los asistentes, por qué creían ellos que en Colombia sólo habíamos obtenido un premio Nobel. Luego de un gran silencio por parte del auditorio, Hommes empezó a efectuar preguntas y a dar las respuestas. Si mal no recuerdo, decía así:

¿Nos falta inteligencia? No.

¿Nos faltan ganas? No.

¿Es acaso falta de iniciativas? No.

Lo que nos falta es especializarnos más, picar menos y concentrarnos más. Los colombianos nos hemos convertido en expertos para crear estrategias e ideas, idear proyectos y conceptualizar situaciones, pero nuestra habilidad para ejecutar dichas actividades es muy reducida. Invertimos gran parte de nuestro tiempo en generar excusas para disculpar nuestra falta de ejecución. Tenemos la tendencia a pensar primero en un “lo que pasa es que...” antes de contestar con un “qué pasaría si...” Entonces podemos tomar como ejemplo el caso de una empresa que está desarrollando en medio de los llanos orientales (un territorio de suelos ácidos) cultivos de mazorca, algo que parecía imposible. Ellos pensaron en un “qué pasaría si...”

El punto, entonces, se centra en cómo lograr que nos convirtamos en gente que no sólo promete, planea, idea, vislumbra, sino que también ejecuta. Pues la solución resulta muy sencilla. ¿Por qué no empezamos por idear y proyectar acciones que sean factibles de desarrollar, o en las cuales nos podamos comprometer? Tomemos el ejemplo de los frentes de seguridad ciudadanos, que viene liderando la Policía Nacional desde hace ya seis años y de los cuales existen más de 5.400 funcionando. A través de actividades como ésta puedo intentar el desarrollo de un programa de cambio que involucre a mi comunidad más cercana con los vecinos. En vez de imaginar una gran iniciativa, cuyo cumplimiento sea poco factible, debo comenzar por trabajar sobre acciones reales en las cuales contaré con el apoyo de dicho grupo.

Bajo esta perspectiva, tenemos que iniciar un proceso en donde descubramos y reconozcamos que las acciones difíciles no son necesariamente las de mayor impacto. Para muchos saludar al vecino, conocer el nombre de los porteros o saludar en la calle, pueden parecer acciones inoficiosas y ridículas, pero el impacto que esto tiene sobre el comportamiento social de los individuos, el acercamiento que genera y el afecto de valoración por los otros, son muy altos, tal vez más que cualquier otro tipo de acciones.

Nuestro plan A no necesariamente debe ser el más difícil, pero sí puede estar apoyado por pequeños subplanes que ayudan a generar actividades de cambio. Hace unos años los bogotanos salíamos a otras ciudades del país y llegábamos impresionados por la amabilidad de las personas, su grado de afecto y preocupación en el trato con los demás. ¿Cuál era en ese entonces la diferencia con Bogotá? Simplemente que la gente tenía por costumbre saludar y despedirse en los almacenes, las calles, los parques y, en general, en todos los lugares. Bogotá ha creado con las últimas alcaldías una cultura similar, en la que se ha buscado que los habitantes de la capital sean más amables con los otros. ¿Qué hemos conseguido? Una ciudad menos agresiva y que se encuentra en un proceso de cambio. Los capitalinos aprendimos algo muy sencillo que nos habían enseñando nuestras ciudades vecinas.

¿Cuál era el plan A de Bogotá?: disminuir la violencia en la capital. ¿Cuál fue el plan B?: desarmar a todos

los bogotanos en su lenguaje y en su trato. Existió un plan A y uno B: el segundo ha surtido efecto positivo para generar resultados en el primero. Todos podemos montarnos en el caballo de la confianza e iniciar procesos de cambio que son aparentemente leves, pero que pueden ser el plan B de una gran idea común como la paz (plan A).

En un artículo anterior escribí esta frase que aún, me parece, tiene validez: *con frecuencia, el hecho de que cada uno de nosotros no pueda hacer mucho por el país es un pretexto para que muchos de nosotros no hagamos nada por el país*. Invito a que dejemos las excusas y empecemos a trabajar por una nueva Colombia, un nuevo país que necesita gente que se proyecte con pequeñas y grandes ideas, con planes A y B, que generan cambios, que fomentan un interés y una transformación común. Si no escogemos proponer, veremos cómo otros proponen por nosotros, y si no participamos en las ideas de otros no tendremos la posibilidad de criticar constructivamente, opinar y fomentar nuevas iniciativas.

Dejemos salir el argentino que hay en cada uno de nosotros

La semana pasada fui invitado por el Fondo Cultural del Café, la alcaldía de Manizales y la Gobernación de Caldas, para dictar la charla “Por qué Creer en Colombia” en Manizales. Cuando me encontraba frente a 400 jóvenes, con la primera fila del salón ocupada por los altos empresarios de la ciudad y el alcalde de Manizales, pedí el favor de repartir unas hojas que suelo entregar a los asistentes en mis charlas. Al solicitar la colaboración del público, dos jóvenes se apresuraron a ayudarme, y de igual manera lo hizo el señor alcalde, Germán Cardona. Lo que me sorprendió en ese momento fue cómo el alcalde estaba comprometido en una actividad que en realidad no le competía; no estábamos esperando que él nos colaborara, pero su interés por el tema era tal que así lo hizo.

Lo que para muchos pasó desapercibido, para mí fue un gesto que demostró un elemento que se está convirtiendo en un diferenciador de la nueva Colombia. El alcalde, muy acomedidamente estaba, ofreciendo el

apoyo a una actividad en la cual estaba comprometido; él no tenía por qué esperar a que otras personas actuaran en su nombre y no *safó* la situación en otras personas sino que la asumió como propia.

