

MEMORIAS CONGRESOS DEPARTAMENTO DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

VIII CONGRESO DE MEDICINA

RETOS EN SALUD

“De la evidencia científica a la práctica clínica”



DEPARTAMENTO
DE MEDICINA

**MEMORIAS CONGRESOS DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA.
VIII CONGRESO DE MEDICINA
RETOS EN SALUD
“De la evidencia científica a la práctica clínica”**

Edición: Número 1
ISSN: En trámite (En línea)

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN
EPIDEMIOLOGÍA
Y SALUD PÚBLICA**

ORGANIZADORES

Alvaro Eduardo Uribe Gil
Director de Departamento de Medicina

Jesús Antonio Chaustre Buitrago
Coordinador del congreso

Ariadna Osorio Giraldo
*Coordinadora de básicas en medicina
Pamplona*

**GRUPO ORGANIZADOR: DÉCIMO
SEMESTRE 2016-2**

COMITÉ ORGANIZADOR PRINCIPAL

Presidente:

Julieth Paola Velandia Ramírez

Vicepresidente:

María Alejandra Ortiz Jaimes

Tesorero:

Orinson Yoel Chiquillo Marimón

Fiscales:

Luis Fernando Sánchez Estrada

Juan Nicolás Castro Contreras

**ESTUDIANTES DE DÉCIMO
SEMESTRE**

Osskar Iván Rincón Ardila
Ruby Lorena Lozada Muñoz
Wendy Johanna Pallares Correa

Juan Pablo Tarazona Martín
Juan David Saurith Ramírez
Juliana Andrea Salazar Tapias
Yaleisy Roman Ramírez
Lina Andrea Quijano Vargas
Melissa Bastianelli Peralta
Greissly Dayana Navarro López
Evelyn Shirley Buitrago Pabón
Jairo Rafael Rosas Galvis
Alvaro Javier Lozano Portillo
Nelly Alexandra Peñaloza Moreno
Juliana Estefanía Ramírez Rincon
Erika Michelle Cardenas Rojas
Jose Leonardo Grisman Laverde
Yulieth Carolina López Perozo

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Alam Alberto Parejo Castro

EDITOR

Universidad de Pamplona

FECHA Y LUGAR

3,4 y 5 de noviembre de 2016
Hotel Internacional Casino – Cúcuta,
Norte de Santander

Departamento de Medicina
Facultad de Salud
Universidad de Pamplona
Correo electrónico:
dmedicina@unipamplona.edu.co
Página web:
<http://www.unipamplona.edu.co/medicina>
Dirección: calle 6BN N°12E-23 Los
Acacios
Cúcuta, Norte de Santander – Colombia
20

TABLA DE CONTENIDO

EPIDEMIAS DEL SIGLO. SITUACIÓN ACTUAL Y TENDENCIAS. MÉDICOS A LA VANGUARDIA. DR. JORGE OMAR PABÓN	4-12
MISIÓN MÉDICA EN ZONAS DE CONFLICTO Y POST-CONFLICTO. DR. EUSEBIO ENRIQUE GONZALEZ	12-20
REDUCIR ERRORES, EL RETO DE LA MEDICINA. DR. ROBERTO ESGUERRA. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS.	21-33
SEGURIDAD INFORMÁTICA EN SALUD Y EN TELEMEDICINA. DR. KARIM NADER.	34-40
MEDICINA DE ALTA CALIDAD. USO EFICIENTE DE LOS MEDIOS DIAGNÓSTICOS. DR. ROLF ALWERS COCK. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS.	41-46
IMPACTO SOCIAL DE LA TELEMEDICINA EN COLOMBIA Y EL CONTINENTE. DR. KARIM NADER.	47-52
ENSEÑAR MEDICINA DE ÓPTIMA CALIDAD: EL DEBER Y LA RESPONSABILIDAD DEL INTERNISTA. DR. YOEL KORENFELD AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS.	53-60
ZIKA Y ALTERACIONES NEUROLÓGICAS. DR. JAIRO LIZARAZO NIÑO.....	61-71
MANEJO DEL DOLOR. DR. HUGO ALDO FUENTES.....	72-79
ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA ANTE LA SOSPECHA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. DR. ORLANDO REY.....	80-92
ORTOPEDIA PEDIÁTRICA. MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES. DR. LUIS CARLOS BECERRA.....	93-103
INMUNOLOGÍA PEDIÁTRICA: LAS ALERGIAS EN LOS NIÑOS. DR. MAURICIO SARRAZOLA.....	104-112
MALTRATO INFANTIL. DR. EUGENIO CORREA PARRA.....	113-122

PROGRAMA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA: 10 AÑOS DE COMPROMISO

Dr. Germán Enrique Wilches Reina

Formación académica

Médico general de la Universidad del Norte, Barranquilla.

Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán.

Especialista en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública.

Maestría en Salud Pública de la Universidad del Valle.

Experiencia profesional y docente

Decano de la Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona (2007)

Docente de tiempo completo en las asignaturas de Epidemiología, Salud Pública y Salud Ocupacional del Programa de Medicina de la Universidad de Pamplona (actualmente)

Objetivo

Reconocer la influencia del programa de Medicina de la Universidad de Pamplona a nivel local, regional y nacional.

Resumen

REFLEXIONES SOBRE LA INFLUENCIA DE LAS UNIVERSIDADES A NIVEL LOCAL Y REGIONAL

Consecuencias económicas directas:

- Empleadores importantes de personal de un nivel relativamente alto con un poder adquisitivo considerable en el ámbito local.
- Los estudiantes pueden ejercer una influencia local directa mediante las compras locales y constituyen una adición neta a la economía regional en la medida en que procedan de una zona distinta a aquella en que se encuentra la universidad.

- Movilización de becas y contratos de investigación, asesoría, intercambios de investigadores y creación de empresas.
- La enseñanza y la contratación de graduados por parte de empresas regionales.
- Circulación de los estudiantes desde distintas carreras hasta que llegan a ocupar empleos en el ámbito local, regional y nacional.
- La medicina y las ciencias sociales proporcionan beneficios comunitarios directos.
- Proporcionar líderes importantes en la sociedad civil local.
- Preservar cultura y humanidades.

CAPITAL HUMANO

Economía de aprendizaje:

- El saber qué: los hechos y las informaciones.
- El saber por qué: los principios y leyes necesarios para limitar el ensayo y error.
- El saber cómo (conocimientos técnicos): las aptitudes y capacidades para hacer algo y que se suelen adquirir en el lugar de trabajo.
- El saber quién: es la información sobre quién sabe cómo hacer qué y la capacidad social de establecer relaciones con grupos especiales a fin de inspirarse en su experiencia.

SALUD Y DESARROLLO

- La salud de la población y de los individuos está intrínsecamente unida a su desarrollo.
- El desarrollo en el sentido amplio del término, implica cambios e incluso importantes alteraciones de la salud y del entorno de las personas. Pero, del mismo modo, el estado de salud de la población es un factor que condiciona el desarrollo.
- Una salud precaria disminuye la capacidad laboral y la productividad de las personas, algo que afecta sobre todo a los pobres, por cuanto son ellos los que realizan los trabajos que exigen un mayor esfuerzo físico.
- Una mala salud afecta al desarrollo físico de los niños, así como a su escolarización y aprendizaje. Como consecuencia, si ampliamos estas

circunstancias al conjunto de la población, se puede constatar el fuerte freno que las enfermedades imponen al crecimiento económico y al desarrollo en general.

- A la inversa, diferentes estudios, como los analizados por Strauss (1993:149-163), prueban la relación que existe entre la mejora nutricional y de la salud con el incremento de la productividad (especialmente cuando se parte de niveles bajos de consumo y en actividades intensivas en mano de obra), así como en la asistencia y el rendimiento escolar.
- El desarrollo puede romper el clásico círculo de retroalimentación existente entre la pobreza y la mala salud. El desarrollo económico posibilita disponer de mayores recursos con los que financiar la mejora de la salud medio ambiental, la realización de campañas de salud pública, y, sobre todo, el establecimiento de un sistema sanitario cuyos servicios de salud cubran también a los sectores más vulnerables, por ejemplo mediante la extensión de la atención primaria de la salud.
- Los programas de desarrollo social, como los de educación y alfabetización han contribuido decisivamente a elevar el nivel de salud al facilitar las mejoras en la alimentación, la higiene y la salud reproductiva.
- El desarrollo socioeconómico, particularmente si alcanza equitativamente a la población (aunque generalmente no sea éste el caso), también permite mejoras en las condiciones de vivienda y de otros servicios básicos.

SALUD Y CRECIMIENTO ECONÓMICO

1. Reduce las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores.
2. Permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, pueden quedar total o parcialmente inaccesibles e inexplorados.
3. Aumenta la escolarización de los niños y les permite un buen aprendizaje.
4. Libera para diferentes usos aquellos recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de enfermedades.

En términos relativos, las ventajas económicas de una buena salud son mayores para la población pobre, que por lo general es la más afectada por las discapacidades que provoca una salud precaria y están en situación de beneficiarse al máximo de la explotación de los recursos naturales infrautilizados.

PROGRAMA DE MEDICINA: ESTUDIOS DE VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD: 2004.

- Colombia: médicos generales: 1.6 por cada 1000 habitantes

- Norte de Santander: 0.3 por cada 1.000 habitantes (2001). Población de Cúcuta 732.600 habitantes. Norte de Santander: 1.750.685; 18% en edad de formación universitaria.
- Alta prevalencia y diversidad de enfermedades endémicas emergentes y reemergentes
- Necesidad de generar investigación científica disciplinar e interdisciplinar en medicina y salud a nivel local y regional.
- Los permanentes desplazamientos y oleadas migratorias. Violencia.
- La necesidad sentida de educación en salud y medicina (democratización medica).
- La carencia de una facultad que ofertara el programa de medicina en la ciudad de Cúcuta y su área de influencia nororiental.
- Dependencia total de médicos formados en otras latitudes diferentes a las particularidades del contexto regional. Vulnerabilidad y riesgo epidemiológico por la condición de frontera.
- La valoración de la ciudad de Cúcuta como un polo de desarrollo nacional y binacional. Región pluricultural.
- Consolidación de la Facultad de Salud. Complementariedad para cubrir la diversidad de saberes en el conocimiento científico de la salud humana.
- Concepción integral: relación inseparable con el medio cultural, social, económico, político y natural (holística).

NORMAS

- Acuerdo N° 032 del 16 de Marzo de 2004.
- Registro Calificado 5882 del 13 de Diciembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional y código de registro ICFES 121246100005451811500.
- Cohorte 1: enero 2006.
- Acuerdo 041/2002, organización y estructura curricular de la Universidad de Pamplona, 4 componentes de formación profesional: básica, complementaria, profesional específica y de profundización.

PEDAGOGÍA

El pensamiento pedagógico: constructivista-cognitivo

- Centrado en los intereses del estudiante.
- Procesos de aprendizaje significativo.
- Utilización de métodos de enseñanza-aprendizaje basados en la resolución de problemas.

- Objetivo fundamental :
 - Autoaprendizaje.
 - Desarrollo de competencias del saber aprender, saber hacer, saber comunicar, saber convivir.
- Práctica pedagógica cotidiana real:
 - Sistema clásico de enseñanza-aprendizaje.
 - Con contenidos organizados en áreas y asignaturas.
 - Centrado en la tradicional transmisión de conocimientos del profesor al alumno.
 - Evaluación medible y cuantitativa de resultados y logros de aprendizaje.
- Ir más allá del modelo hipocrático clásico patocéntrico, biologicista, positivista, mecanicista y ahistórico, centrado en el diagnóstico y la curación.
- Para ir posibilitando y sembrando en la mente del estudiante, una equidad discursiva entre el paradigma biomédico clásico y el socio-medico, más determinado por el aprendizaje, la investigación y la aplicación de los principios biopsicosociales que rigen el bienestar integral del ser humano.
- Desde sus inicios se buscó fortalecer el conocimiento de la atención médica en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo como eje de acción la salud pública familiar y comunitaria, una atención en salud centrada en el paciente, que pasa a ser un protagonista activo y auto-responsable de su bienestar integral.

REESTRUCTURACIONES Y AJUSTES

- Acuerdo N° 055 de Consejo Académico del 21 de Julio de 2006
- Acuerdo N° 034 del 29 de Marzo de 2007
- Acuerdo N° 011 de 31 de Marzo de 2009
- Acuerdo N° 061 de 26 de septiembre de 2011, aprueba el reglamento de prácticas formativas y de docencia-servicio
- 2010, acorde con el desarrollo y consolidación académica, el Comité de Programa de Medicina, teniendo como finalidad la consolidación del programa, decide trasladar a la ciudad de Cúcuta sus actividades

formativas a partir del tercer semestre, ofreciéndose en Pamplona el primero y segundo semestre académico.

MISIÓN MÉDICA EN ZONAS DE CONFLICTO Y POST-CONFLICTO

Dr. Eusebio Enrique González

Formación académica

Médico general de la Universidad del Nacional, Bogotá.

Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán.

Especialista en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública.

Experiencia profesional y docente

Decano de la Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona (2007)

Docente de tiempo completo en las asignaturas de Epidemiología, Salud Pública y Salud Ocupacional del Programa de Medicina de la Universidad de Pamplona (actualmente)

Objetivos

- El Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución número 14544 de 16 de Octubre 2013 renueva el Registro Calificado al programa de Medicina de la Universidad de Pamplona por un término de siete años.
- Acuerdo N° 138 de Consejo Académico del 09 de Diciembre de 2014.

ESE FPS/ISS ESTUDIO TÉCNICO EVALUACIÓN ADMINISTRATIVA – MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.

“La E.S.E. F.P.S. presenta problemas estructurales y de gestión que limitan gravemente la competitividad de la Institución y amenazan su futuro inmediato, poniendo en riesgo la prestación de servicios de salud, pues presenta desequilibrios presupuestales recurrentes y pérdidas operacionales que comprometen su sostenibilidad financiera no dejando margen de recursos para aplicar a inversión física, reposición tecnológica o desarrollo empresarial; factores primordiales para el mejoramiento de los servicios de salud”.

JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

Misión Universidad de Pamplona: “Formar profesionales integrales, que sean agentes generadores de cambio, promotores de la paz, la dignidad humana y el desarrollo nacional.”

DESARROLLO DE LA U.P. EN LOS ULTIMOS AÑOS:

Años 90----- 2400 Estudiantes

Actualmente----- 31000 Estudiantes

Pregrado presencial-- 15527 Estudiantes

Del Total de estudiantes de Pregrado Presencial: 4506----Facultad de Salud (2008)

PLAN DE DESARROLLO U.P:

Sectores estratégicos que permitan afianzar su liderazgo en la sociedad:

1. Desarrollo científico-tecnológico, humanístico cultural y artístico.
2. Desarrollo del Talento Humano, de la cultura organizacional y del bienestar universitario.
3. Proyección de la Universidad a nivel regional, nacional e internacional.

HOSPITAL UNIVERSITARIO (Ley de Talento Humano)

Es una IPS de Salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser Hospital de enseñanza y practica supervisada por autoridades académicas competentes, que ofrece formación y atención medica en cada uno de los niveles de complejidad; comprometido con las funciones esenciales de la Universidad las cuales son formación investigación y extensión.

HOSPITAL UNIVERSITARIO-IPS UNIVERSITARIA

1. Oportunidad para mejorar la calidad del servicio a los usuarios.
2. Generar un nuevo modelo de gestión de la Salud.
3. Demostrar que lo público es viable también en el Sector Salud.
4. La prestación de Servicios de Salud es rentable social y económicamente.
5. Disponer de sitios de mejores prácticas y de investigación para nuestros estudiantes y docentes.
6. Desarrollo Empresarial para nuestros estudiantes y egresados.
7. Venta de servicios y productos de Salud para el área de la Frontera y el nororiente colombiano.

VIABILIDAD TECNICA – ADMINISTRATIVA

1. Necesidad sentida de la población del departamento Norte de Santander.
2. Déficit en la disponibilidad de camas hospitalarias (estancia, uci y neonatales).
3. Aseguramiento de la población.
4. Ausencia de capacidad resolutive en los componentes de la red departamental de salud.
5. Déficit de tecnología de punta que permita dar solución a las necesidades y requerimientos de la población.

IPS UNIVERSITARIA

PROBLEMAS A ESTUDIAR

La urbanización descontrolada y la industrialización exponen a la población a nuevos riesgos: Accidentes laborales; exposición a sustancias tóxicas; ríos contaminados; radiación; contaminación del aire por el transporte y por la industria; ruido industrial, etc. Estos fenómenos que suelen formar parte de los procesos de desarrollo pueden dar lugar a cambios de los perfiles epidemiológicos, es decir, en los tipos de enfermedades que sufre la población.

PERSONAS VULNERABLES Y PROBLEMAS COMPLEJOS

- Niños
- Mujeres
- Ancianos
- Ciertos trabajadores
- Transición demográfica
- Transición epidemiológica
- Desplazamientos de personas

¿ACREDITACIÓN?

- El programa se prepara desde su autoevaluación para solicitar su acreditación de calidad al Ministerio de Educación nacional.
- Para lograr este objetivo, los propósitos inmediatos son la unificación del programa en la ciudad de Cúcuta y la conversión del Departamento de Medicina en Facultad de Medicina.

¿POSTGRADOS?

Conclusiones

“Quienes emprendan grandes obras de utilidad pública, tienen que estar a prueba de las dilaciones más fatigosas, las desilusiones más penosas, y los insultos más ofensivos... y lo que es peor aún...los juicios presuntuosos de los ignorantes”
Simón Bolívar.

Bibliografía

- Phillips, D. R. e Y. Verhasselt (1994), Health and Development, Routledge, Londres.
- PNUD (1998), Informe sobre el desarrollo humano. 1998, Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York.
- Strauss, J. (1993), "The Impact of Improved Nutrition on Labor Productivity and Human-Resource Development: An Economic Perspective", en Pinstруп-Andersen, P. (ed.), The Political Economy of Food and Nutrition Policies, International Food Policy Research Institute, The Johns Hopkins University Press, Baltimore y Londres, pp. 149-170.
- WHO (1999), The World Health Report 1999, World Health Organization, Ginebra.
- Normatividad Universitaria.

DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA, LA EPIDEMIA DEL SIGLO

Dr. Jorge Omar Pabón Laguado

Formación académica

- Médico general de la Universidad Industrial de Santander en 1981.
- Especialista en Medicina Interna de la Universidad Militar Nueva Granada en 1986.
- Especialista en Medicina Nuclear.

Experiencia profesional y docente

- Docente de Medicina Interna de la Universidad de Pamplona.
- Actualmente, Coordinador de Medicina Interna en la Clínica Santa Ana.
- Miembro Emérito de la ACMI

Objetivo

Enseñar la importancia creciente del conocimiento de las emociones y las actitudes de los médicos en la calidad asistencial.

Resumen

“AHORA VIVIMOS MEJOR, PERO NOS SENTIMOS PEOR” Luis Rojas Marcos

- Cada día es mayor el número de personas que se quejan de la ausencia de humanidad en el médico, que añoran la imagen idealizada del galeno de antaño, a pesar de que a menudo éste no podía hacer otra cosa que limitarse a confortar al enfermo con su presencia.
- El sentir, popular es que el médico del pasado era más humano, más consciente de las necesidades afectivas y espirituales del paciente, que los facultativos de hoy se distancian con demasiada frecuencia de los fines altruistas...
- Es evidente que los avances tecnológicos han disminuido considerablemente la importancia del contacto personal del médico con el paciente. La relación se establece prioritariamente a través de procedimientos, aparatos y remedios, a los que comprensiblemente se les atribuyen los beneficios **tangibles y reales** de la intervención

- Son bastantes los doctores que en privado opinan que dedicar tiempo al paciente para escucharle y confortarle es irrelevante para la efectividad de la intervención médica. Después de todo, sostienen, aun sin estos ingredientes **ritualistas y simbólicos**, la mayoría de los enfermos consigue mejorar en la mayor parte de los casos gracias a los adelantos de la ciencia.

HUMANISMO MÉDICO

- El trabajo: servicio médico.
- Sumo respeto, afecto y altruismo a favor del ser humano que necesita de ayuda.
- Colmado de valores humanos, éticos y de responsabilidad.
- Se ejercita con un compromiso personal y profesional eficiente.
- Generar confianza y reconocimiento en el paciente, su familia y la comunidad.

La deshumanización de la medicina es debida al **detrimento de valores en la sociedad**, que es una realidad que observamos a diario, en razón a diversos factores, como el detrimento del tiempo de los médicos para atender a los pacientes.

No debemos olvidar que un interrogatorio correcto con el enfermo es imprescindible y fundamental para el diagnóstico y tratamiento, constituyendo una parte esencial, pues de ella puede depender la confianza futura del paciente en el profesional. Una de las consecuencias de la deshumanización de la práctica es la medicina defensiva, argumento a la que acude el profesional ante el recelo de ser acusado por realizar una mala praxis.

El sistema vigente es rígido y requiere al médico en muchas ocasiones, anteponer el tiempo dedicado al paciente, a la eficacia, a la atención y consideración al paciente.

EMPATÍA MÉDICA

“Ser un buen médico implica no solo saber ciencia, sino también entender a las personas y saber ponerse en la piel del enfermo” Gonzalo Casino Fuente.

La Empatía clínica ya no es un adorno o un complemento, sino una competencia médica esencial y una actitud clínica imprescindible. Los estudios han comprobado que la empatía se asocia con una mayor satisfacción del enfermo, con un menor estrés del médico, menores errores y mejores resultados.

El concepto de Empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente.

Se define como la capacidad de entender las emociones de los pacientes, así como sus perspectivas y sus experiencias.

Relación Médico-Paciente

- Una relación médico-paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar.
- Esta relación es ahora tensa por el incremento en el diagnóstico basado en la tecnología, lo cual resulta en alejamiento del contacto al lado de la cama del paciente. Esto ha creado una percepción general de que los médicos se han desligado de la atención del paciente.
- Reconocer la empatía en los médicos en formación y en los que ya laboran un aspecto esencial en el desempeño profesional.

Componentes básicos

- Cognitivo
- Comprensión
- Comunicación
- Competencia ética
- Medicina ética => Medicina empática.

Atributos de la Empatía médica

1. Respeto.
2. Comportamiento prosocial.
3. Razonamiento moral.
4. Actitudes positivas hacia la gente.
5. Ausencia de demandas.
6. Habilidades para obtener la historia clínica y ejecución del examen físico.
7. Satisfacción del paciente.
8. Satisfacción personal.
9. Mejor relación terapéutica.
10. Buenos resultados clínicos.

Paciente hostil demandante

- La relación con cualquier enfermo es siempre un desafío para el clínico, pero hay pacientes que ponen al médico "contra las cuerdas"
- Con un paciente agresivo, exigente, arrogante o despreciativo con el médico, la relación es complicada y puede resultar en un fracaso. La familia interviene en la relación.

- BMJ Quality and safety: Frente a un paciente difícil, la precisión del diagnóstico desciende, especialmente cuando se trata de casos complejos.

¿Un médico empático nace o se hace?

- La idea tradicional de que la empatía es algo que no se puede inculcar desde las facultades sigue estando bastante extendida, y algo que el propio Gregorio Marañón reflejaba en sus escritos.
- **La empatía se puede preservar e incluso enseñar.** A pesar de las dificultades encontradas para definir y medir empatía, esta fue la conclusión a la que llegaron los autores de un meta-análisis reciente al respecto.
- Dos tipos de empatía, una “afectiva”, consistente en la respuesta emocional que produce el acto asistencial y una “cognitiva”, consistente en la capacidad de entender de forma “imparcial” la experiencia y emociones del paciente.

Estudios en estudiantes

ELSEVIER

www.elsevier.es/ap

ORIGINAL

La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina

Montse Esquerda^{a,b,*}, Oriol Yuguero^{a,c}, Joan Viñas^{a,c} y Josep Pifarré^{a,d}

^a Facultad de Medicina, Universitat de Lleida-IRB Lleida, Lleida, España

^b Institut Borja de Bioètica, Esplugues, Barcelona, España

^c Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, Lleida, España

^d Departament de Salut, Lleida, España

Recibido el 31 de julio de 2014; aceptado el 18 de diciembre de 2014

- Un aspecto interesante encontrado, fue que el simple hecho de incluir a los estudiantes de Medicina en un grupo que premiaba la actitud humana mejoró su empatía.
- Quizás “humanizar” la Medicina sea tan fácil como colocar la empatía en el mismo nivel de importancia que saber diagnosticar un infarto, y premiarla al igual que se premia una matrícula de honor.

- Se aprecia una progresión de la empatía durante los cursos de medicina. Presentan mayor empatía las estudiantes femeninas, también mayor estrés empático. Los estudiantes masculinos presentan menor empatía, menor progresión de esta durante los cursos y menor estrés empático.
- Presentan menor empatía los estudiantes que prefieren la serie House y los que tienen familiares médicos.
- Presentan mayor empatía los estudiantes que han realizado voluntariado, y los que han tenido un amigo enfermo.
- No se halla relación entre empatía y especialidad deseada.

Conclusiones

“Hay que ser empático, lucir simpático, o por lo menos aparentar ser lo menos antipático”

- El desarrollo de relaciones interpersonales entre médicos y pacientes es de indiscutible importancia.
- Fallas en el entendimiento de la perspectiva del paciente genera problemas de comunicación que a su vez provoca insatisfacción en el paciente.
- En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca. De este modo, la Empatía se convierte en el vehículo para mejorar la relación interpersonal médico-paciente.
- Cabe mencionar que hay controversia sobre si es preferible si el estudiante o médico con baja empatía se dedique a una especialidad de menor contacto con el paciente.

Bibliografía

- Luis Rojas Marcos. Diario El País. 12 Junio de 1992. http://elpais.com/diario/1992/06/11/opinion/708213606_850215.html.

Gonzalo Casino. Escepticismo. En la piel del paciente. Sobre los enfermos “difíciles”, la mala praxis y la enseñanza de la empatía. 12 de Julio de 2016. <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=89406>

Enfoque de masas anexiales y Hemorragia postmenopáusica

Dr. Julián Yáñez Hartmann

Formación académica

Médico cirujano. Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá (2006)

Especialista en Obstetricia y ginecología Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá (2006)

Sub especialista en Ginecología Oncológica – Instituto Nacional de cancerología – Universidad Militar Nueva Granada – Bogotá (2014)

Experiencia profesional y docente

- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario San Ignacio – Bogotá (2014).
- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario Erasmo Meoz – Cúcuta (actualmente)
- Docente del área de ginecología oncológica – Universidad de Pamplona-Cúcuta (actualmente)

Trabajos en investigación y publicaciones

- Adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical e intestinal a partir de un teratoma quístico maduro del ovario. Revista Colombiana de cancerología. 2015
- Leiomiomas de ovario: tumor infrecuente y de comportamiento agresivo. Revista Colombiana de Cancerología 2016 (en proceso).

Objetivos

- Reconocer a partir de datos epidemiológicos la importancia de conocer el enfoque diagnóstico que debe darse a entidades clínicas como las masas anexiales y la hemorragia postmenopáusica con miras al diagnóstico temprano de enfermedades oncológicas potencialmente relacionadas.
- Identificar datos epidemiológicos a cerca de la incidencia y mortalidad del cáncer de ovario y endometrio.
- Conocer la aproximación clínica de las masas anexiales de acuerdo a su localización, edad y estado reproductivo de la paciente.
- Reconocer la importancia de realizar una historia clínica completa y un examen físico minuciosos.

- Identificar las herramientas diagnósticas disponibles para el estudio de masas anexiales, entre estas los marcadores tumorales y las imágenes diagnósticas.
- Conoce los índices de riesgo de malignidad con mejores tasas de desempeño propuestos en la literatura actual como parte de la estratificación de masas anexiales benignas o malignas.
- Proponer un algoritmo de manejo en el que se agrupan las consideraciones clínicas y las herramientas diagnósticas para reconocer y tratar pacientes en riesgo potencial de cáncer de ovario
- Reconocer principios básicos en el manejo de masas anexiales en pacientes embarazada.
- Recaltar en el auditorio las características de las pacientes que necesariamente deben ser remitidas a la clínica de ginecología oncológica para ser tratadas.
- Identificar las principales causas de sangrado en pacientes postmenopáusicas estudiando los mecanismos fisiopatológicos subyacentes.
- Reconocer la aproximación diagnóstica en hemorragia uterina postmenopáusica, indicaciones de la ecografía pélvica transvaginal y biopsia endometrial.
- Conocer nociones del enfoque clínico y tratamiento de las pacientes con hiperplasia endometrial.

Resumen

Las masas anexiales y la hemorragia postmenopáusica corresponden a dos de las causas más frecuentes de consulta en ginecología.

De la identificación y orientación diagnóstica oportuna de estas entidades, dependerá también la pronta identificación y manejo de pacientes con potencial diagnóstico de cáncer de ovario y endometrio.

En relación a esto se calcula que del 13 al 21% de las masas resecadas quirúrgicamente corresponden a un carcinoma de ovario y el 10% de las pacientes con hemorragia postmenopáusica tienen diagnóstico subyacente de carcinoma de endometrio.

Lo anterior se refleja en las estadísticas reportadas para carcinoma de ovario según los datos publicados por Globocan 2012 donde Colombia presenta una incidencia de 5.89 /100.000 habitantes (siendo la séptima causa mas frecuente de cáncer en la mujeres colombianas) con una altísima letalidad reportada en 3.63/100.000 habitantes a una edad media de presentación de 63 años. Con respecto a los datos publicados en carcinoma de endometrio, en Colombia esta patología corresponde a la onceava causa mas frecuente cáncer en mujeres, con una incidencia calculada en 3.58/100.000 habitantes y una mortalidad de 0.91 /100.000 habitantes (19).

MASAS ANEXIALES

A pesar de que la mayor parte de las masas anexiales son benignas, el objetivo de la evaluación diagnóstica es excluir en todos los casos malignidad. Las decisiones en el manejo de las masas anexiales estarán influenciadas por aspectos tan relevantes como la edad, la localización anatómica o la historia familiar de la paciente (1).

Las masas anexiales se generan en su mayoría a partir del ovario o de la trompa de falopio. Sin embargo, otras estructuras ginecológicas pueden originar masas anexiales incluyendo el mesoovario o el mesosalpinx (ejemplo: quistes para tubáricos) (2).

Los leiomiomas uterinos pueden ser visualizados de igual manera como masas anexiales. Otras estructuras próximas también pueden dar lugar a masas anexiales como el tracto urinario (divertículo de la vejiga), del tracto gastrointestinal (abscesos apendiculares, abscesos diverticulares, o neoplasias intestinales), o tejido conectivo pélvico (quistes peritoneales) (1,2)

Con respecto a la presentación de masa anexiales durante el embarazo, se calcula una incidencia de 0.2 al 2%, con una tasa de malignidad de 1 a 6%, la gran mayoría de estas masas son benignas y corresponde a hallazgos incidentales(3). Se presentan los mismos tipos de masas que se presentan en las pacientes premenopáusicas, siendo los quistes funcionales (quistes del cuerpo lúteo, quistes teca luteínicos) los de mayor en el embarazo(4).