¿Cuántos de nosotros dejamos de hacer acciones que nos parecen muy sencillas por miedo al qué dirán? El compromiso que estamos acostumbrados a generar con ciertas acciones a veces se queda corto y no lo asumimos como propio, pero eso debe cambiar. Los colombianos estábamos convencidos de que alguien iba a hacer algo por resolvernos la situación nacional, pero nos hemos dado cuenta de que somos nosotros los que debemos cambiar y actuar si queremos evidenciar un nuevo país.

Miremos un ejemplo reciente de esto que tocó la fibra de la mayoría de colombianos: David Letterman, en su programa “The Late Show”, hizo un comentario que sugería que a las reinas de belleza no las iban a calificar por su belleza sino por sus aptitudes como, por ejemplo, a la Señorita Colombia, que se destacaba por su capacidad para ingerir condones llenos de cocaína. Este sarcasmo llevó a que la comunidad colombiana residente en Nueva York reaccionara contra el programa y la cadena CBS. Pero también llevó a que la Señorita Colombia obtuviera una entrevista por más de diez minutos en el programa de Letterman. Una situación que en un principio parecía adversa se transformó en una oportunidad para hablar bien de nuestro país, una imagen que duró grabada en la mente del famoso comediante durante tres programas seguidos. La actitud de la Señorita Colombia demostró al mundo su compromiso con la imagen positiva del país, y que no permitiría que nadie se refiriera a él de manera negativa, pues al agredir a Colombia la estaban agrediendo a ella. Noceti nos demostró a todos los colombianos que el tema de tratar bien al país, y defenderlo cuando es necesario, es algo que sí nos toca, y nos toca a todos.

Estamos frente al fin de un paradigma como el de “eso no me toca a mí”. Los colombianos estamos entendiendo que los asuntos sí son con nosotros y que, por lo tanto, debemos asumirlos como asuntos personales buscamos un mismo fin: reconocernos como gente buena, como un país compuesto por personas buenas, que trabajan por el beneficio de Colombia y de los colombianos.

Tenemos que acostumbrarnos a hablar bien de nosotros mismos. Cuando nosotros hablamos bien de nosotros mismos son muchos los ojos que se centran en nuestras ideas, pero cuando hablamos mal y despectivamente el país estamos hablando mal de nosotros mismos y estamos alejando la atención de la gente. ¿Por qué no intentamos hacer el ejercicio de los argentinos, quienes a todo momento se están echando flores, se están reconociendo como únicos, como buenos, y están continuamente construyendo una autoestima colectiva positiva? Día a día están poniendo un ladrillo sobre su estructura de confianza. Colombia necesita “sudar la camiseta”, y que nos montemos todos en la selección de la buena confianza.

Estamos pintados sobre una nueva Colombia

En 1999, cuando dictaba una clase en una universidad de Bogotá, pregunté a mis alumnos cuántos de ellos pensaban quedarse en el país al cabo de cinco años; de un grupo de 39 estudiantes solamente 12 levantaron la mano. Al ver esto les pregunté a los 27 restantes por qué no se quedaban, y me devolvieron la pregunta: Pedro, ¿díganos por qué quedarnos? Si escribiera la respuesta que dí en ese momento, muchos de ustedes no verían mayores razones para estar en el país. Fue un momento muy frustrante como profesor y como colombiano, pero a la vez fue un momento en el cual un nuevo proceso nació. Conformé un equipo de 50 estudiantes de cinco universidades y montamos una charla que ha evolucionado y hoy en día, en tan sólo un año, ha alcanzado a más de 20.000 personas en siete ciudades y tres países.

Con la idea de empoderar a los colombianos para que hablen bien de nuestro país, me he encontrado con grandes barreras que nosotros mismos no queremos derribar. Hemos asumido posiciones cómodas que, sin darnos cuenta, se han convertido en hábitos y en costumbres que ya relacionamos directamente con nuestra idiosincrasia: “Por eso estamos como estamos”, “es que eso es típico de los colombianos”, “claro, ese tenía que ser colombiano” y “ahí estamos pintados”, son frases que escuchamos frecuentemente en un día. Pero que pasaría si en lugar de ver el vaso medio vacío lo vemos

medio lleno. ¿Estamos preparados para ver esa realidad y no un panorama oscuro o negativo? Antes de contestar veamos lo siguiente:

Tenemos gente trabajadora, creativa, capaz, educada y comprometida; basta mencionar a Andrés Jaramillo Botero, experto mundial en nanotecnología y uno de los 2000 científicos más importantes del Siglo XX. Gabriel García Márquez, premio Nobel de literatura y récord mundial de ventas de un libro (32 millones de copias). María Isabel Urrutia, una telefonista de Cali que tuvo un sueño sin precedentes en la historia suramericana de los juegos olímpicos, ganar la medalla de oro olímpico en pesas, y a punta de trabajo duro, creatividad y compromiso lo consiguió.

Los anteriores son sólo tres ejemplos, pero ahora podemos resaltar que somos el cuarto productor mundial de agua, tenemos seis veces más que el promedio mundial y tres veces más que el latinoamericano; somos el cuarto productor de ferroníquel (materia prima para los microchips y estamos en la era de los computadores), y todos estos recursos nos dan ventajas competitivas frente al mundo. Somos el primer país en biodiversidad por metro cuadrado (grandes oportunidades en biocomercio), pero aún así podríamos seguir pensando “que los colombianos ahí estamos pintados”. Yo diría que sí, que sí estamos pintados dentro de un gran cuadro que se llama Colombia, un país que tenemos que empezar a reencontrar, a conocer y, lo más difícil, a apropiarse. Por qué no pintar esa nueva Colombia y ponerle colores positivos. Comencemos rompiendo el paradigma “ahí estamos pintados”.

Ahora pregunto nuevamente ¿estamos preparados para ver una realidad distinta? Sería engañarnos negar los problemas de nuestra patria, pero cuando nos enfocamos en el problema nuestra mente se bloquea y se frustra; cuando nos enfocamos en lo positivo potenciamos ese gran motor que tenemos los colombianos.

¿Las malas noticias sí venden?