La historia clínica es vital en el diagnóstico de masas anexiales, debe valorarse especialmente la historia familiar de cáncer de mama y otros cánceres ginecológicos como endometrio y ovario, con historia conocida de presencia de mutación BRCA u otros síndromes hereditarios.

Algunos otros factores de riesgo para reconocer son la nuliparidad, obesidad, síndrome de ovario poliquístico, consumo de cigarrillo (2).

El examen físico también es parte fundamental de la aproximación clínica de estas masas cuya realización tiene una sensibilidad del 45% con una especificidad del 90%. Actualmente se cuestiona su desempeño en el diagnóstico de masa anexiales en pacientes asintomáticas.

Siempre debe realizarse valoración pélvica en pacientes que se encuentre sintomáticas, garantizándose valoración con espéculo, presencia de posibles adenopatías en cuello e ingles (1).

La sintomatología más frecuente corresponde a la presentación de dolor abdominal o pélvico, incremento del perímetro abdominal, distensión abdominal, plenitud gástrica y debe generar alarma cuando se presenta más de 12 veces por mes en menos de 12 meses de duración (2).

AYUDAS DIAGNÓSTICAS – MARCADORES TUMORALES

Históricamente un amplio espectro de citoquinas, factores de crecimiento, factores de adhesión molecular, proteasas, hormonas, factores de coagulación, reactantes de fase aguda, factores de apoptosis han sido investigados como marcadores serológicos en el diagnóstico de cáncer de ovario, ninguno de estos, excepto el Ca 125, ha sido aplicado en la práctica clínica diaria (5).

CA 125: (ANTÍGENO DE CÁNCER 125) es una glicoproteína codificada por el gen MUC 16 en el cromosoma 19. Su valor superior se ha establecido en 35 UI/ml.

La expresión de CA 125 se evidencia en el 85% de los carcinomas serosos, 65% de los carcinomas endometrioides, 40% de los tumores de células claras, 36% en los carcinomas indiferenciados y solos en el 12% de los tumores mucinosos de ovario.

El Ca 125 puede encontrarse normal hasta en el 25% de los pacientes con cáncer de ovario y en cerca de la mitad de los pacientes en estadios tempranos lo que reduce considerablemente la sensibilidad de este marcador y adicionalmente se encuentra elevado en muchas condiciones no malignas lo que afecta significativamente la especificidad.

La causa más importante de falsos positivos es la endometriosis; en cerca de dos tercios de las pacientes con quistes endometriósicos, los niveles de CA125 exceden el valor normal(5).

EL HE4 (proteína del epidídimo humano 4) es una glucoproteína codificada por el gen WFDC2 (cromosoma 20).

Se encuentra presente en el epitelio de las trompas de falopio, endometrio, glándulas cervicales, no se presenta en la superficie epitelial del ovario. Su expresión también se ha notado en el epitelio del tracto respiratorio (especialmente la tráquea) y en las glándulas salivales.

La expresión elevada de HE4 se observa en el 80% de los carcinomas serosos, 80 – 100% de los carcinomas endometrioides y en el 50 a 83% de los tumores de células claras del ovario y se encuentra ausente en el carcinoma mucinoso del ovario.

El HE4 se encuentra elevado en más del 50% de los pacientes con cáncer con niveles de CA 125 normales y se encuentra menos frecuentemente elevado que el CA 125 en tumores de ovario benignos como quistes serosos, teratomas, fibromas o lesiones inflamatorias tanto en mujeres premenopáusicas como postmenopáusicas. Los niveles de HE4 se elevan mucho menos frecuentemente que el CA 125 en casos de endometriosis (3% vs 67%), HE4 se encuentra en concentraciones muy bajas durante el embarazo, tampoco se altera con los ciclos menstruales (5).

Existen otros marcadores tumorales útiles en el estudio de masas anexiales, El Antígeno carcino embrionario y el Ca 19.9 son útiles para el estudio de posibles lesiones de origen gastrointestinal. La HCG, AFP y LDH son útiles para el estudio de masas anexiales en pacientes jóvenes, la mayor parte de ellas en edad reproductiva en quienes quiera descartarse la presencia de Tumores germinales.

La Inhibina B se emplea en el estudio de tumores de células de la granulosa.

La solicitud de estos marcadores debe orientarse de acuerdo a la edad de la paciente, la clínica presentada sumada a las características epidemiológicas e historia natural de la enfermedad de los diferentes grupos de tumores que quieran descartarse para cada caso particular.

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

ECOGRAFÍA PÉLVICA TRASNvaginal

La valoración de la escala de grises y del doppler color es la primera línea para caracterizar las masas anexiales.

Tiene una sensibilidad 91% y una especificidad del 96%. Sólo una pequeña proporción (6-8%) de las masas no pueden ser clasificadas como benignas o malignas cuando se usa la aproximación subjetiva.

La habilidad de caracterizar una masa anexial correctamente con ecografía transvaginal cuando se usa la aproximación subjetiva de la escala de grises y del doppler color claramente mejora a media que aumenta la experiencia del operador (6).

El objetivo de la valoración con el doppler color es incrementar la especificidad de la escala de grises, sin embargo el rol actual de la valoración con doppler color en la evaluación de masas pélvicas sigue siendo controversial porque los valores de los índices calculados (índice de resistencia, índice de pulsatilidad y la velocidad sistólica máxima) suelen sobreponerse entre masas benignas y malignas.

En el caso de las masas anexiales no clasificables el desempeño de la ecografía es limitado con una pobre sensibilidad calculada entre el 57- 70% con una especificidad solo del 60 al 77%. Estas pacientes serán candidatas a la aplicación de un test secundario (valoración mediante algún índice de valoración de riesgo).

Las masas anexiales no clasificables tiene ciertos hallazgos morfológicos típicos: son masas más grandes, tienen apariencia unilocular – sólida o multilocular - sólida, con paredes irregulares y proyecciones papilares. La mayor parte de los tumores no clasificables después de la valoración subjetiva son benignos, solo un 16% corresponden a cánceres invasivos y 14% a tumores border line (6).

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y TAC ABDOMINO PÉLVICO

La RNM tiene una sensibilidad del 92% (89-95%) y una especificidad 88% (84-92%).

El uso de la RNM está limitado a aclarar el diagnóstico de las masas de ovario cuando los hallazgos ecográficos son inciertos.

En el caso de una clasificación difícil algunos estudios soportan el uso de RNM comparado con otras modalidades de imagen (ecografía con escala de grises combinada con Doppler o Tomografía computarizada) (7)

El mejor uso de tomografía de abdomen no es detectar ni caracterizar masas pélvicas sino lograr la evaluación del abdomen y las posibles metástasis cuando se sospecha cáncer basados en las imágenes de ecografía transvaginal.

La tomografía permite la identificación de metástasis en omento, implantes peritoneales, ganglios aumentados de tamaños pélvicos o para aórticos(7).

ÍNDICES DE VALORACIÓN DEL RIESGO

ÍNDICE DE JACOBS – INDICE DE RIESGO DE MALIGNIDAD

El índice de riesgo de malignidad (IRM) es el modelo predictivo mas frecuentemente usado con una sensibilidad de 72% (67-76%) y una especificidad de 92% (89-93%) usando un nivel de corte de 200 (5).

Es una herramienta diagnóstica práctica, que incluye la valoración de los hallazgos ecográficos, el estado de postmenopausia o no de la paciente y el valor del CA 125. De acuerdo a los hallazgos se asignará un puntaje para cada criterio lo que al multiplicarse entre sí, genera un puntaje final (mayor o menor a 200), permitiendo así la aproximación al riesgo corresponder a un carcinoma de ovario.

ÍNDICE DE ROMA

Éste índice utiliza concentraciones séricas de CA125 y HE4 cuyos valores son utilizados en esta fórmula matemática elaborada de forma separada para pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas.

De acuerdo al valor de corte establecido por los autores, un índice de ROMA > 13.1% en pacientes premenopáusicas y > 27.7% para pacientes postmenopáusicas es indicativo de alto riesgo de malignidad (5).

Se registra una sensibilidad del 93.8% (88.9% para pacientes premenopáusicas y 94.6% para pacientes postmenopáusicas) con una especificidad de 75% en el diagnóstico de cáncer de ovario (8).

MÓDELO DE REGLAS SIMPLES

El modelo de simples reglas del IOTA GROUP (International Ovarian Tumor Analysis) muestra una sensibilidad del 93% (89-95%) y de 81% (76-85%). Los datos publicados actualmente proponen las estrategias IOTA como los test primarios para caracterizar masas anexiales.

Este sistema está basado en la valoración de cinco hallazgos ecográficos sugestivos de lesión maligna (hallazgos m) y cinco hallazgos ecográficos sugestivos de lesión benigna (hallazgos b) (9)ⁱ.

Dentro de los hallazgos M se encuentran:

- M1: Tumor sólido e irregular
- M2: Presencia de ascitis
- M3: Al menos 4 estructuras papilares
- M4: Tumor sólido multilocular irregular cuyo diámetro mayor es ≥ 100 mm
- M5: Flujo sanguíneo muy fuerte (escala del color 4)

Dentro de los hallazgos B se encuentran:

- B1: Unilocular
- B2: presencia de componentes sólidos, en donde el componente sólido más grande tenga un diámetro < 7 mm
- B3: Presencia de sombras acústicas
- B4: Tumor multilocular con un diámetro < 100 mm
- B5: No hay flujo sanguíneo (escala de color 1)

De acuerdo a estos hallazgos se establecen las siguientes reglas

- REGLA 1: Si están presentes uno o más Hallazgos M, en ausencia de Hallazgos B, la masa es clasificada como maligna.
- REGLA 2: Si están presentes uno o más Hallazgos B, en ausencia de Hallazgos M, la masa es clasificada como benigna.
- REGLA 3: Si están presentes tanto Hallazgos M como Hallazgos B o si no hay Hallazgos M ni hallazgos B presentes, Los hallazgos son no conclusivos. Se recomienda la aplicación segunda prueba (estudio complementario por resonancia magnética o valoración subjetiva por un evaluador experto).

En las revisiones de literatura se considera que el sistema de reglas simples puede ser aplicable al 79 – 89% de todas las masas anexiales

REGRESIÓN LOGÍSTICA 2: Este modelo usa 6 variables:

- Edad de la paciente (años)
- Presencia de ascitis (Sí: 1) (No: 0)
- Presencia de flujo sanguíneo con proyecciones papilares (Si: 1) (No:0)
- Máximo diámetro del componente sólido (en MM)
- Paredes internas irregulares del quiste (Si: 1) (No: 0)
- Presencia de sombras acústicas (Si: 1) (No: 0)

Estos valores son calculados mediante una relación matemática para establecer la probabilidad de malignidad para una masa anexial. Se propuso el corte de probabilidad del 10% para clasificar tumores como benignos o malignos basados en el sistema de Regresión Logística 2. La ventaja de este modelo matemático

por encima del sistema de reglas simples es que puede ser aplicado a todo tipo de tumores(6).

EVALUCIÓN Y MANEJO

Para la orientación y manejo de las masas anexiales debe partirse desde la verificación de la edad reproductiva de la paciente como punto de partida esto permitirá descartar causas asociadas a posibles gestaciones tempranas, endometriosis o entidades inflamatorias frecuentes en el grupo de pacientes premenopáusicas. Este grupo de pacientes será valorado con una BHCG inicial y estudio ecográfico.

En el caso de las pacientes postmenopáusicas se realizará estudio ecográfico con miras a identificar hallazgos ecográficos de alarma: evidencia de septos, papilas, bilateralidad componente sólido o bilateralidad. Estos hallazgos se analizan junto con el reporte de marcador tumoral CA 125. Si se obtiene un IRM bajo se sugiere hacer ecografía de control en un intervalo de tiempo de 4 a 12 semanas (10), de persistir los hallazgos anormales se remitirá a valoración por ginecología oncológica. Si por el contrario, se obtiene un Índice de Riesgo de Malignidad elevado debe remitirse a valoración por ginecología oncológica para valorar posibilidad de manejo quirúrgico (2).

MASAS ANEXIALES DURANTE EL EMBARAZO

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS: Tanto el IOTA Modelo de Regla Simples como el Modelo de regresión logística 1 y 2 son herramientas que permiten la clasificación de más del 75% de las masas anexiales, con una buena sensibilidad y especificidad en pacientes pre y postmenopáusicas sin embargo no hay estudios hasta el momento de validación especial para el grupo de pacientes embarazadas con masas anexiales. Sin embargo se considera que estos modelos pueden ser útiles también durante el embarazo (4)

El uso de la Resonancia nuclear magnética es seguro durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, sin embargo el uso de gadolínico o material de contraste debe restringirse debido a que no se ha establecido la seguridad fetal de su uso.

Solo se recomienda el uso de la RNM cuando el diagnóstico ecográfico es dudoso, cuando las masas son muy grandes para ser estudiadas completamente a través de la ecografía o cuando existe una alta sospecha de malignidad.

-MARCADORES TUMORALES: la seguridad y utilidad de los marcadores tumorales en el diagnóstico y caracterización de los tumores durante el embarazo aún sigue siendo debatida. La elevación de los marcadores tumorales durante el embarazo son en la mayor parte de los casos asociados con cambios fisiológicos normales en el embarazo(4).

El CA 125 también es producido por las células de la decidua y del amnios especialmente durante el primer y tercer trimestre del embarazo. Otros marcadores de tumores de células germinales (AFP – B- HCG) y para tumores de células de la granulosa (Inhibina B) también pueden elevarse en un embarazo normal y solo pueden ser usados en el contexto del seguimiento(4).

REDUCIR ERRORES, EL RETO DE LA MEDICINA

Dr. Roberto Esguerra. American College Of Physicians

Formación académica

Médico Ginecólogo. Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá (2006)

Especialista en Obstetricia y ginecología Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá (2006)

Sub especialista en Ginecología Oncológica – Instituto Nacional de cancerología – Universidad Militar Nueva Granada – Bogotá (2014)

Experiencia profesional y docente

- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario San Ignacio – Bogotá (2014).
- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario Erasmo Meoz – Cúcuta (actualmente)
- Docente del área de ginecología oncológica – Universidad de Pamplona-Cúcuta (actualmente)

Objetivos

- Adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical e intestinal a partir de un teratoma quístico maduro del ovario. Revista Colombiana de cancerología. 2015
- Leiomiomas de ovario: tumor infrecuente y de comportamiento agresivo. Revista Colombiana de Cancerología 2016 (en proceso).

HEMORRAGIA UTERINA POSTMENOPÁUSICA

El sangrado postmenopáusico se define como la presencia de cualquier sangrado en una mujer postmenopáusica y que no se encuentre relacionado con el influjo hormonal exógeno (pacientes con terapia de reemplazo hormonal) (11).

La hemorragia uterina postmenopáusica corresponde al 5% de las consultas en ginecología en general..

El sangrado vaginal anormal ocurre en 4 a 11% de las pacientes postmenopáusicas.

La incidencia de sangrado vaginal postmenopáusico disminuye a medida que aumenta la edad desde que ocurre la menopausia.

Todas las mujeres con sangrado uterino no explicado deben ser evaluadas para descartar carcinoma de endometrio, dado que esta puede ser la causa del sangrado en el 10% de las pacientes (rango entre 1 y 25% dependiendo de los factores de riesgo subyacentes). Sin embargo la mayor parte de los casos en este grupo de edad son causados por atrofia en la mucosa vaginal o el endometrio. (20)

Las causas más comunes de sangrado postmenopáusico correspondieron a Cáncer (6.6%) hiperplasia atípica 0.2%), hiperplasia sin atipia (2.0%), pólipo (37.7%), miomas (6.2%), atrofia/ hipotrofia 30.8% (12).