Durante los dos últimos años, tiempo en el cual he venido trabajando en el programa “Yo Creo en Colombia”, he logrado detectar en los medios de comunica-

ción del país grandes noticias que han significado nuevos retos para nuestra sociedad, nuevas oportunidades y nuevas posibilidades de crecimiento. Esto es muy emocionante, pues he visto cómo hemos dejado de ser un país “paria”, para convertirnos en un país que interesa a la comunidad internacional por múltiples razones (más allá del conflicto armado). Pero tengo que reiterar que dichas noticias hay que saberlas detectar, pues el país y los colombianos aún no estamos preparados para creer en lo bueno y no prestar atención a lo malo. Nos cuesta trabajo creer que la primera página del periódico no tenga noticias sangrientas o violentas, y estamos dejando de lado lo positivo.

¿A qué se debe este fenómeno? Las noticias malas en un momento histórico del país se convirtieron en una gran posibilidad de vender, de lograr que los noticieros fueran vistos, las radios prendidas y los periódicos leídos. Las malas noticias comenzaron a atraer ese sentimiento de “morbo” innato a la raza humana; nos gustaba oír sobre las tragedias y los males ajenos. Este concepto llevó a que las noticias tuviesen este valor por su carga negativa, perjudicial, acusativa, escandalosa, coyuntural y dramática. Lentamente nos adaptamos a ese modelo bajo el cual vivimos actualmente.

¿Pero es esa la realidad actual? ¿Estamos dispuestos a ver noticias negativas y violentas? El paradigma de que la noticia mala es la que vende se está rompiendo. Los colombianos estamos reaccionando y estamos evidenciando una nueva evolución en el mundo noticioso, estamos apartándonos del amarillismo y estamos empezando a generar espacios en los cuales volvemos a hacer noticia nuestros valores, nuestros superlativos, nuestros diferenciadores y nuestra gente.

La información que nuestros medios de comunicación emiten de nuestro país es, simplemente, el reflejo de lo que los colombianos estamos destacando como elementos noticiosos de nuestra realidad y nuestra cultura. ¿Acaso somos un país compuesto por una fuerza armada de 40 millones de personas? ¿Estamos cometiendo actos vandálicos en cada esquina? ¿Nos asesinamos por discusiones triviales? No desconozco que estos elementos estén inmersos en nuestra patria, pero no son los puntos que hacen que todos los días un país entero se levante y busque alternativas de cambio.

Estamos en un proceso de transformación y la manera como nos alimentamos informativamente debe cambiar también, se debe ajustar a ese nuevo país que estamos construyendo, un país positivo, orgulloso y único.

El mundo ha cambiado su percepción acerca de Colombia. Miren cómo nos está vendiendo una agencia de viajes francesa:

“Si usted quiere conocer el Caribe vaya a Cuba o República Dominicana,
si quiere conocer el Océano Pacífico vaya a Chile,
si quiere conocer la Cordillera de los Andes vaya a Ecuador,
si quiere conocer la Selva Amazónica vaya a Brasil,
si quiere conocer las Culturas Precolombinas vaya a México o Perú,
Pero si quiere ver todas esas cosas reunidas, vaya a Colombia”.

¿Somos concientes de ésto? ¿Lo estamos anunciando? ¿Nos lo estamos vendiendo? No. Las noticias malas no venden más que las buenas. Todo se reduce a lo que queramos ver día tras día, la solución está en nuestras manos y la demostración de que este cambio se está dando lo he evidenciado a través de la charla que dicto, conocida como “Por qué Creer en Colombia”. Durante este año ha llegado a más de 24.200 personas, en 12 ciudades y 3 países, con un total de 119 presentaciones a la fecha y una programación a fin de año de 82 charlas más. Los colombianos queremos cambiar y estamos dejando de lado las malas noticias por las buenas. Hablar bien de Colombia nos está dando resultados.

Usted es dueño de su tiempo, lo que lee, lo que oye y lo que ve, así que a las malas noticias, simplemente “apague y vámonos”, esa es la nueva onda.

Los colombianos somos buenos negociadores, pero como país ¿somos buenos vendedores?

La semana pasada, al finalizar una charla en Bogotá, se me acercó una mujer y me dijo que ella sí tenía las intenciones y la voluntad de hacer cosas por el país y por su comunidad, pero que no sabía como canalizar esa energía, no sabía como guiarla, que ella creía que no podía hacer nada. Mi respuesta se dividió en dos partes: la primera fue explicarle que ya era un gran ade-

lanto que estuviese pensando en realizar un cambio, pero que no debía pensar que sus oportunidades estaban limitadas; en Colombia existen 7.200 fundaciones sin ánimo de lucro, y existen miles de formas de vincularse a ellas, lo que nos falta es saber cómo nos vendemos a nosotros mismos, identificar nuestras fortalezas y construir gestión empleando esas habilidades.

El colombiano es reconocido internacionalmente como un excelente trabajador, leal, inteligente y emprendedor. De hecho tenemos miles de casos exitosos por fuera del país trabajando en grandes posiciones, como el caso del vicepresidente mundial de ventas de Microsoft Corporation, un bogotano egresado de la Facultad de Administración de Empresas de la Universidad Jorge Tadeo Lozano. El punto no es si somos o no capaces, el punto es cómo estamos negociando con nuestras capacidades, nuestra imagen y nuestro país.

Claro ejemplo de nuestra capacidad es el que se presenta cuando uno habla de la más importante negociación de la Cámara de Comercio Internacional, entre Andersen Consulting y Arthur Anderson, un conflicto de un billón de dólares que fue mediado por un colombiano. Así mismo, vimos cómo hace pocos meses vino al país una delegación del gobierno alemán para aprender de nosotros sobre la evolución de temas para el manejo de los conflictos entre la juventud. El resultado de esto fue que dicha delegación regresó al viejo continente con cinco programas, entre los cuales se destacaba el de fútbol en las calles desarrollado por la alcaldía de Medellín.

La pregunta entonces sería si los colombianos somos o no buenos negociadores, buenos vendedores. Yo creo que hay grandes ejemplos de que sí lo somos, pero hay que seguir unas pautas para que esto se vuelva un común denominador. Tomemos el caso de las exportaciones, en el que existen cuatro reglas básicas:

1. Uno debe aprender a venderse a sí mismo.
2. Debe aprender a vender el país en el que vive.
3. Se debe saber vender el producto.
4. Garantizar siempre que la idea de la exportación está ligada a un servicio que diferencie.

Vemos cómo bajo estos cuatro puntos se empieza a filtrar el famoso concepto de beneficio, en donde lo que yo estoy ofreciendo es un beneficio que debe girar en torno del otro. El beneficio de mi producto debe ser representativo para mi comprador, debe ir en torno a su dirección y presentarle algo novedoso que él no tenga, que le haga falta o que lo complemente. Así mismo, debemos empezar a visualizar claramente que un comprador no toma su decisión por lástima.

Teniendo lo anterior en mente, ¿cómo nos estamos vendiendo? ¿cómo estamos vendiendo nuestro país? La estrategia no puede continuar bajo la lupa de la lástima internacional. De hecho, ese paradigma se ha roto y la comunidad internacional nos está viendo, pidiéndonos asesorías, y estamos prestando asistencia mundial en muchos frentes.

Volviendo al principio, y siguiendo bajo la pregunta de la señora que se me acercó a la salida de una charla, yo creo que el punto no es tener en dónde actuar para ser un agente de cambio, sino saber desde dónde puedo yo hacer algo para generar dichos movimientos. Un buen negociador muchas veces no ejecuta, pero sabe cómo hacer conexiones para la buena ejecución de un plan. Por eso, si se tienen buenas ideas, podemos iniciar por proponerlas a un grupo o una persona, iniciar un proceso de mediación y de negociación, con el único fin de motivar a otros y generar un cambio.

Negociar no significa ceder o dejar de lado los intereses para beneficiar a otros; tenemos que cuidar ese doble sentido que le ha dado nuestra cultura a dicha palabra. Mediamos más, negociemos, fomentemos puntos de encuentro, promovamos el intercambio de ideas, y motivaremos las acciones y su ejecución.

Muchos ponis en medio de la boñiga

Hace unos días me encontraba montado en un teleférico en el Parque del Café en compañía de Diego Arango, el director-fundador del parque, y Rodrigo Estrada, Presidente de la Cámara de Comercio de Armenia, y le pregunté a Diego de dónde salió este teleférico y él me contó la historia.

Estaban construyendo el Parque del Café y soñaron con un teleférico. Se pusieron a cotizarlo y se encontraron con que costaría 4 millones de dólares. Diego obtuvo una cita con el presidente de la compañía de teleféricos, se sentaron, miraron los catálogos, conectaron y construyeron una relación, y en ese momento Diego le preguntó a este norteamericano: “Cuenta, no tiene un secundazo?” y el otro no le entendió y por fin de explicarle la palabra “segundazo” lo entendió y se rió. Se pusieron a investigar y en la ciudad de Knoxville, Tennessee, descubrieron que en una pasada feria mundial había un teleférico que estaba desmantelado y abandonado. La empresa le ofreció a Diego el teleférico en 300 mil dólares, y por 350 dólares más lo dejaron como nuevo, instalado en Armenia, totalmente refaccionado y reconstruido.

Cerrando la negociación, Diego logró que por mil dólares más le encimaran un carro de bomberos de principios de siglo, también en perfecto estado, que ahora se encuentra en el Parque del Café.

Aquellos que han visitado el Parque podrán corroborar lo siguiente: no conozco un parque temático en las Américas que inspire más que el Parque del Café, más allá de los bambúes y del show robotizado de orquídeas, de los caminos ecoturísticos y la montaña rusa más grande de Latinoamérica, de aquellos exquisitos patacones y la cultura de servicio de la gente; un parque que representa la Colombia que no se rinde, que cree en sí misma, este país que está dispuesto a romper todos los paradigmas y a reconstruir su presente y vivir su futuro como lo merece.

La economía cíclica generada por la dependencia del café volvió al Departamento del Quindío una región muy vulnerable, como le sucedió cuando vino la crisis del grano. Dicen que de cada crisis salen oportunidades, y claramente salió de ahí la idea de hacer un desarrollo agroindustrial y un desarrollo turístico. ¿Por qué esto? Pues sencillamente la industria del café, que ha sido tan importante para Colombia, y el Comité de Cafeteros, se habían dedicado a hacer desarrollos en infraestructura de servicios en el Departamento y todas las fincas contaban con acueducto, energía y servicio telefónico. Las carreteras intermunicipales y veredales eran pavimentadas.

En el año 1996 había 143 fincas dedicadas al agroturismo y el ecoturismo en el departamento del Quindío, y en la actualidad llegan a 300. Este Departamento es pionero en el Pacto Andino en parques temáticos y tiene el único parque de todo el mundo en su género, el café. Si pensamos en la cultura del este delicioso grano, una cultura que toca los temas de química, botánica, geografía, arte, gastronomía, música, tradiciones orales, arquitectura, ingeniería, amor, transporte, medicina, salud, ingeniería genética y entretenimiento.