Algunos estudios han tratado de definir la prevalencia de patología endometrial en pacientes postmenopáusicas asintomáticas, concluyéndose que el riesgo para anormalidad endometrial en este grupo es de 17 a 18%. En las pacientes asintomáticas las anormalidades más comunes encontradas fueron atrofia y pólipos (12)

ATROFIA ENDOMETRIAL

El hipoestrogenismo causa atrofia del endometrio y de la vagina. En el útero la superficie endometrial atrófica ocasionalmente puede contener pequeños fluidos que previenen la fricción intracavitaria. El resultado en las microlesiones de la superficie del epitelio por la fricción que no pudo ser evitada genera una reacción inflamatoria crónica (endometritis crónica) con microlesiones de la superficie del epitelio produciéndose el sangrado.

Paradójicamente es en el lecho atrófico donde se desarrollan la mayor cantidad de adenocarcinomas y solo el 15 al 20% de este se genera a partir de endometrio hiperplásico, indicando así, que la estimulación estrogénica sin oposición no es infrecuente después de la menopausia.

En la explicación histológica de la hemorragia uterina postmenopáusica en pacientes con atrofia endometrial se considera que al menos la mitad de las pacientes con atrofia endometrial pero sin evidencia de enfermedad tienen patrón débilmente proliferativo (no inactivo) con patrón difuso o focal y el resto presentan endometrio atrófico inactivo.

Se sugiere que el endometrio atrófico débilmente proliferativo presenta respuesta a bajos niveles de estimulación estrógenica. Este endometrio no inactivo tiene un potencial carcinogénico pequeño(13).

Sumado a esto, las mujeres postmenopáusicas tienen una habilidad incrementada de convertir androstenediona (principalmente de origen adrenal) en estrona (aromatización periférica) en el tejido adiposo, usando la enzima aromatasa. La conversión periférica aumenta con el incremento del peso corporal (incremento en el número de células grasas) y con la edad avanzada (incremento en la actividad específica de la aromatasa).

La estrona es el estrógeno más importante en la carcinogenesis endometrial.

El endometrio postmenopáusico, inactivo o débilmente proliferativo conservan los Receptores de estrógeno y de progesterona, pero solamente el endometrio débilmente positivo muestra una alta actividad angiogénica y proliferativa (Ki-67), sobre el cual actúa la estrona producida a partir de la aromatización periférica, y al carecerse de oposición puede generarse sobre este tejido un carcinoma de endometrio tipo II (13).

CARCINOMA DE ENDOMETRIO

La edad promedio de presentación es 61 años, más del 95% de las mujeres con cáncer de endometrio sangran.

Existen dos categorías histológicas de carcinomas endometriales, que difieren en incidencia, respuesta a estrógenos y pronóstico.

Tipo I: incluyen los tumores endometrioides grado 1 o 2, corresponden al 80% de los carcinomas endometriales, tienen un pronóstico favorable, y pueden estar precedidos por neoplasia intraepitelial.

Tipo II: corresponden al 10 al 20% de los carcinomas endometriales. Estos incluyen los tumores grado 3 y los tumores de histología no endometrioide: seroso, de células claras, carcinosarcoma. Estos tumores son de alto grado y tienen pobre pronóstico (11).

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Se define como la proliferación irregular de las glándulas del endometrio con un incremento en la relación glándula /estroma cuando se compara con el endometrio proliferativo.

La hiperplasia endometrial se desarrolla cuando los estrógenos sin oposición por progesterona, estimulan el crecimiento de las células endometriales por unión a los receptores de estrógenos en el núcleo de la célula endometrial.

La clasificación histológica actual según la WHO (World Health Organization) clasifica la hiperplasia en dos grupos basados en la presencia de atipia citológica.

Hiperplasia sin atipia

Hiperplasia atípica

La complejidad de la arquitectura (criterio tenido en cuenta en clasificaciones antiguas) ya no hace parte de esta clasificación (14)

POLIPOS Y LEIOMIOMAS

Los pólipos corresponden a Hiperplasia de las glándulas endometriales y el estroma; forman una proyección desde la superficie del endometrio, en el 95% de los casos son benignos. Los polipos endometriales son comunes y afectan a más

del 20% de las pacientes postmenopáusicas. Estos también pueden estar asociados a malignidad: se calcula que el riesgo de cáncer endometrial en mujeres con polipos endometriales puede estar entre 4.8 a 5.8%. Los carcinomas restringidos a los polipos se presentan en 0.3%.

El manejo quirúrgico en las pacientes sintomáticas se realiza mediante resección histeroscópica o curetaje endometrial (15).

Los leiomiomas son los tumores más comunes en las mujeres durante la edad reproductiva. Son nódulos benignos, de origen unicelular, asintomáticos en más del 50% de los casos. Aunque la mayor parte de los síntomas debidos a miomatosis uterina se presentan en pacientes premenopáusicas, sin embargo también pueden representar una causa infrecuente pero posible en las pacientes postmenopáusicas (16)

ENFOQUE DIAGNÓSTICO

El objetivo del diagnóstico está orientado a descartar enfermedad maligna o premaligna. La elaboración de una historia clínica completa permite la identificación de factores de riesgo para carcinoma de endometrio.

Toda paciente con sangrado postmenopáusico sin importar la cantidad del mismo (manchado o hemorragia moderada) debe ser sujeta a realización de examen físico completo, palpación de cadenas ganglionares, mamas y axilas.

Realización imprescindible de especuloscopia para descartar lesiones vaginales o cervicales relacionadas con la sintomatología.

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

La dilatación y el curetaje había sido considerado el método preferido para obtener una muestra de tejido pero con el uso de la cureta de Pipelle se ha obtenido un mejor rendimiento diagnóstico con un valor predictivo positivo de 81.7% y un valor predictivo negativo de 99.1%.

La cureta de Pipelle es el instrumento más sensible:

Sensibilidad en Cáncer de endometrio (99,6% en pacientes postmenopáusicas)

Sensibilidad en Hiperplasia atípica (81%)

Especificidad (98 – 100%)

Limitaciones en la obtención de especímenes adecuados para diagnóstico en pacientes con grosor endometrial < 5mm

Si no es posible obtener una muestra adecuada el paciente debe remitirse a realización de dilatación y curetaje. De igual manera si los síntomas persisten a pesar de una biopsia con resultado benigno.

INDICACIONES DE REALIZACIÓN BIOPSIA DE ENDOMETRIO CON O SIN HISTEROSCOPIA

- Cuando un paciente no puede tolerar una biopsia endometrial de oficina
- Después de una biopsia no diagnóstica
- Sangrado persistente en mujeres con histología benigna en biopsia endometrial
- Tejido insuficiente para el análisis en la biopsia
- Estenosis cervical
- Cuando hay reporte de hiperplasia atípica en biopsia endometrial

ECOGRAFÍA PÉLVICA TRANSVAGINAL

La ecografía es un método no invasivo, costo efectivo. Útil en la valoración del grosor endometrial. La técnica ecográfica supone la Visualización en el corte sagital del útero y medición de la doble capa endometrial en la dimensión antero posterior desde una capa basalis hasta la otra (17).

Si existe fluido en la cavidad endometrial , este no será incluido en la medición , se medirán las dos capas endometrial por aparte sumando los resultados

Con un corte de 5 mm: Sensibilidad para diagnóstico de cáncer 96% (18)

Conclusiones

La caracterización de las masas anexiales es esencial para priorizar el apropiado manejo. La realización de una cirugía innecesaria genera importantes riesgos. Deben limitarse las fallas en el reconocimiento del cáncer de ovario, lo que tiene un impacto significativo en el pronóstico de esta enfermedad.

La ecografía pélvica es la primera línea en el estudio de las masas anexiales. La aproximación para discriminar entre masas benignas o malignas parte del análisis subjetivo de la escala de grises y el Doppler y dependerá en gran parte de la experiencia del examinador.

El uso de los índices de valoración de malignidad: regresión lineal 2 y de reglas simples desarrollada por IOTA representan actualmente el mejor modelo basado en hallazgos ecográficos y la mejor estrategia para el uso en la práctica clínica

Una ventaja de las estrategias dl IOTA para diagnosticar cáncer de ovario es que ofrece criterios nuevos que pueden ser usados para definir masa indeterminada en cuyo caso requiere una prueba adicional

El 10% de las pacientes que presentan sangrado postmenopáusico, tienen cáncer de ahí la importancia de una aproximación diagnóstica adecuada para reconocer los casos con riesgo potencial de enfermedad oncológica.

La etiología más frecuente de la hemorragia postmenopáusica es la atrofia endometrial, asociado a esto se encuentra la terapia de reemplazo endometrial, la hiperplasia endometrial, pólipos y miomas intracavitarios.

Cualquier sangrado en la postmenopáusia requiere ser estudiada con el objetivo de excluir malignidad

La aproximación inicial en hemorragia postmenopáusica puede hacerse mediante la realización de ecografía pélvica transvaginal o biopsia endometrial.

En presencia de una biopsia endometrial no diagnóstica se requiere la toma de una nueva mediante otra técnica y realización de ecografía pélvica tv.

En caso de persistencia de los síntomas, aun ante la presencia de una biopsia previa negativa, deberá tomarse una nueva biopsia.

Bibliografía

1. Randall-whitis L. PRACTICE BULLETIN Management of Adnexal. Ultrasound [Internet]. 2007;110(1):201–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17601923>
2. Yakasai I a, Bappa L a. Diagnosis and management of adnexal masses in pregnancy. J Surg Tech Case Rep [Internet]. 2012;4(2):79–85. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84877154856&partnerID=40&md5=b8fbec0f79db242a64010a514771f97f>
3. Van Nagell JR, DePriest PD, Ueland FR, DeSimone CP, Cooper AL, McDonald JM, et al. Ovarian cancer screening with annual transvaginal sonography: Findings of 25,000 women screened. Cancer. 2007;109(9):1887–96.
4. De Haan J, Verheecke M, Amant F. Management of ovarian cysts and cancer in pregnancy. Facts, views Vis ObGyn [Internet]. 2015;7(1):25–31. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4402440&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Nowak M, Janas Ł, Stachowiak G, Stetkiewicz T, Wilczyński JR. Current clinical application of serum biomarkers to detect ovarian cancer. Prz Menopauzalny. 2015;14(4):254–9.
6. Kaijser J, Vandecaveye V, Deroose CM, Rockall A, Thomassin-Naggara I, Bourne T, et al. Imaging techniques for the pre-surgical diagnosis of adnexal tumours. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2014;28(5):683–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.03.013>
7. Forstner R, Meissnitzer M, Margarida T. Update on Imaging of Ovarian Cancer. Curr Radiol Rep [Internet]. 2016;4(6):1–11. Available from: ["http://dx.doi.org/10.1007/s40134-016-0157-9](http://dx.doi.org/10.1007/s40134-016-0157-9)
8. Terlikowska KM, Dobrzycka B, Witkowska AM, Mackowiak-Matejczyk B, Sledziewski TK, Kinalski M, et al. Preoperative HE4, CA125 and ROMA in the differential diagnosis of benign and malignant adnexal masses. J Ovarian Res [Internet]. 2016;9(1):43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27436085> \n <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4952144>
9. Timmerman D, Ameye L, Fischerova D, Epstein E, Melis GB, Guerriero S, et al. Simple ultrasound rules to distinguish between benign and malignant

- adnexal masses before surgery: prospective validation by IOTA group. *BMJ*. 2010;341:c6839.
10. Suh-Burgmann E, Kinney W. The Value of Ultrasound Monitoring of Adnexal Masses for Early Detection of Ovarian Cancer. *Front Oncol* [Internet]. 2016;6(February):25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26904503> \n <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4748035>
 11. Null DB, Weiland CM, Camlibel AR, Medicine OF, Charles L, Medicine CF, et al. Postmenopausal bleeding : First steps in the workup. 2012;6(10).
 12. Van den Bosch T, Ameye L, Van Schoubroeck D, Bourne T, Timmerman D. Intra-cavitary uterine pathology in women with abnormal uterine bleeding: a prospective study of 1220 women. *Facts, views Vis ObGyn* [Internet]. 2015;7(1):17–24. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4402439&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 13. Elkhohi DGE, Nagy HM. Unexplained postmenopausal uterine bleeding from atrophic endometrium: Histopathological and hormonal studies. *Middle East Fertil Soc J* [Internet]. 2015;20(4):262–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mefs.2015.04.005>
 14. Gültekin M, Dogan NU, Aksan G, Ozgul N. Management of endometrial hyperplasia. *Minerva Ginecol*. 2010;62(5):433–45.
 15. Wethington SL, Herzog TJ, Burke WM, Sun X, Lerner JP, Lewin SN, et al. Risk and predictors of malignancy in women with endometrial polyps. *Ann Surg Oncol* [Internet]. 2011;18(13):3819–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21701931>
 16. Lasmar RB, Lasmar BP. The role of leiomyomas in the genesis of abnormal uterine bleeding (AUB). *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2016;1–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521693416300852>
 17. Goldstein S. Sonography in postmenopausal bleeding. *J Ultrasound Med* [Internet]. 2012;31(2):333–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22298878>
 18. Lee JH, Dighe MK, Dubinsky TJ. Postmenopausal endometrial bleeding. *Ultrasound Clin* [Internet]. 2012;7(1):123–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cult.2011.08.010>
 19. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.
 20. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 116214, Postmenopausal bleeding; [updated 2011 Oct 11, cited place cited date here]; [about 7 screens]. Available from: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.javeriana.edu.co:2048/login.aspx?direct=true&db=dnh&AN=116214&site=dynamed-live&scope=site>.
Registration and login required.

SEGURIDAD INFORMÁTICA EN SALUD Y EN TELEMEDICINA

Dr. Karim Nader

Formación académica

Médico general de la Universidad del Norte, Barranquilla.

Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán.

Especialista en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública.

Maestría en Salud Pública de la Universidad del Valle.

Experiencia profesional y docente

Decano de la Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona (2007)

Docente de tiempo completo en las asignaturas de Epidemiología, Salud Pública y Salud Ocupacional del Programa de Medicina de la Universidad de Pamplona (actualmente)

Objetivo

Reconocer la influencia del programa de Medicina de la Universidad de Pamplona a nivel local, regional y nacional.

Resumen

REFLEXIONES SOBRE LA INFLUENCIA DE LAS UNIVERSIDADES A NIVEL LOCAL Y REGIONAL

Consecuencias económicas directas:

- Empleadores importantes de personal de un nivel relativamente alto con un poder adquisitivo considerable en el ámbito local.
- Los estudiantes pueden ejercer una influencia local directa mediante las compras locales y constituyen una adición neta a la economía regional en la medida en que procedan de una zona distinta a aquella en que se encuentra la universidad.
- Movilización de becas y contratos de investigación, asesoría, intercambios de investigadores y creación de empresas.

- La enseñanza y la contratación de graduados por parte de empresas regionales.
- Circulación de los estudiantes desde distintas carreras hasta que llegan a ocupar empleos en el ámbito local, regional y nacional.
- La medicina y las ciencias sociales proporcionan beneficios comunitarios directos.
- Proporcionar líderes importantes en la sociedad civil local.
- Preservar cultura y humanidades.

CAPITAL HUMANO

Economía de aprendizaje:

- El saber qué: los hechos y las informaciones.
- El saber por qué: los principios y leyes necesarios para limitar el ensayo y error.
- El saber cómo (conocimientos técnicos): las aptitudes y capacidades para hacer algo y que se suelen adquirir en el lugar de trabajo.
- El saber quién: es la información sobre quién sabe cómo hacer qué y la capacidad social de establecer relaciones con grupos especiales a fin de inspirarse en su experiencia.