Para montar el Parque del Café no había punto de referencia, no existía lo que se conoce como el *benchmark*; había un equipo reducido, recursos limitados, pero había mucha pasión, la de un gran soñador, Diego Arango; que soñó con el parque, y que junto a un admirable equipo de trabajo lo hizo realidad. El Parque del Café ha logrado en el primer año 270 mil visitantes, y en este momento mantiene entre 300 y 400 mil al año. En la última temporada de fin diciembre-enero visitaron el parque más de 100 mil personas. El éxito ha permitido desarrollar dos parques adicionales: Panaca y el Parque de las Mariposas. Con el Jardín Botánico de Calarcá han permitido generar una industria de turismo y ecoturismo en el Departamento haciendo que toda una raza pujante de cafeteros se valga por sí misma, que luche por su propio destino y convierta al Quindío, como lo han hecho, un departamento que antes sólo era cruce de carreteras, en el segundo destino turístico del país, el cual ha generado nuevos proyectos que ya vienen en camino: el Parque de los Artesanos de Tebaida, que va a ser una sociedad empresarial; el Parque de Safari Marabelez, de la Tebaida, al estilo de Bush Gardens en Tampa; el megaproyecto del teleférico de alta montaña del Parque Nacional de los Nevados, y algunos sueños adicionales que cuando ustedes vayan al Quindío se los comentarán.

Si todos en Colombia pensamos en un instante en todas las razones, los valores y, sobre todo, en la gente que trabaja a diario por hacer de este país una nación ejemplar, nos llevaríamos la grata sorpresa de que tenemos innumerables motivos de orgullo como el Parque del Café, en honor a una actividad de vital importancia no sólo para Colombia sino para la economía mundial. Aquí por fin hay un parque que resalta toda la importancia de ese grano que tantas cosas buenas nos ha dado.

Quién es el vivo y quién el bobo

“El vivo vive del bobo y el bobo vive de su mamá.” Con esta expresión, un magnífico jefe cartagenero que tuve la oportunidad de conocer, nos instaba a no dar papaya, a ser productivos, a adelantarnos a las circunstancias. Claramente es importante que utilicemos nuestra malicia indígena y esa viveza que nos caracteriza para producir soluciones, para crear alternativas, para resolver problemas. Sabemos que el problema de Colombia no es la falta de recursos sino la mala distribución de éstos.

Pero algunos han empleado este paradigma para justificar sus trampas, sus chanchullos, sus robos, su falta de honestidad. Argumentan, en su mente o con los demás, que si todos hacen trampas no serán los únicos bobos que no las hacen; inclusive en la costa tienen un dicho “marica el último”, para justificar cualquiera atajo que uno tome para llegar de primero. El problema de los atajos falsos, como éstos es, que todo en la vida es como un bumerán; uno lo lanza, avanza lejos y se pierde de vista. Al rato el bumerán regresa por detrás y le pega a quién lo lanzó en la nuca tumbándolo al suelo.

Hace algún tiempo tuve la oportunidad de conocer a un ex procurador de Colombia y le pregunté: ¿por qué es que los colombianos somos tan ladrones? Él me respondió con una pregunta: ¿a qué se refiere? Le dije que nos robamos todo: las cobijas de los aviones, los ceniceros, los avisos de las calles; seguí argumentándole y le comenté que hasta en McDonald's nos han robado bizcochos de los inodoros. La respuesta de él me dejó huella. Me dijo: “nosotros no somos ladrones, sino que decimos que somos ladrones y por eso nos volvemos ladrones”. Claramente, si a un país adolescente se le dice ladrón y le reforzamos esta autoimagen, se vuelve ladrón; si le decimos corrupto se vuelve corrupto, si le decimos chanchullero se vuelve chanchullero.

Vimos hace un par de años que algunos medios publicaron la noticia de que Colombia estaba entre los tres países más corruptos del mundo. Esta noticia se basó en una investigación juiciosa. Pero la investigación se hizo sólo en 50 países, de 184 que forman parte de las Naciones Unidas y unos 70 países

adicionales en el mundo. O sea que el estudio fue en una quinta parte del mundo.

Recientemente nos metimos en la página web de Transparencia Internacional, y Colombia está en el puesto 41 entre 91 países en corrupción. Seguimos teniendo un problema grave porque todavía algunos piensan que el bien particular es más importante que el bien común. Pero vamos mejorando a pasos agigantados.

Ve uno a los colombianos usando el paradigma de que “el vivo vive del bobo y el bobo vive de su mamá”, en unas formas más constructivas. Por ejemplo, he observado en las filas que la gente denuncia a quien se está tratando de colar, observa uno que la gente denuncia la corrupción, observa uno que la gente le pita al que bota basura a la calle, observa uno pactos de transparencia de las empresas de tecnología que hacen negocios con el gobierno, observa uno que los empresarios tienen códigos de ética que firman todos los empleados.

Pedro Gómez, en la inauguración de la nueva facultad de empresas de la Universidad del Rosario – la FAEN – dijo: “mi generación recibió un país pobre pero honrado y está entregando un país empobrecido y corrupto.” En la Colombia que nos merecemos, esa Colombia nueva que la crisis nos ha dado la oportunidad de construir, usaremos nuestra viveza para construir y para generar riqueza, en lugar de extender pobreza. Somos un país rico en recursos, en gente, en inteligencia, en energía, en creatividad, en territorio, en comida, en folklore, en cultura, en sueños, y en posibilidades. Manejemos la mentalidad de la abundancia.

Trabajar, proponer y actuar, prioridad sobre llorar

Como todo el país y todos los colombianos, el 11 de septiembre en la mañana me impactó sobremanera la forma como el mundo fue atacado por el terrorismo y la violencia. Dejando de lado las inclinaciones políticas, económicas o afectivas, nada pudo ser más impactante que haber visto cómo dos vuelos comerciales se estrellaban contra uno de los símbolos más reconocidos por el mundo entero: las torres gemelas. La calma se convirtió en pánico y la tranquilidad en un sentimiento mundial de impotencia.

Pero, por encima del catastrófico evento, hubo algo que me sorprendió aún más y fue apreciar cómo los norteamericanos reaccionaban ante un hecho sin precedentes en su historia: cómo toda una población asumía inmediatamente una actitud de rechazo, solidaridad y respaldo a los estamentos gubernamentales. El impacto de una muerte y un acto vandálico, se tornó en un fuerte repudio y una unión social generalizada.