SALUD Y DESARROLLO

- La salud de la población y de los individuos está intrínsecamente unida a su desarrollo.
- El desarrollo en el sentido amplio del término, implica cambios e incluso importantes alteraciones de la salud y del entorno de las personas. Pero, del mismo modo, el estado de salud de la población es un factor que condiciona el desarrollo.
- Una salud precaria disminuye la capacidad laboral y la productividad de las personas, algo que afecta sobre todo a los pobres, por cuanto son ellos los que realizan los trabajos que exigen un mayor esfuerzo físico.
- Una mala salud afecta al desarrollo físico de los niños, así como a su escolarización y aprendizaje. Como consecuencia, si ampliamos estas circunstancias al conjunto de la población, se puede constatar el fuerte freno que las enfermedades imponen al crecimiento económico y al desarrollo en general.

- A la inversa, diferentes estudios, como los analizados por Strauss (1993:149-163), prueban la relación que existe entre la mejora nutricional y de la salud con el incremento de la productividad (especialmente cuando se parte de niveles bajos de consumo y en actividades intensivas en mano de obra), así como en la asistencia y el rendimiento escolar.
- El desarrollo puede romper el clásico círculo de retroalimentación existente entre la pobreza y la mala salud. El desarrollo económico posibilita disponer de mayores recursos con los que financiar la mejora de la salud medio ambiental, la realización de campañas de salud pública, y, sobre todo, el establecimiento de un sistema sanitario cuyos servicios de salud cubran también a los sectores más vulnerables, por ejemplo mediante la extensión de la atención primaria de la salud.
- Los programas de desarrollo social, como los de educación y alfabetización han contribuido decisivamente a elevar el nivel de salud al facilitar las mejoras en la alimentación, la higiene y la salud reproductiva.
- El desarrollo socioeconómico, particularmente si alcanza equitativamente a la población (aunque generalmente no sea éste el caso), también permite mejoras en las condiciones de vivienda y de otros servicios básicos.

SALUD Y CRECIMIENTO ECONÓMICO

5. Reduce las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores.
6. Permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, pueden quedar total o parcialmente inaccesibles e inexplorados.
7. Aumenta la escolarización de los niños y les permite un buen aprendizaje.
8. Libera para diferentes usos aquellos recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de enfermedades.

En términos relativos, las ventajas económicas de una buena salud son mayores para la población pobre, que por lo general es la más afectada por las discapacidades que provoca una salud precaria y están en situación de beneficiarse al máximo de la explotación de los recursos naturales infrautilizados.

PROGRAMA DE MEDICINA: ESTUDIOS DE VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD: 2004.

- Colombia: médicos generales: 1.6 por cada 1000 habitantes
- Norte de Santander: 0.3 por cada 1.000 habitantes (2001). Población de Cúcuta 732.600 habitantes. Norte de Santander: 1.750.685; 18% en edad de formación universitaria.
- Alta prevalencia y diversidad de enfermedades endémicas emergentes y reemergentes

- Necesidad de generar investigación científica disciplinar e interdisciplinar en medicina y salud a nivel local y regional.
- Los permanentes desplazamientos y oleadas migratorias. Violencia.
- La necesidad sentida de educación en salud y medicina (democratización medica).
- La carencia de una facultad que ofertara el programa de medicina en la ciudad de Cúcuta y su área de influencia nororiental.
- Dependencia total de médicos formados en otras latitudes diferentes a las particularidades del contexto regional. Vulnerabilidad y riesgo epidemiológico por la condición de frontera.
- La valoración de la ciudad de Cúcuta como un polo de desarrollo nacional y binacional. Región pluricultural.
- Consolidación de la Facultad de Salud. Complementariedad para cubrir la diversidad de saberes en el conocimiento científico de la salud humana.
- Concepción integral: relación inseparable con el medio cultural, social, económico, político y natural (holística).

NORMAS

- Acuerdo N° 032 del 16 de Marzo de 2004.
- Registro Calificado 5882 del 13 de Diciembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional y código de registro ICFES 121246100005451811500.
- Cohorte 1: enero 2006.
- Acuerdo 041/2002, organización y estructura curricular de la Universidad de Pamplona, 4 componentes de formación profesional: básica, complementaria, profesional específica y de profundización.

PEDAGOGÍA

El pensamiento pedagógico: constructivista-cognitivo

- Centrado en los intereses del estudiante.
- Procesos de aprendizaje significativo.
- Utilización de métodos de enseñanza-aprendizaje basados en la resolución de problemas.
- Objetivo fundamental :
 - Autoaprendizaje.

- Desarrollo de competencias del saber aprender, saber hacer, saber comunicar, saber convivir.
- Práctica pedagógica cotidiana real:
 - Sistema clásico de enseñanza-aprendizaje.
 - Con contenidos organizados en áreas y asignaturas.
 - Centrado en la tradicional transmisión de conocimientos del profesor al alumno.
 - Evaluación mensurable y cuantitativa de resultados y logros de aprendizaje.
- Ir más allá del modelo hipocrático clásico patocéntrico, biologicista, positivista, mecanicista y ahistórico, centrado en el diagnóstico y la curación.
- Para ir posibilitando y sembrando en la mente del estudiante, una equidad discursiva entre el paradigma biomédico clásico y el socio-medico, más determinado por el aprendizaje, la investigación y la aplicación de los principios biopsicosociales que rigen el bienestar integral del ser humano.
- Desde sus inicios se buscó fortalecer el conocimiento de la atención médica en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo como eje de acción la salud pública familiar y comunitaria, una atención en salud centrada en el paciente, que pasa a ser un protagonista activo y auto-responsable de su bienestar integral.

REESTRUCTURACIONES Y AJUSTES

- Acuerdo N° 055 de Consejo Académico del 21 de Julio de 2006
- Acuerdo N° 034 del 29 de Marzo de 2007
- Acuerdo N° 011 de 31 de Marzo de 2009
- Acuerdo N° 061 de 26 de septiembre de 2011, aprueba el reglamento de prácticas formativas y de docencia-servicio
- 2010, acorde con el desarrollo y consolidación académica, el Comité de Programa de Medicina, teniendo como finalidad la consolidación del programa, decide trasladar a la ciudad de Cúcuta sus actividades formativas a partir del tercer semestre, ofreciéndose en Pamplona el primero y segundo semestre académico.

MEDICINA DE ALTA CALIDAD. USO EFICIENTE DE LOS MEDIOS DIAGNÓSTICOS.

Dr. Rolf Alwers Cock. American College Of Physicians

Formación académica

Médico general de la Universidad del Nacional, Bogotá.

Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán.

Especialista en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública.

Experiencia profesional y docente

Decano de la Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona (2007)

Docente de tiempo completo en las asignaturas de Epidemiología, Salud Pública y Salud Ocupacional del Programa de Medicina de la Universidad de Pamplona (actualmente)

Objetivos

- El Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución número 14544 de 16 de Octubre 2013 renueva el Registro Calificado al programa de Medicina de la Universidad de Pamplona por un término de siete años.
- Acuerdo N° 138 de Consejo Académico del 09 de Diciembre de 2014.

ESE FPS/ISS ESTUDIO TÉCNICO EVALUACIÓN ADMINISTRATIVA – MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.

“La E.S.E. F.P.S. presenta problemas estructurales y de gestión que limitan gravemente la competitividad de la Institución y amenazan su futuro inmediato, poniendo en riesgo la prestación de servicios de salud, pues presenta desequilibrios presupuestales recurrentes y pérdidas operacionales que comprometen su sostenibilidad financiera no dejando margen de recursos para aplicar a inversión física, reposición tecnológica o desarrollo empresarial; factores primordiales para el mejoramiento de los servicios de salud”.

JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

Misión Universidad de Pamplona: “Formar profesionales integrales, que sean agentes generadores de cambio, promotores de la paz, la dignidad humana y el desarrollo nacional.”

DESARROLLO DE LA U.P. EN LOS ULTIMOS AÑOS:

Años 90----- 2400 Estudiantes

Actualmente----- 31000 Estudiantes

Pregrado presencial-- 15527 Estudiantes

Del Total de estudiantes de Pregrado Presencial: 4506---Facultad de Salud (2008)

PLAN DE DESARROLLO U.P:

Sectores estratégicos que permitan afianzar su liderazgo en la sociedad:

4. Desarrollo científico-tecnológico, humanístico cultural y artístico.
5. Desarrollo del Talento Humano, de la cultura organizacional y del bienestar universitario.
6. Proyección de la Universidad a nivel regional, nacional e internacional.

HOSPITAL UNIVERSITARIO (Ley de Talento Humano)

Es una IPS de Salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser Hospital de enseñanza y practica supervisada por autoridades académicas competentes, que ofrece formación y atención medica en cada uno de los niveles de complejidad; comprometido con las funciones esenciales de la Universidad las cuales son formación investigación y extensión.

HOSPITAL UNIVERSITARIO-IPS UNIVERSITARIA

8. Oportunidad para mejorar la calidad del servicio a los usuarios.
9. Generar un nuevo modelo de gestión de la Salud.
10. Demostrar que lo público es viable también en el Sector Salud.
11. La prestación de Servicios de Salud es rentable social y económicamente.
12. Disponer de sitios de mejores prácticas y de investigación para nuestros estudiantes y docentes.
13. Desarrollo Empresarial para nuestros estudiantes y egresados.
14. Venta de servicios y productos de Salud para el área de la Frontera y el nororiente colombiano.

VIABILIDAD TECNICA – ADMINISTRATIVA

6. Necesidad sentida de la población del departamento Norte de Santander.
7. Déficit en la disponibilidad de camas hospitalarias (estancia, uci y neonatales).
8. Aseguramiento de la población.
9. Ausencia de capacidad resolutive en los componentes de la red departamental de salud.
10. Déficit de tecnología de punta que permita dar solución a las necesidades y requerimientos de la población.

IPS UNIVERSITARIA

PROBLEMAS A ESTUDIAR

La urbanización descontrolada y la industrialización exponen a la población a nuevos riesgos: Accidentes laborales; exposición a sustancias tóxicas; ríos contaminados; radiación; contaminación del aire por el transporte y por la industria; ruido industrial, etc. Estos fenómenos que suelen formar parte de los procesos de desarrollo pueden dar lugar a cambios de los perfiles epidemiológicos, es decir, en los tipos de enfermedades que sufre la población.

PERSONAS VULNERABLES Y PROBLEMAS COMPLEJOS

- Niños
- Mujeres
- Ancianos
- Ciertos trabajadores
- Transición demográfica
- Transición epidemiológica
- Desplazamientos de personas

¿ACREDITACIÓN?

- El programa se prepara desde su autoevaluación para solicitar su acreditación de calidad al Ministerio de Educación nacional.
- Para lograr este objetivo, los propósitos inmediatos son la unificación del programa en la ciudad de Cúcuta y la conversión del Departamento de Medicina en Facultad de Medicina.

¿POSTGRADOS?

Conclusiones

“Quienes emprendan grandes obras de utilidad pública, tienen que estar a prueba de las dilaciones más fatigosas, las desilusiones más penosas, y los insultos más ofensivos... y lo que es peor aún...los juicios presuntuosos de los ignorantes”
Simón Bolívar.

Bibliografía

- Phillips, D. R. e Y. Verhasselt (1994), Health and Development, Routledge, Londres.
- PNUD (1998), Informe sobre el desarrollo humano. 1998, Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York.
- Strauss, J. (1993), "The Impact of Improved Nutrition on Labor Productivity and Human-Resource Development: An Economic Perspective", en Pinstrup-Andersen, P. (ed.), The Political Economy of Food and Nutrition Policies, International Food Policy Research Institute, The Johns Hopkins University Press, Baltimore y Londres, pp. 149-170.
- WHO (1999), The World Health Report 1999, World Health Organization, Ginebra.
- Normatividad Universitaria.

IMPACTO SOCIAL DE LA TELEMEDICINA EN COLOMBIA Y EL CONTINENTE

Dr. Karim Nader

Formación académica

- Médico general de la Universidad Industrial de Santander en 1981.
- Especialista en Medicina Interna de la Universidad Militar Nueva Granada en 1986.
- Especialista en Medicina Nuclear.

Experiencia profesional y docente

- Docente de Medicina Interna de la Universidad de Pamplona.
- Actualmente, Coordinador de Medicina Interna en la Clínica Santa Ana.
- Miembro Emérito de la ACMI

Objetivo

Enseñar la importancia creciente del conocimiento de las emociones y las actitudes de los médicos en la calidad asistencial.

Resumen

“AHORA VIVIMOS MEJOR, PERO NOS SENTIMOS PEOR” Luis Rojas Marcos

- Cada día es mayor el número de personas que se quejan de la ausencia de humanidad en el médico, que añoran la imagen idealizada del galeno de antaño, a pesar de que a menudo éste no podía hacer otra cosa que limitarse a confortar al enfermo con su presencia.
- El sentir, popular es que el médico del pasado era más humano, más consciente de las necesidades afectivas y espirituales del paciente, que los facultativos de hoy se distancian con demasiada frecuencia de los fines altruistas...
- Es evidente que los avances tecnológicos han disminuido considerablemente la importancia del contacto personal del médico con el paciente. La relación se establece prioritariamente a través de procedimientos, aparatos y remedios, a los que comprensiblemente se les atribuyen los beneficios **tangibles y reales** de la intervención

- Son bastantes los doctores que en privado opinan que dedicar tiempo al paciente para escucharle y confortarle es irrelevante para la efectividad de la intervención médica. Después de todo, sostienen, aun sin estos ingredientes **ritualistas y simbólicos**, la mayoría de los enfermos consigue mejorar en la mayor parte de los casos gracias a los adelantos de la ciencia.

HUMANISMO MÉDICO

- El trabajo: servicio médico.
- Sumo respeto, afecto y altruismo a favor del ser humano que necesita de ayuda.
- Colmado de valores humanos, éticos y de responsabilidad.
- Se ejercita con un compromiso personal y profesional eficiente.
- Generar confianza y reconocimiento en el paciente, su familia y la comunidad.

La deshumanización de la medicina es debida al **detrimento de valores en la sociedad**, que es una realidad que observamos a diario, en razón a diversos factores, como el detrimento del tiempo de los médicos para atender a los pacientes.

No debemos olvidar que un interrogatorio correcto con el enfermo es imprescindible y fundamental para el diagnóstico y tratamiento, constituyendo una parte esencial, pues de ella puede depender la confianza futura del paciente en el profesional. Una de las consecuencias de la deshumanización de la práctica es la medicina defensiva, argumento a la que acude el profesional ante el recelo de ser acusado por realizar una mala praxis.

El sistema vigente es rígido y requiere al médico en muchas ocasiones, anteponer el tiempo dedicado al paciente, a la eficacia, a la atención y consideración al paciente.

EMPATÍA MÉDICA

“Ser un buen médico implica no solo saber ciencia, sino también entender a las personas y saber ponerse en la piel del enfermo” Gonzalo Casino Fuente.

La Empatía clínica ya no es un adorno o un complemento, sino una competencia médica esencial y una actitud clínica imprescindible. Los estudios han comprobado que la empatía se asocia con una mayor satisfacción del enfermo, con un menor estrés del médico, menores errores y mejores resultados.

El concepto de Empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente.

Se define como la capacidad de entender las emociones de los pacientes, así como sus perspectivas y sus experiencias.

Relación Médico-Paciente

- Una relación médico-paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar.
- Esta relación es ahora tensa por el incremento en el diagnóstico basado en la tecnología, lo cual resulta en alejamiento del contacto al lado de la cama del paciente. Esto ha creado una percepción general de que los médicos se han desligado de la atención del paciente.
- Reconocer la empatía en los médicos en formación y en los que ya laboran un aspecto esencial en el desempeño profesional.

Componentes básicos

- Cognitivo
- Comprensión
- Comunicación
- Competencia ética
- Medicina ética => Medicina empática.