Vimos, entonces, que en Estados Unidos el pueblo, además de lamentar los hechos, inició un trabajo de solidaridad; donando sangre, ayudando a los cuerpos de rescate, brindando información, prestando una actitud de colaboración en todo momento. Las quejas y lamentaciones se dejaron de lado para pasar a la acción. Me hice entonces varias preguntas tratando de aplicar esta experiencia a nuestra realidad: ¿Qué puede uno aprender de situaciones así? ¿será que los actos de violencia en Colombia ocurridos durante los últimos años, sumados todos, no serán más graves que lo ocurrido el fatídico martes 11? ¿cómo lograr el sentido de urgencia que produce una crisis, aquí en Colombia?

Es cierto, 40 años de guerrilla y más de un millón de muertos en 50 años nos han podido convertir en seres inmunes a los actos vandálicos, pero también es cierto que nos hemos vuelto un país quejumbroso y adolorido en todo momento. Nuestro paradigma “el que no llora no mama”, se convirtió en una realidad que se integró a nuestra personalidad y a nuestra idiosincrasia. Antes de realizar una acción, nos estamos quejando, nos estamos lamentando sin haber intentado, y si intentamos lo hacemos maldiciendo por habernos metido en el desarrollo de esa idea. Más grave aún, si alguien actúa lo destruimos con nuestra crítica.

¿Qué sucede entonces? Somos sin querer gente negativa. Nuestro nuevo comportamiento debería estar conducido por una nueva idea presentada por Ignacio Orrego, “No llore, mame”. Seamos gente que no espera sino que actúa, seamos colombianos al cien por cien, colombianos que sienten su país y que lamentan los actos terroristas, las dificultades sociales y económicas, pero que también reconoce que el cambio está en multiplicar nuestras manos y que la forma de lograr un avance no está en quejas o reclamos, disculpas o excusas, sino en acciones y respuestas. Con frecuencia, el hecho de

que cada uno de nosotros no pueda hacer mucho por el país es un pretexto para que muchos de nosotros no hagamos nada por el país.

¿Por qué no intentamos hacer un cambio en nuestra forma de actuar? Son muchas preguntas y las respuestas no las encontraremos en libros o en discursos políticos; las respuestas están en las bocas de cada uno de nosotros como colombianos. Así como repudiamos los actos terroristas que afectaron a los estadounidenses, deberíamos hacer, actuar, proponer e implementar procesos de cambio en cualquier sector social nacional y no empezar una acción con la frase típica de “eso para qué lo hacemos si desde aquí no podemos cambiar nada”.

Miremos cuántos individuos transforman su comportamiento a partir de la acción propuesta por una persona, un grupo u organización; hemos evidenciado este cambio en los americanos que, trabajando y esforzándose por superar un evento de crisis, han reaccionado y están trabajando en reconstruir. Es cierto; están mirando sus problemas y lamentando los acontecimientos; pero a su vez están siendo guiados por un sentimiento de fortaleza, de no dejarse vencer y de mirar el futuro previendo que estos actos no vuelvan a ocurrir. Tenemos que aprender de los demás y creo, como colombiano, que esa capacidad de reacción, evaluación y solidarización debería ser un ejemplo para nosotros, un país que necesita reaccionar, evaluar y solidarizarse; y que definitivamente necesita llorar menos y mamar más.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD HOSPITAL DE SAN JOSE

Personería Jurídica No. 10917 del 01-12-1976 Resolución Ministerio de Educación Nacional No. 0125

Facultad de Instrumentación Quirúrgica
Código ICFES 270246100281100111100

Título otorgado
Instrumentador Quirúrgico

Oficina de admisiones: Calle 10 No. 18-75 Edificio docente, 1^{er} piso
PBX. 5998977 • 5998842 TELEFAX 2019867 • 2018938
E-mail: instrumentacion@fucsalud.edu.co
hppt: www.fucsalud.edu.co

I SEMESTRE

- Biología
- Morfofisiología I
- Física
- Química
- Introducción a la instrumentación
- Comunicación oral y escrita
- Informática

II SEMESTRE

- Microbiología
- Ecología
- Morfofisiología II
- Esterilización
- Bioquímica
- Técnicas quirúrgicas I
- Técnicas de instrumentación
- Sociología

III SEMESTRE

- Patología I
- Cuidados básicos en salud
- Estadística
- Farmacología
- Anestesia
- Técnicas quirúrgicas II
- Técnicas de instrumentación II
- Inglés I
- Psicología

IV SEMESTRE

- Patología II
- Epidemiología
- Técnicas quirúrgicas III
- Técnicas de instrumentación II
- Inglés II
- Constitución política y derecho en salud
- Ética general
- Administración general
- Investigación I

V SEMESTRE

- Práctica I
- Bioética
- Administración hospitalaria
- Investigación II

VI SEMESTRE

- Práctica II
- Investigación II
- Didáctica
- Proyecto de Investigación

VII SEMESTRE

- Práctica III
- Proyecto de Investigación
- Mercadeo
- Seminario de Investigación

VIII SEMESTRE

- Práctica IV

Espasmos de la glotis

Por el Doctor Marco A. Iriarte R., de Bogotá.

El espasmo de la glotis es una contracción tónica de los músculos aductores y constrictores de la glotis, que puede durar desde algunos segundos hasta el tiempo para producir la sofocación.

Sabida es la clásica división de los espasmos en sintomáticos é idiopáticos. Los primeros, de los que no tendré para qué ocuparme aquí, provienen casi siempre de la excitación de los nervios recurrentes, producida por un tumor que se halle vecino y así, no es raro observarlo en los aneurismas del cayado de la aorta, en las hipertrofias de los ganglios linfáticos de la región inferior del cuello, sean éstas de origen tuberculoso ó canceroso, etc. Se observan también, en las afecciones irritativas ó ulcerativas de la laringe, como en el croup, en la sífilis laríngea, etc.