Atributos de la Empatía médica

11. Respeto.
12. Comportamiento prosocial.
13. Razonamiento moral.
14. Actitudes positivas hacia la gente.
15. Ausencia de demandas.
16. Habilidades para obtener la historia clínica y ejecución del examen físico.
17. Satisfacción del paciente.
18. Satisfacción personal.
19. Mejor relación terapéutica.
20. Buenos resultados clínicos.

Paciente hostil demandante

- La relación con cualquier enfermo es siempre un desafío para el clínico, pero hay pacientes que ponen al médico "contra las cuerdas"
- Con un paciente agresivo, exigente, arrogante o despreciativo con el médico, la relación es complicada y puede resultar en un fracaso. La familia interviene en la relación.

- BMJ Quality and safety: Frente a un paciente difícil, la precisión del diagnóstico desciende, especialmente cuando se trata de casos complejos.

¿Un médico empático nace o se hace?

- La idea tradicional de que la empatía es algo que no se puede inculcar desde las facultades sigue estando bastante extendida, y algo que el propio Gregorio Marañón reflejaba en sus escritos.
- **La empatía se puede preservar e incluso enseñar.** A pesar de las dificultades encontradas para definir y medir empatía, esta fue la conclusión a la que llegaron los autores de un meta-análisis reciente al respecto.
- Dos tipos de empatía, una “afectiva”, consistente en la respuesta emocional que produce el acto asistencial y una “cognitiva”, consistente en la capacidad de entender de forma “imparcial” la experiencia y emociones del paciente.

Aspectos importantes

- Un aspecto interesante encontrado, fue que el simple hecho de incluir a los estudiantes de Medicina en un grupo que premiaba la actitud humana mejoró su empatía.
- Quizás “humanizar” la Medicina sea tan fácil como colocar la empatía en el mismo nivel de importancia que saber diagnosticar un infarto, y premiarla al igual que se premia una matrícula de honor.
- Se aprecia una progresión de la empatía durante los cursos de medicina. Presentan mayor empatía las estudiantes femeninas, también mayor estrés empático. Los estudiantes masculinos presentan menor empatía, menor progresión de esta durante los cursos y menor estrés empático.
- Presentan menor empatía los estudiantes que prefieren la serie House y los que tienen familiares médicos.
- Presentan mayor empatía los estudiantes que han realizado voluntariado, y los que han tenido un amigo enfermo.
- No se halla relación entre empatía y especialidad deseada.

Conclusiones

“Hay que ser empático, lucir simpático, o por lo menos aparentar ser lo menos antipático”

- El desarrollo de relaciones interpersonales entre médicos y pacientes es de indiscutible importancia.

- Fallas en el entendimiento de la perspectiva del paciente genera problemas de comunicación que a su vez provoca insatisfacción en el paciente.
- En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca. De este modo, la Empatía se convierte en el vehículo para mejorar la relación interpersonal médico-paciente.
- Cabe mencionar que hay controversia sobre si es preferible si el estudiante o médico con baja empatía se dedique a una especialidad de menor contacto con el paciente.

Bibliografía

- Luis Rojas Marcos. Diario El País. 12 Junio de 1992.
http://elpais.com/diario/1992/06/11/opinion/708213606_850215.html.

Gonzalo Casino. Escepticismo. En la piel del paciente. Sobre los enfermos “difíciles”, la mala praxis y la enseñanza de la empatía. 12 de Julio de 2016.
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=89406>

ENSEÑAR MEDICINA DE ÓPTIMA CALIDAD: EL DEBER Y LA RESPONSABILIDAD DEL INTERNISTA

Dr. Yoel Korenfeld American College Of Physicians

Formación académica

Médico cirujano. Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá (2006)

Especialista en Obstetricia y ginecología Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá (2006)

Sub especialista en Ginecología Oncológica – Instituto Nacional de cancerología – Universidad Militar Nueva Granada – Bogotá (2014)

Experiencia profesional y docente

- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario San Ignacio – Bogotá (2014).
- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario Erasmo Meoz – Cúcuta (actualmente)
- Docente del área de ginecología oncológica – Universidad de Pamplona-Cúcuta (actualmente)

Trabajos en investigación y publicaciones

- Adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical e intestinal a partir de un teratoma quístico maduro del ovario. Revista Colombiana de cancerología. 2015
- Leiomioma de ovario: tumor infrecuente y de comportamiento agresivo. Revista Colombiana de Cancerología 2016 (en proceso).

Objetivos

- Reconocer a partir de datos epidemiológicos la importancia de conocer el enfoque diagnóstico que debe darse a entidades clínicas como las masas anexiales y la hemorragia postmenopáusica con miras al diagnóstico temprano de enfermedades oncológicas potencialmente relacionadas.
- Identificar datos epidemiológicos a cerca de la incidencia y mortalidad del cáncer de ovario y endometrio.
- Conocer la aproximación clínica de las masas anexiales de acuerdo a su localización, edad y estado reproductivo de la paciente.
- Reconocer la importancia de realizar una historia clínica completa y un examen físico minuciosos.

- Identificar las herramientas diagnósticas disponibles para el estudio de masas anexiales, entre estas los marcadores tumorales y las imágenes diagnósticas.
- Conoce los índices de riesgo de malignidad con mejores tasas de desempeño propuestos en la literatura actual como parte de la estratificación de masas anexiales benignas o malignas.
- Proponer un algoritmo de manejo en el que se agrupan las consideraciones clínicas y las herramientas diagnósticas para reconocer y tratar pacientes en riesgo potencial de cáncer de ovario
- Reconocer principios básicos en el manejo de masas anexiales en pacientes embarazada.
- Recaltar en el auditorio las características de las pacientes que necesariamente deben ser remitidas a la clínica de ginecología oncológica para ser tratadas.
- Identificar las principales causas de sangrado en pacientes postmenopáusicas estudiando los mecanismos fisiopatológicos subyacentes.
- Reconocer la aproximación diagnóstica en hemorragia uterina postmenopáusica, indicaciones de la ecografía pélvica transvaginal y biopsia endometrial.
- Conocer nociones del enfoque clínico y tratamiento de las pacientes con hiperplasia endometrial.

Resumen

Las masas anexiales y la hemorragia postmenopáusica corresponden a dos de las causas más frecuentes de consulta en ginecología.

De la identificación y orientación diagnóstica oportuna de estas entidades, dependerá también la pronta identificación y manejo de pacientes con potencial diagnóstico de cáncer de ovario y endometrio.

En relación a esto se calcula que del 13 al 21% de las masas resecadas quirúrgicamente corresponden a un carcinoma de ovario y el 10% de las pacientes con hemorragia postmenopáusica tienen diagnóstico subyacente de carcinoma de endometrio.

Lo anterior se refleja en las estadísticas reportadas para carcinoma de ovario según los datos publicados por Globocan 2012 donde Colombia presenta una incidencia de 5.89 /100.000 habitantes (siendo la séptima causa mas frecuente de cáncer en la mujeres colombianas) con una altísima letalidad reportada en 3.63/100.000 habitantes a una edad media de presentación de 63 años. Con respecto a los datos publicados en carcinoma de endometrio, en Colombia esta patología corresponde a la onceava causa mas frecuente cáncer en mujeres, con una incidencia calculada en 3.58/100.000 habitantes y una mortalidad de 0.91 /100.000 habitantes (19).

MASAS ANEXIALES

A pesar de que la mayor parte de las masas anexiales son benignas, el objetivo de la evaluación diagnóstica es excluir en todos los casos malignidad. Las decisiones en el manejo de las masas anexiales estarán influenciadas por aspectos tan relevantes como la edad, la localización anatómica o la historia familiar de la paciente (1).

Las masas anexiales se generan en su mayoría a partir del ovario o de la trompa de falopio. Sin embargo, otras estructuras ginecológicas pueden originar masas anexiales incluyendo el mesoovario o el mesosalpinx (ejemplo: quistes para tubáricos) (2).

Los leiomiomas uterinos pueden ser visualizados de igual manera como masas anexiales. Otras estructuras próximas también pueden dar lugar a masas anexiales como el tracto urinario (divertículo de la vejiga), del tracto gastrointestinal (abscesos apendiculares, abscesos diverticulares, o neoplasias intestinales), o tejido conectivo pélvico (quistes peritoneales) (1,2)

Con respecto a la presentación de masa anexiales durante el embarazo, se calcula una incidencia de 0.2 al 2%, con una tasa de malignidad de 1 a 6%, la gran mayoría de estas masas son benignas y corresponde a hallazgos incidentales(3). Se presentan los mismos tipos de masas que se presentan en las pacientes premenopáusicas, siendo los quistes funcionales (quistes del cuerpo lúteo, quistes teca luteínicos) los de mayor en el embarazo(4).

La historia clínica es vital en el diagnóstico de masas anexiales, debe valorarse especialmente la historia familiar de cáncer de mama y otros cánceres ginecológicos como endometrio y ovario, con historia conocida de presencia de mutación BRCA u otros síndromes hereditarios.

Algunos otros factores de riesgo para reconocer son la nuliparidad, obesidad, síndrome de ovario poliquístico, consumo de cigarrillo (2).

El examen físico también es parte fundamental de la aproximación clínica de estas masas cuya realización tiene una sensibilidad del 45% con una especificidad del 90%. Actualmente se cuestiona su desempeño en el diagnóstico de masa anexiales en pacientes asintomáticas.

Siempre debe realizarse valoración pélvica en pacientes que se encuentre sintomáticas, garantizándose valoración con espéculo, presencia de posibles adenopatías en cuello e inguinal (1).

La sintomatología más frecuente corresponde a la presentación de dolor abdominal o pélvico, incremento del perímetro abdominal, distensión abdominal, plenitud gástrica y debe generar alarma cuando se presenta más de 12 veces por mes en menos de 12 meses de duración (2).

AYUDAS DIAGNÓSTICAS – MARCADORES TUMORALES

Históricamente un amplio espectro de citoquinas, factores de crecimiento, factores de adhesión molecular, proteasas, hormonas, factores de coagulación, reactantes de fase aguda, factores de apoptosis han sido investigados como marcadores serológicos en el diagnóstico de cáncer de ovario, ninguno de estos, excepto el Ca 125, ha sido aplicado en la práctica clínica diaria (5).

CA 125: (ANTÍGENO DE CÁNCER 125) es una glicoproteína codificada por el gen MUC 16 en el cromosoma 19. Su valor superior se ha establecido en 35 UI/ml.

La expresión de CA 125 se evidencia en el 85% de los carcinomas serosos, 65% de los carcinomas endometrioides, 40% de los tumores de células claras, 36% en los carcinomas indiferenciados y solos en el 12% de los tumores mucinosos de ovario.

El Ca 125 puede encontrarse normal hasta en el 25% de los pacientes con cáncer de ovario y en cerca de la mitad de los pacientes en estadios tempranos lo que reduce considerablemente la sensibilidad de este marcador y adicionalmente se encuentra elevado en muchas condiciones no malignas lo que afecta significativamente la especificidad.

La causa más importante de falsos positivos es la endometriosis; en cerca de dos tercios de las pacientes con quistes endometriósicos, los niveles de CA125 exceden el valor normal(5).

EL HE4 (proteína del epidídimo humano 4) es una glucoproteína codificada por el gen WFDC2 (cromosoma 20).

Se encuentra presente en el epitelio de las trompas de falopio, endometrio, glándulas cervicales, no se presenta en la superficie epitelial del ovario. Su expresión también se ha notado en el epitelio del tracto respiratorio (especialmente la tráquea) y en las glándulas salivales.

La expresión elevada de HE4 se observa en el 80% de los carcinomas serosos, 80 – 100% de los carcinomas endometrioides y en el 50 a 83% de los tumores de células claras del ovario y se encuentra ausente en el carcinoma mucinoso del ovario.

El HE4 se encuentra elevado en más del 50% de los pacientes con cáncer con niveles de CA 125 normales y se encuentra menos frecuentemente elevado que el CA 125 en tumores de ovario benignos como quistes serosos, teratomas, fibromas o lesiones inflamatorias tanto en mujeres premenopáusicas como postmenopáusicas. Los niveles de HE4 se elevan mucho menos frecuentemente que el CA 125 en casos de endometriosis (3% vs 67%), HE4 se encuentra en concentraciones muy bajas durante el embarazo, tampoco se altera con los ciclos menstruales (5).

Existen otros marcadores tumorales útiles en el estudio de masas anexiales, El Antígeno carcino embrionario y el Ca 19.9 son útiles para el estudio de posibles lesiones de origen gastrointestinal. La HCG, AFP y LDH son útiles para el estudio de masas anexiales en pacientes jóvenes, la mayor parte de ellas en edad reproductiva en quienes quiera descartarse la presencia de Tumores germinales.

La Inhibina B se emplea en el estudio de tumores de células de la granulosa.

La solicitud de estos marcadores debe orientarse de acuerdo a la edad de la paciente, la clínica presentada sumada a las características epidemiológicas e historia natural de la enfermedad de los diferentes grupos de tumores que quieran descartarse para cada caso particular.

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

ECOGRAFÍA PÉLVICA TRASNvaginal

La valoración de la escala de grises y del doppler color es la primera línea para caracterizar las masas anexiales.

Tiene una sensibilidad 91% y una especificidad del 96%. Sólo una pequeña proporción (6-8%) de las masas no pueden ser clasificadas como benignas o malignas cuando se usa la aproximación subjetiva.

La habilidad de caracterizar una masa anexial correctamente con ecografía transvaginal cuando se usa la aproximación subjetiva de la escala de grises y del doppler color claramente mejora a media que aumenta la experiencia del operador (6).

El objetivo de la valoración con el doppler color es incrementar la especificidad de la escala de grises, sin embargo el rol actual de la valoración con doppler color en la evaluación de masas pélvicas sigue siendo controversial porque los valores de los índices calculados (índice de resistencia, índice de pulsatilidad y la velocidad sistólica máxima) suelen sobreponerse entre masas benignas y malignas.

En el caso de las masas anexiales no clasificables el desempeño de la ecografía es limitado con una pobre sensibilidad calculada entre el 57- 70% con una especificidad solo del 60 al 77%. Estas pacientes serán candidatas a la aplicación de un test secundario (valoración mediante algún índice de valoración de riesgo).

Las masas anexiales no clasificables tiene ciertos hallazgos morfológicos típicos: son masas más grandes, tienen apariencia unilocular – sólida o multilocular - sólida, con paredes irregulares y proyecciones papilares. La mayor parte de los tumores no clasificables después de la valoración subjetiva son benignos, solo un 16% corresponden a cánceres invasivos y 14% a tumores border line (6).

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y TAC ABDOMINO PÉLVICO

La RNM tiene una sensibilidad del 92% (89-95%) y una especificidad 88% (84-92%).

El uso de la RNM está limitado a aclarar el diagnóstico de las masas de ovario cuando los hallazgos ecográficos son inciertos.

En el caso de una clasificación difícil algunos estudios soportan el uso de RNM comparado con otras modalidades de imagen (ecografía con escala de grises combinada con Doppler o Tomografía computarizada) (7)

El mejor uso de tomografía de abdomen no es detectar ni caracterizar masas pélvicas sino lograr la evaluación del abdomen y las posibles metástasis cuando se sospecha cáncer basados en las imágenes de ecografía transvaginal.

La tomografía permite la identificación de metástasis en omento, implantes peritoneales, ganglios aumentados de tamaños pélvicos o para aórticos(7).

ÍNDICES DE VALORACIÓN DEL RIESGO

ÍNDICE DE JACOBS – INDICE DE RIESGO DE MALIGNIDAD

El índice de riesgo de malignidad (IRM) es el modelo predictivo mas frecuentemente usado con una sensibilidad de 72% (67-76%) y una especificidad de 92% (89-93%) usando un nivel de corte de 200 (5).