El espasmo idiopático de la glotis, que se ha llamado también convulsión interna, asma tímica, asma de Kopp, asma de Millar, espasmo freno-glótico de las criaturas, es una entidad mórbida perfectamente definida, según la mayor parte de los autores, que se presenta en los niños desde el primer día de nacidos hasta los dieciocho ó veinte meses. Rualt, sin embargo, no piensa que el espasmo de la glotis deba considerarse como una entidad mórbida aparte, como se deduce claramente del siguiente párrafo que copio: “Siendo una enfermedad especial a los recién nacidos y procediendo por accesos, está caracterizada por un espasmo tónico simultáneo de la glotis, del diafragma y de los músculos torácicos, acompañado ó seguido frecuentemente, por convulsiones tónicas de las extremidades. Debe pues, con

toda evidencia, entrar en el cuadro de la eclampsia infantil, de que no es en realidad sino una forma clínica particular.

El mayor número de casos se observa entre los dos y los quince meses. Los niños son atacados más frecuentemente que las niñas, sin que se haya encontrado hasta ahora, razón satisfactoria para explicar el hecho.

Se cree que la herencia nerviosa desempeña un gran papel, y así no será raro encontrar en las historias clínicas, antecedentes hereditarios nerviosos, madre histérica, etc.

Las condiciones higiénicas ocupan un lugar importante en la etiología de la enfermedad. Así, el doctor Pérez Avendaño nos relata los siguientes casos que son muy demostrativos:

“He tenido ocasión de observar últimamente en la clientela dos casos, de tal modo semejantes, que una sola historia los abraza: se trata de dos niños que habitaban un mismo cuarto, que servía al propio tiempo de taller en donde trabajaban cuatro personas. Cada vez que iba a verles me era fácil notar lo viciado del aire, no solamente por las combustiones de cuatro personas, sino también por las de la chimenea, el humo del cigarro, etc. Los niños respiraban en esta atmósfera, su madre y nodriza, siendo solas para poder vigilarlos. Uno de estos niños iba al campo cada quince días, y me fue fácil observar que los días consecutivos a estas salidas su estado era otro, y no era sino algunos días des-

pués cuando los accesos reaparecían. Es posible que la sangre químicamente modificada constituyera un irritante del sistema nervioso central”.

Por la misma razón (con finamiento del aire) debe ser que en Europa se observan más casos en el invierno que en el verano.

La enfermedad, al decir de Marfan, es rara en París, al paso que en Inglaterra es bastante común. Entre nosotros no me ha parecido que se observe con mucha frecuencia.

Algunos autores han acusado a la dentición, como causa de los ataques. Es posible que en los casos de dentición laboriosa, con gran hinchazón de las encías, el niño esté especialmente predispuesto.

Pero es la sífilis, y la sífilis hereditaria, la que produce en gran número de casos del espasmo idiopático de la glotis. El Profesor Dieulafoy dice a este respecto: “La sífilis hereditaria determina muy a menudo en los niños pequeños perturbaciones laríngeas que tienen tal analogía con los espasmos de la glotis, que tengo la convicción de que en muchos casos es la sífilis la causa”. Es precisamente por esta coincidencia por lo que he querido relatar la historia de los dos casos que he tenido ocasión de observar y en los cuales la sífilis ha sido la verdadera causa del mal.

Mi primera observación se refiere a un niño de ocho días de nacido que me fue llevado al dispensario de San Vicente de Paúl.

El niño aparecía bien conformado, había nacido a término y no presentaba aparentemente estigmas de sífilis. No pude descubrir antecedentes específicos en la madre, que fue quien lo llevó a la consulta, ni pude averiguar nada positivo relacionado con el padre. El niño, nos cuenta la madre, sufre periódicamente y sin causa apreciable, lo mismo de día que de noche, de convulsiones que se repiten cinco ó seis veces en las veinticuatro horas y que parece van a poner su vida en peligro. Tuve ocasión de presenciar un ataque mientras le examinaba, y las cosas pasaron de la siguiente manera: sobreviene bruscamente un movimiento convulsivo del tronco sobre

las piernas, coincidiendo con una inspiración sonora, seguida de una expiración que no parece tener nada de anormal. Poco a poco las inspiraciones subsiguientes se fueron haciendo más y más cortas, sacudidas y los movimientos espiratorios fueron disminuyendo de intensidad hasta desaparecer completamente. Llegó un momento en que la función respiratoria no existía. La cabeza estaba caída hacia atrás, los ojos enormemente abiertos, la mirada inquieta, angustiosa, la cara cianótica. Esto duró uno ó dos minutos, al cabo de los cuales la respiración se restableció, empezando por inspiraciones sonoras del todo semejantes a las del principio del ataque.

Este cuadro dramático, no podía corresponder a otra cosa que a un espasmo de la glotis, pues pasado el ataque, el niño quedaba en un estado de salud excelente, sin que fuera posible descubrir huella alguna de enfermedad, comiendo y durmiendo como el mejor alentado.

¿Cuál es la verdadera causa de dichos ataques? Por de pronto me fue imposible descubrirla, y en la ignorancia hube de limitarme a un tratamiento puramente sintomático de baños tibios y una poción antiespasmódica.

Tres días después me fue llevado el enfermito de nuevo porque no solamente no había mejorado, sino que al contrario, las cosas marchaban de mal en peor, pues los ataques se habían hecho más frecuentes y de duración más larga. Examiné de nuevo con más cuidado el niño y encontré en este segundo examen, una enorme placa mucosa en la margen del ano. La cosa me sorprendió muchísimo por no haberla visto en el primer examen y porque el niño aparentemente, como ya lo he dicho, no revelaba ser un tarado hereditario. Sin embargo, la duda ya no era posible, el niño era heredo-sifilítico. Esclarecido el punto etiológico cambié completamente de terapéutica, e instituí el tratamiento mercurial intensivo en todo su rigor. El resultado favorable no se hizo esperar, pues dos días después de comenzado, los ataques se habían hecho más raros y disminuidos en intensidad y después de ocho, no volvie-

ron a presentarse. Este niño hoy parece curado de su sífilis, pues no ha vuelto a presentar síntoma alguno de dicha enfermedad.