Es una herramienta diagnóstica práctica, que incluye la valoración de los hallazgos ecográficos, el estado de postmenopausia o no de la paciente y el valor del CA 125. De acuerdo a los hallazgos se asignará un puntaje para cada criterio lo que al multiplicarse entre sí, genera un puntaje final (mayor o menor a 200), permitiendo así la aproximación al riesgo corresponder a un carcinoma de ovario.

ÍNDICE DE ROMA

Éste índice utiliza concentraciones séricas de CA125 y HE4 cuyos valores son utilizados en esta fórmula matemática elaborada de forma separada para pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas.

De acuerdo al valor de corte establecido por los autores, un índice de ROMA > 13.1% en pacientes premenopáusicas y > 27.7% para pacientes postmenopáusicas es indicativo de alto riesgo de malignidad (5).

Se registra una sensibilidad del 93.8% (88.9% para pacientes premenopáusicas y 94.6% para pacientes postmenopáusicas) con una especificidad de 75% en el diagnóstico de cáncer de ovario (8).

MÓDELO DE REGLAS SIMPLES

El modelo de simples reglas del IOTA GROUP (International Ovarian Tumor Analysis) muestra una sensibilidad del 93% (89-95%) y de 81% (76-85%). Los datos publicados actualmente proponen las estrategias IOTA como los test primarios para caracterizar masas anexiales.

Este sistema está basado en la valoración de cinco hallazgos ecográficos sugestivos de lesión maligna (hallazgos m) y cinco hallazgos ecográficos sugestivos de lesión benigna (hallazgos b) (9)ⁱⁱ.

Dentro de los hallazgos M se encuentran:

- M1: Tumor sólido e irregular
- M2: Presencia de ascitis
- M3: Al menos 4 estructuras papilares
- M4: Tumor sólido multilocular irregular cuyo diámetro mayor es ≥ 100 mm
- M5: Flujo sanguíneo muy fuerte (escala del color 4)

Dentro de los hallazgos B se encuentran:

- B1: Unilocular
- B2: presencia de componentes sólidos, en donde el componente sólido más grande tenga un diámetro < 7 mm
- B3: Presencia de sombras acústicas
- B4: Tumor multilocular con un diámetro < 100 mm
- B5: No hay flujo sanguíneo (escala de color 1)

De acuerdo a estos hallazgos se establecen las siguientes reglas

- REGLA 1: Si están presentes uno o más Hallazgos M, en ausencia de Hallazgos B, la masa es clasificada como maligna.
- REGLA 2: Si están presentes uno o más Hallazgos B, en ausencia de Hallazgos M, la masa es clasificada como benigna.
- REGLA 3: Si están presentes tanto Hallazgos M como Hallazgos B o si no hay Hallazgos M ni hallazgos B presentes, Los hallazgos son no conclusivos. Se recomienda la aplicación segunda prueba (estudio complementario por resonancia magnética o valoración subjetiva por un evaluador experto).

En las revisiones de literatura se considera que el sistema de reglas simples puede ser aplicable al 79 – 89% de todas las masas anexiales

REGRESIÓN LOGÍSTICA 2: Este modelo usa 6 variables:

- Edad de la paciente (años)
- Presencia de ascitis (Sí: 1) (No: 0)
- Presencia de flujo sanguíneo con proyecciones papilares (Si: 1) (No:0)
- Máximo diámetro del componente sólido (en MM)
- Paredes internas irregulares del quiste (Si: 1) (No: 0)
- Presencia de sombras acústicas (Si: 1) (No: 0)

Estos valores son calculados mediante una relación matemática para establecer la probabilidad de malignidad para una masa anexial. Se propuso el corte de probabilidad del 10% para clasificar tumores como benignos o malignos basados en el sistema de Regresión Logística 2. La ventaja de este modelo matemático

por encima del sistema de reglas simples es que puede ser aplicado a todo tipo de tumores(6).

EVALUCIÓN Y MANEJO

Para la orientación y manejo de las masas anexiales debe partirse desde la verificación de la edad reproductiva de la paciente como punto de partida esto permitirá descartar causas asociadas a posibles gestaciones tempranas, endometriosis o entidades inflamatorias frecuentes en el grupo de pacientes premenopáusicas. Este grupo de pacientes será valorado con una BHCG inicial y estudio ecográfico.

En el caso de las pacientes postmenopáusicas se realizará estudio ecográfico con miras a identificar hallazgos ecográficos de alarma: evidencia de septos, papilas, bilateralidad componente sólido o bilateralidad. Estos hallazgos se analizan junto con el reporte de marcador tumoral CA 125. Si se obtiene un IRM bajo se sugiere hacer ecografía de control en un intervalo de tiempo de 4 a 12 semanas (10), de persistir los hallazgos anormales se remitirá a valoración por ginecología oncológica. Si por el contrario, se obtiene un Índice de Riesgo de Malignidad elevado debe remitirse a valoración por ginecología oncológica para valorar posibilidad de manejo quirúrgico (2).

MASAS ANEXIALES DURANTE EL EMBARAZO

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS: Tanto el IOTA Modelo de Regla Simples como el Modelo de regresión logística 1 y 2 son herramientas que permiten la clasificación de más del 75% de las masas anexiales, con una buena sensibilidad y especificidad en pacientes pre y postmenopáusicas sin embargo no hay estudios hasta el momento de validación especial para el grupo de pacientes embarazadas con masas anexiales. Sin embargo se considera que estos modelos pueden ser útiles también durante el embarazo (4)

El uso de la Resonancia nuclear magnética es seguro durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, sin embargo el uso de gadolínico o material de contraste debe restringirse debido a que no se ha establecido la seguridad fetal de su uso.

Solo se recomienda el uso de la RNM cuando el diagnóstico ecográfico es dudoso, cuando las masas son muy grandes para ser estudiadas completamente a través de la ecografía o cuando existe una alta sospecha de malignidad.

-MARCADORES TUMORALES: la seguridad y utilidad de los marcadores tumorales en el diagnóstico y caracterización de los tumores durante el embarazo aún sigue siendo debatida. La elevación de los marcadores tumorales durante el embarazo son en la mayor parte de los casos asociados con cambios fisiológicos normales en el embarazo(4).

El CA 125 también es producido por las células de la decidua y del amnios especialmente durante el primer y tercer trimestre del embarazo. Otros marcadores de tumores de células germinales (AFP – B- HCG) y para tumores de células de la granulosa (Inhibina B) también pueden elevarse en un embarazo normal y solo pueden ser usados en el contexto del seguimiento(4).

ZIKA Y ALTERACIONES NEUROLÓGICAS

Dr. Jairo Lizarazo Niño

Formación académica

Médico Ginecólogo. Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá (2006)

Especialista en Obstetricia y ginecología Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá (2006)

Sub especialista en Ginecología Oncológica – Instituto Nacional de cancerología – Universidad Militar Nueva Granada – Bogotá (2014)

Experiencia profesional y docente

- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario San Ignacio – Bogotá (2014).
- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario Erasmo Meoz – Cúcuta (actualmente)
- Docente del área de ginecología oncológica – Universidad de Pamplona-Cúcuta (actualmente)

Objetivos

- Adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical e intestinal a partir de un teratoma quístico maduro del ovario. Revista Colombiana de cancerología. 2015
- Leiomiomas de ovario: tumor infrecuente y de comportamiento agresivo. Revista Colombiana de Cancerología 2016 (en proceso).

HEMORRAGIA UTERINA POSTMENOPÁUSICA

El sangrado postmenopáusico se define como la presencia de cualquier sangrado en una mujer postmenopáusica y que no se encuentre relacionado con el influjo hormonal exógeno (pacientes con terapia de reemplazo hormonal) (11).

La hemorragia uterina postmenopáusica corresponde al 5% de las consultas en ginecología en general..

El sangrado vaginal anormal ocurre en 4 a 11% de las pacientes postmenopáusicas.

La incidencia de sangrado vaginal postmenopáusico disminuye a medida que aumenta la edad desde que ocurre la menopausia.

Todas las mujeres con sangrado uterino no explicado deben ser evaluadas para descartar carcinoma de endometrio, dado que esta puede ser la causa del sangrado en el 10% de las pacientes (rango entre 1 y 25% dependiendo de los factores de riesgo subyacentes). Sin embargo la mayor parte de los casos en este grupo de edad son causados por atrofia en la mucosa vaginal o el endometrio. (20)

Las causas más comunes de sangrado postmenopáusico correspondieron a Cáncer (6.6%) hiperplasia atípica 0.2%), hiperplasia sin atipia (2.0%), pólipo (37.7%), miomas (6.2%), atrofia/ hipotrofia 30.8% (12).

Algunos estudios han tratado de definir la prevalencia de patología endometrial en pacientes postmenopáusicas asintomáticas, concluyéndose que el riesgo para anormalidad endometrial en este grupo es de 17 a 18%. En las pacientes asintomáticas las anormalidades más comunes encontradas fueron atrofia y pólipos (12)

ATROFIA ENDOMETRIAL

El hipoestrogenismo causa atrofia del endometrio y de la vagina. En el útero la superficie endometrial atrófica ocasionalmente puede contener pequeños fluidos que previenen la fricción intracavitaria. El resultado en las microlesiones de la superficie del epitelio por la fricción que no pudo ser evitada genera una reacción inflamatoria crónica (endometritis crónica) con microlesiones de la superficie del epitelio produciéndose el sangrado.

Paradójicamente es en el lecho atrófico donde se desarrollan la mayor cantidad de adenocarcinomas y solo el 15 al 20% de este se genera a partir de endometrio hiperplásico, indicando así, que la estimulación estrogénica sin oposición no es infrecuente después de la menopausia.

En la explicación histológica de la hemorragia uterina postmenopáusica en pacientes con atrofia endometrial se considera que al menos la mitad de las pacientes con atrofia endometrial pero sin evidencia de enfermedad tienen patrón débilmente proliferativo (no inactivo) con patrón difuso o focal y el resto presentan endometrio atrófico inactivo.

Se sugiere que el endometrio atrófico débilmente proliferativo presenta respuesta a bajos niveles de estimulación estrógenica. Este endometrio no inactivo tiene un potencial carcinogénico pequeño(13).

Sumado a esto, las mujeres postmenopáusicas tienen una habilidad incrementada de convertir androstenodiona (principalmente de origen adrenal) en estrona (aromatización periférica) en el tejido adiposo, usando la enzima aromatasa. La conversión periférica aumenta con el incremento del peso corporal (incremento en el número de células grasas) y con la edad avanzada (incremento en la actividad específica de la aromatasa).

La estrona es el estrógeno más importante en la carcinogenesis endometrial.

El endometrio postmenopáusico, inactivo o débilmente proliferativo conservan los Receptores de estrógeno y de progesterona, pero solamente el endometrio débilmente positivo muestra una alta actividad angiogénica y proliferativa (Ki-67), sobre el cual actúa la estrona producida a partir de la aromatización periférica, y al carecerse de oposición puede generarse sobre este tejido un carcinoma de endometrio tipo II (13).

CARCINOMA DE ENDOMETRIO

La edad promedio de presentación es 61 años, más del 95% de las mujeres con cáncer de endometrio sangran.

Existen dos categorías histológicas de carcinomas endometriales, que difieren en incidencia, respuesta a estrógenos y pronóstico.

Tipo I: incluyen los tumores endometrioides grado 1 o 2, corresponden al 80% de los carcinomas endometriales, tienen un pronóstico favorable, y pueden estar precedidos por neoplasia intraepitelial.

Tipo II: corresponden al 10 al 20% de los carcinomas endometriales. Estos incluyen los tumores grado 3 y los tumores de histología no endometriode: seroso, de células claras, carcinosarcoma. Estos tumores son de alto grado y tienen pobre pronóstico (11).

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Se define como la proliferación irregular de las glándulas del endometrio con un incremento en la relación glándula /estroma cuando se compara con el endometrio proliferativo.

La hiperplasia endometrial se desarrolla cuando los estrógenos sin oposición por progesterona, estimulan el crecimiento de las células endometriales por unión a los receptores de estrógenos en el núcleo de la célula endometrial.

La clasificación histológica actual según la WHO (World Health Organization) clasifica la hiperplasia en dos grupos basados en la presencia de atipia citológica.

Hiperplasia sin atipia

Hiperplasia atípica

La complejidad de la arquitectura (criterio tenido en cuenta en clasificaciones antiguas) ya no hace parte de esta clasificación (14)

POLIPOS Y LEIOMIOMAS

Los pólipos corresponden a Hiperplasia de las glándulas endometriales y el estroma; forman una proyección desde la superficie del endometrio, en el 95% de los casos son benignos. Los polipos endometriales son comunes y afectan a más

del 20% de las pacientes postmenopáusicas. Estos también pueden estar asociados a malignidad: se calcula que el riesgo de cáncer endometrial en mujeres con polipos endometriales puede estar entre 4.8 a 5.8%. Los carcinomas restringidos a los polipos se presentan en 0.3%.

El manejo quirúrgico en las pacientes sintomáticas se realiza mediante resección histeroscópica o curetaje endometrial (15).

Los leiomiomas son los tumores más comunes en las mujeres durante la edad reproductiva. Son nódulos benignos, de origen unicelular, asintomáticos en más del 50% de los casos. Aunque la mayor parte de los síntomas debidos a miomatosis uterina se presentan en pacientes premenopáusicas, sin embargo también pueden representar una causa infrecuente pero posible en las pacientes postmenopáusicas (16)

ENFOQUE DIAGNÓSTICO

El objetivo del diagnóstico está orientado a descartar enfermedad maligna o premaligna. La elaboración de una historia clínica completa permite la identificación de factores de riesgo para carcinoma de endometrio.

Toda paciente con sangrado postmenopáusico sin importar la cantidad del mismo (manchado o hemorragia moderada) debe ser sujeta a realización de examen físico completo, palpación de cadenas ganglionares, mamas y axilas.

Realización imprescindible de especuloscopia para descartar lesiones vaginales o cervicales relacionadas con la sintomatología.

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

La dilatación y el curetaje había sido considerado el método preferido para obtener una muestra de tejido pero con el uso de la cureta de Pipelle se ha obtenido un mejor rendimiento diagnóstico con un valor predictivo positivo de 81.7% y un valor predictivo negativo de 99.1%.

La cureta de Pipelle es el instrumento más sensible:

Sensibilidad en Cáncer de endometrio (99,6% en pacientes postmenopáusicas)

Sensibilidad en Hiperplasia atípica (81%)

Especificidad (98 – 100%)

Limitaciones en la obtención de especímenes adecuados para diagnóstico en pacientes con grosor endometrial < 5mm

Si no es posible obtener una muestra adecuada el paciente debe remitirse a realización de dilatación y curetaje. De igual manera si los síntomas persisten a pesar de una biopsia con resultado benigno.

INDICACIONES DE REALIZACIÓN BIOPSIA DE ENDOMETRIO CON O SIN HISTEROSCOPIA

- Cuando un paciente no puede tolerar una biopsia endometrial de oficina
- Después de una biopsia no diagnóstica
- Sangrado persistente en mujeres con histología benigna en biopsia endometrial
- Tejido insuficiente para el análisis en la biopsia
- Estenosis cervical
- Cuando hay reporte de hiperplasia atípica en biopsia endometrial

ECOGRAFÍA PÉLVICA TRANSVAGINAL

La ecografía es un método no invasivo, costo efectivo. Útil en la valoración del grosor endometrial. La técnica ecográfica supone la Visualización en el corte sagital del útero y medición de la doble capa endometrial en la dimensión antero posterior desde una capa basalis hasta la otra (17).