El segundo caso se refiere a una niña, igualmente recién nacida, para la cual fui llamado de urgencia un día. Cuando llegué, el ataque acababa de pasar, y por lo referido por los colegas que habían llegado antes que yo, era indudable que la niña tenía espasmos de la glotis. Según se me informó ya había tenido dos ó tres ataques antes, enteramente semejantes al que acababa de pasar. El distinguido Profesor Señor Doctor Miguel Rueda A., médico de cabecera, me hizo el honor de citarme para que lo acompañara a ver la enfermita. Con el caso anterior que hacía poco había visto yo, me vino inmediatamente la idea de que podría ser la sífilis hereditaria la causa de los espasmos de la glotis de esta niño, a pesar de que, como en mi primer caso, no revelaba ser una heredo-específica, y sí tenía ante-

cedentes hereditarios nerviosos, pues la madre es una histérica consumada. El señor Doctor Rueda acogió muy favorablemente mi idea y procedió con la prudencia requerida en dichos casos a hacer un interrogatorio al padre. La cosa fue muy mal recibida por el señor, hasta el punto de que fue imposible continuar la indagatoria. Así las cosas, resolvimos dejar un tratamiento antiespasmódico, listo a cambiar por el anti-específico, si los espasmos continuaban. La duda no duró aquí largo tiempo, pues dos días más tarde el Doctor Rueda me citaba de nuevo con el objeto de mostrarme una bella erupción de psoriasis específica, que ponía perfectamente en claro nuestras sospechas. El tratamiento específico fue instituido inmediatamente y el resultado favorable no se hizo esperar tampoco.

Después supimos que por tiempo, en que estas cosas pasaban, el señor estaba tratándose para manifestaciones secundarias de su sífilis.

Comentario

Héctor Garzón *

En la disertación realizada hacia principios del siglo pasado en nuestra revista Repertorio de Medicina, por el Doctor Marco A. Iriarte, referente al cuadro de “Espasmos de la glotis”, es absolutamente obligado resaltar, en primera instancia, los conceptos generales que con gran claridad se expresan al clasificar los laringoespasmos en idiopáticos y sintomáticos.

Asocia de manera inteligente todas las afecciones que pueden ejercer compresión sobre el nervio laríngeo recurrente con episodios de laringoespasmó y, obviamente, refiere como etiología primaria, las enfermedades de gran incidencia en la época, incluyendo la tuberculosis, la sífilis y otras que aún siguen vigentes, como las adenopatías y las neoplasias.

Si bien es cierto que en etiologías como las planteadas aquí esperaríamos alteraciones representadas en esencia por la parálisis de las cuerdas vocales, no es

ilógico pensar en el laringoespasmó como síntoma posible ante una lesión compresiva, aún cuando esta es más común en casos que involucran el nervio laríngeo superior, pues producen estímulos anómalos del mismo, lo que se traduce en un cierre glótico reflejo de gran severidad y conforman un verdadero cuadro de laringoespasmó.

Es agradable recordar nomenclaturas como las denominaciones de “convulsión interna”, “asma tímica” y otras, que el lector puede disfrutar con la lectura del artículo original, y que nos transportan de manera romántica hacia la literatura médica de principios del siglo XX, rica en epónimos y hábilmente mezclada con finos detalles descriptivos.

Las referencias que se hacen del doctor Ruatl, quien propone el espasmó laríngeo secundario a la focalización de un síndrome convulsivo, pueden ser más exactas y lógicas. En la actualidad se sabe que muchos cuadros

* Residente Otorrinolaringología R.III Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Hospital San José.

son producto de este tipo de enfermedades neurológicas. Por otro lado, en las apreciaciones detalladas del doctor Pérez Avendaño es muy interesante advertir cómo propone la brillante hipótesis, basada en sus observaciones particulares, de casos sucedidos por exposición de los pacientes a medios viciados con contaminantes como por humo de cigarrillo y productos de combustión. En la actualidad estos agentes están asociados a laringoespasmos, con estadísticas que reflejan un aumento de hasta tres veces su incidencia en individuos expuestos a humo de cigarrillo, amonio, benceno y otras sustancias de uso común.

Respecto a la apreciación hecha por el Dr. Pérez Avendaño, cuando considera que “es posible que la sangre químicamente modificada constituyera un irritante del sistema nervioso central”, podemos aclarar que los últimos estudios demuestran que, en efecto, el laringoespasmos se produce con mayor facilidad durante los estados hipocápnicos, en la fase espiratoria y cuando hay aumento en las concentraciones de dióxido de carbono. Esto explica por qué es una entidad autolimitada,

puesto que cuando las concentraciones de dióxido de carbono comienzan a elevarse, la glotis se abre por acción refleja, quedando el paciente absolutamente asintomático.

Por último podemos afirmar que, aun cuando la sífilis es una patología relativamente común en nuestro medio y época, ya no lo es tanto como fue a principios del siglo XX, cuando fue escrito el artículo del doctor Iriarte. Es por ello lógico pensar, que existiera gran tendencia y sesgo a asociar la lúes con cualquier enfermedad poco comprendida, como corresponde al laringoespasmos. Aun cuando se refiere una respuesta al tratamiento instaurado y aceptado en la época, como el usado con los agentes mercuriales, quedan grandes dudas tanto en el diagnóstico, como en que fuese la sífilis, la verdadera etiología de dichos cuadros.

En la actualidad son muchos los conocimientos en cuanto a la fisiopatología del laringoespasmos, pero debe precisarse que se trata de una enfermedad de índole multifactorial.