Si existe fluido en la cavidad endometrial, este no será incluido en la medición , se medirán las dos capas endometrial por aparte sumando los resultados

Con un corte de 5 mm: Sensibilidad para diagnóstico de cáncer 96% (18)

Conclusiones

La caracterización de las masas anexiales es esencial para priorizar el apropiado manejo. La realización de una cirugía innecesaria genera importantes riesgos. Deben limitarse las fallas en el reconocimiento del cáncer de ovario, lo que tiene un impacto significativo en el pronóstico de esta enfermedad.

La ecografía pélvica es la primera línea en el estudio de las masas anexiales. La aproximación para discriminar entre masas benignas o malignas parte del análisis subjetivo de la escala de grises y el Doppler y dependerá en gran parte de la experiencia del examinador.

El uso de los índices de valoración de malignidad: regresión lineal 2 y de reglas simples desarrollada por IOTA representan actualmente el mejor modelo basado en hallazgos ecográficos y la mejor estrategia para el uso en la práctica clínica

Una ventaja de las estrategias dl IOTA para diagnosticar cáncer de ovario es que ofrece criterios nuevos que pueden ser usados para definir masa indeterminada en cuyo caso requiere una prueba adicional

El 10% de las pacientes que presentan sangrado postmenopáusico, tienen cáncer de ahí la importancia de una aproximación diagnóstica adecuada para reconocer los casos con riesgo potencial de enfermedad oncológica.

La etiología más frecuente de la hemorragia postmenopáusica es la atrofia endometrial, asociado a esto se encuentra la terapia de reemplazo endometrial, la hiperplasia endometrial, pólipos y miomas intracavitarios.

Cualquier sangrado en la postmenopausia requiere ser estudiada con el objetivo de excluir malignidad

La aproximación inicial en hemorragia postmenopáusica puede hacerse mediante la realización de ecografía pélvica transvaginal o biopsia endometrial.

En presencia de una biopsia endometrial no diagnóstica se requiere la toma de una nueva mediante otra técnica y realización de ecografía pélvica tv.

En caso de persistencia de los síntomas, aun ante la presencia de una biopsia previa negativa, deberá tomarse una nueva biopsia.

PROGRAMA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA: 10 AÑOS DE COMPROMISO

Dr. Germán Enrique Wilches Reina

Formación académica

Médico general de la Universidad del Norte, Barranquilla.

Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán.

Especialista en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública.

Maestría en Salud Pública de la Universidad del Valle.

Experiencia profesional y docente

Decano de la Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona (2007)

Docente de tiempo completo en las asignaturas de Epidemiología, Salud Pública y Salud Ocupacional del Programa de Medicina de la Universidad de Pamplona (actualmente)

Objetivo

Reconocer la influencia del programa de Medicina de la Universidad de Pamplona a nivel local, regional y nacional.

Resumen

REFLEXIONES SOBRE LA INFLUENCIA DE LAS UNIVERSIDADES A NIVEL LOCAL Y REGIONAL

Consecuencias económicas directas:

- Empleadores importantes de personal de un nivel relativamente alto con un poder adquisitivo considerable en el ámbito local.
- Los estudiantes pueden ejercer una influencia local directa mediante las compras locales y constituyen una adición neta a la economía regional en la medida en que procedan de una zona distinta a aquella en que se encuentra la universidad.

- Movilización de becas y contratos de investigación, asesoría, intercambios de investigadores y creación de empresas.
- La enseñanza y la contratación de graduados por parte de empresas regionales.
- Circulación de los estudiantes desde distintas carreras hasta que llegan a ocupar empleos en el ámbito local, regional y nacional.
- La medicina y las ciencias sociales proporcionan beneficios comunitarios directos.
- Proporcionar líderes importantes en la sociedad civil local.
- Preservar cultura y humanidades.

CAPITAL HUMANO

Economía de aprendizaje:

- El saber qué: los hechos y las informaciones.
- El saber por qué: los principios y leyes necesarios para limitar el ensayo y error.
- El saber cómo (conocimientos técnicos): las aptitudes y capacidades para hacer algo y que se suelen adquirir en el lugar de trabajo.
- El saber quién: es la información sobre quién sabe cómo hacer qué y la capacidad social de establecer relaciones con grupos especiales a fin de inspirarse en su experiencia.

SALUD Y DESARROLLO

- La salud de la población y de los individuos está intrínsecamente unida a su desarrollo.
- El desarrollo en el sentido amplio del término, implica cambios e incluso importantes alteraciones de la salud y del entorno de las personas. Pero, del mismo modo, el estado de salud de la población es un factor que condiciona el desarrollo.
- Una salud precaria disminuye la capacidad laboral y la productividad de las personas, algo que afecta sobre todo a los pobres, por cuanto son ellos los que realizan los trabajos que exigen un mayor esfuerzo físico.
- Una mala salud afecta al desarrollo físico de los niños, así como a su escolarización y aprendizaje. Como consecuencia, si ampliamos estas

circunstancias al conjunto de la población, se puede constatar el fuerte freno que las enfermedades imponen al crecimiento económico y al desarrollo en general.

- A la inversa, diferentes estudios, como los analizados por Strauss (1993:149-163), prueban la relación que existe entre la mejora nutricional y de la salud con el incremento de la productividad (especialmente cuando se parte de niveles bajos de consumo y en actividades intensivas en mano de obra), así como en la asistencia y el rendimiento escolar.
- El desarrollo puede romper el clásico círculo de retroalimentación existente entre la pobreza y la mala salud. El desarrollo económico posibilita disponer de mayores recursos con los que financiar la mejora de la salud medio ambiental, la realización de campañas de salud pública, y, sobre todo, el establecimiento de un sistema sanitario cuyos servicios de salud cubran también a los sectores más vulnerables, por ejemplo mediante la extensión de la atención primaria de la salud.
- Los programas de desarrollo social, como los de educación y alfabetización han contribuido decisivamente a elevar el nivel de salud al facilitar las mejoras en la alimentación, la higiene y la salud reproductiva.
- El desarrollo socioeconómico, particularmente si alcanza equitativamente a la población (aunque generalmente no sea éste el caso), también permite mejoras en las condiciones de vivienda y de otros servicios básicos.

SALUD Y CRECIMIENTO ECONÓMICO

9. Reduce las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores.
10. Permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, pueden quedar total o parcialmente inaccesibles e inexplorados.
11. Aumenta la escolarización de los niños y les permite un buen aprendizaje.
12. Libera para diferentes usos aquellos recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de enfermedades.

En términos relativos, las ventajas económicas de una buena salud son mayores para la población pobre, que por lo general es la más afectada por las discapacidades que provoca una salud precaria y están en situación de beneficiarse al máximo de la explotación de los recursos naturales infrautilizados.

PROGRAMA DE MEDICINA: ESTUDIOS DE VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD: 2004.

- Colombia: médicos generales: 1.6 por cada 1000 habitantes

- Norte de Santander: 0.3 por cada 1.000 habitantes (2001). Población de Cúcuta 732.600 habitantes. Norte de Santander: 1.750.685; 18% en edad de formación universitaria.
- Alta prevalencia y diversidad de enfermedades endémicas emergentes y reemergentes
- Necesidad de generar investigación científica disciplinar e interdisciplinar en medicina y salud a nivel local y regional.
- Los permanentes desplazamientos y oleadas migratorias. Violencia.
- La necesidad sentida de educación en salud y medicina (democratización medica).
- La carencia de una facultad que ofertara el programa de medicina en la ciudad de Cúcuta y su área de influencia nororiental.
- Dependencia total de médicos formados en otras latitudes diferentes a las particularidades del contexto regional. Vulnerabilidad y riesgo epidemiológico por la condición de frontera.
- La valoración de la ciudad de Cúcuta como un polo de desarrollo nacional y binacional. Región pluricultural.
- Consolidación de la Facultad de Salud. Complementariedad para cubrir la diversidad de saberes en el conocimiento científico de la salud humana.
- Concepción integral: relación inseparable con el medio cultural, social, económico, político y natural (holística).

NORMAS

- Acuerdo N° 032 del 16 de Marzo de 2004.
- Registro Calificado 5882 del 13 de Diciembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional y código de registro ICFES 121246100005451811500.
- Cohorte 1: enero 2006.
- Acuerdo 041/2002, organización y estructura curricular de la Universidad de Pamplona, 4 componentes de formación profesional: básica, complementaria, profesional específica y de profundización.

PEDAGOGÍA

El pensamiento pedagógico: constructivista-cognitivo

- Centrado en los intereses del estudiante.
- Procesos de aprendizaje significativo.
- Utilización de métodos de enseñanza-aprendizaje basados en la resolución de problemas.

- Objetivo fundamental :
 - Autoaprendizaje.
 - Desarrollo de competencias del saber aprender, saber hacer, saber comunicar, saber convivir.
- Práctica pedagógica cotidiana real:
 - Sistema clásico de enseñanza-aprendizaje.
 - Con contenidos organizados en áreas y asignaturas.
 - Centrado en la tradicional transmisión de conocimientos del profesor al alumno.
 - Evaluación medible y cuantitativa de resultados y logros de aprendizaje.
- Ir más allá del modelo hipocrático clásico patocéntrico, biologicista, positivista, mecanicista y ahistórico, centrado en el diagnóstico y la curación.
- Para ir posibilitando y sembrando en la mente del estudiante, una equidad discursiva entre el paradigma biomédico clásico y el socio-medico, más determinado por el aprendizaje, la investigación y la aplicación de los principios biopsicosociales que rigen el bienestar integral del ser humano.
- Desde sus inicios se buscó fortalecer el conocimiento de la atención médica en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo como eje de acción la salud pública familiar y comunitaria, una atención en salud centrada en el paciente, que pasa a ser un protagonista activo y auto-responsable de su bienestar integral.

REESTRUCTURACIONES Y AJUSTES

- Acuerdo N° 055 de Consejo Académico del 21 de Julio de 2006
- Acuerdo N° 034 del 29 de Marzo de 2007
- Acuerdo N° 011 de 31 de Marzo de 2009
- Acuerdo N° 061 de 26 de septiembre de 2011, aprueba el reglamento de prácticas formativas y de docencia-servicio
- 2010, acorde con el desarrollo y consolidación académica, el Comité de Programa de Medicina, teniendo como finalidad la consolidación del programa, decide trasladar a la ciudad de Cúcuta sus actividades

formativas a partir del tercer semestre, ofreciéndose en Pamplona el primero y segundo semestre académico.

MISIÓN MÉDICA EN ZONAS DE CONFLICTO Y POST-CONFLICTO

Dr. Eusebio Enrique González

Formación académica

Médico general de la Universidad del Nacional, Bogotá.

Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán.

Especialista en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública.

Experiencia profesional y docente

Decano de la Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona (2007)

Docente de tiempo completo en las asignaturas de Epidemiología, Salud Pública y Salud Ocupacional del Programa de Medicina de la Universidad de Pamplona (actualmente)

Objetivos

- El Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución número 14544 de 16 de Octubre 2013 renueva el Registro Calificado al programa de Medicina de la Universidad de Pamplona por un término de siete años.
- Acuerdo N° 138 de Consejo Académico del 09 de Diciembre de 2014.

ESE FPS/ISS ESTUDIO TÉCNICO EVALUACIÓN ADMINISTRATIVA – MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.

“La E.S.E. F.P.S. presenta problemas estructurales y de gestión que limitan gravemente la competitividad de la Institución y amenazan su futuro inmediato, poniendo en riesgo la prestación de servicios de salud, pues presenta desequilibrios presupuestales recurrentes y pérdidas operacionales que comprometen su sostenibilidad financiera no dejando margen de recursos para aplicar a inversión física, reposición tecnológica o desarrollo empresarial; factores primordiales para el mejoramiento de los servicios de salud”.

JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

Misión Universidad de Pamplona: “Formar profesionales integrales, que sean agentes generadores de cambio, promotores de la paz, la dignidad humana y el desarrollo nacional.”

DESARROLLO DE LA U.P. EN LOS ULTIMOS AÑOS:

Años 90----- 2400 Estudiantes

Actualmente----- 31000 Estudiantes

Pregrado presencial-- 15527 Estudiantes

Del Total de estudiantes de Pregrado Presencial: 4506---Facultad de Salud (2008)

PLAN DE DESARROLLO U.P:

Sectores estratégicos que permitan afianzar su liderazgo en la sociedad:

7. Desarrollo científico-tecnológico, humanístico cultural y artístico.
8. Desarrollo del Talento Humano, de la cultura organizacional y del bienestar universitario.
9. Proyección de la Universidad a nivel regional, nacional e internacional.

HOSPITAL UNIVERSITARIO (Ley de Talento Humano)

Es una IPS de Salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser Hospital de enseñanza y practica supervisada por autoridades académicas competentes, que ofrece formación y atención medica en cada uno de los niveles de complejidad; comprometido con las funciones esenciales de la Universidad las cuales son formación investigación y extensión.

HOSPITAL UNIVERSITARIO-IPS UNIVERSITARIA

15. Oportunidad para mejorar la calidad del servicio a los usuarios.
16. Generar un nuevo modelo de gestión de la Salud.
17. Demostrar que lo público es viable también en el Sector Salud.
18. La prestación de Servicios de Salud es rentable social y económicamente.
19. Disponer de sitios de mejores prácticas y de investigación para nuestros estudiantes y docentes.
20. Desarrollo Empresarial para nuestros estudiantes y egresados.
21. Venta de servicios y productos de Salud para el área de la Frontera y el nororiente colombiano.

VIABILIDAD TECNICA – ADMINISTRATIVA

11. Necesidad sentida de la población del departamento Norte de Santander.
12. Déficit en la disponibilidad de camas hospitalarias (estancia, uci y neonatales).
13. Aseguramiento de la población.
14. Ausencia de capacidad resolutive en los componentes de la red departamental de salud.
15. Déficit de tecnología de punta que permita dar solución a las necesidades y requerimientos de la población.

IPS UNIVERSITARIA

PROBLEMAS A ESTUDIAR

La urbanización descontrolada y la industrialización exponen a la población a nuevos riesgos: Accidentes laborales; exposición a sustancias tóxicas; ríos contaminados; radiación; contaminación del aire por el transporte y por la industria; ruido industrial, etc. Estos fenómenos que suelen formar parte de los procesos de desarrollo pueden dar lugar a cambios de los perfiles epidemiológicos, es decir, en los tipos de enfermedades que sufre la población.

PERSONAS VULNERABLES Y PROBLEMAS COMPLEJOS

- Niños
- Mujeres
- Ancianos
- Ciertos trabajadores
- Transición demográfica
- Transición epidemiológica
- Desplazamientos de personas

¿ACREDITACIÓN?

- El programa se prepara desde su autoevaluación para solicitar su acreditación de calidad al Ministerio de Educación nacional.
- Para lograr este objetivo, los propósitos inmediatos son la unificación del programa en la ciudad de Cúcuta y la conversión del Departamento de Medicina en Facultad de Medicina.

¿POSTGRADOS?

Conclusiones

“Quienes emprendan grandes obras de utilidad pública, tienen que estar a prueba de las dilaciones más fatigosas, las desilusiones más penosas, y los insultos más ofensivos... y lo que es peor aún...los juicios presuntuosos de los ignorantes”
Simón Bolívar.

Bibliografía

- Phillips, D. R. e Y. Verhasselt (1994), Health and Development, Routledge, Londres.
- PNUD (1998), Informe sobre el desarrollo humano. 1998, Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York.
- Strauss, J. (1993), "The Impact of Improved Nutrition on Labor Productivity and Human-Resource Development: An Economic Perspective", en Pinstrup-Andersen, P. (ed.), The Political Economy of Food and Nutrition Policies, International Food Policy Research Institute, The Johns Hopkins University Press, Baltimore y Londres, pp. 149-170.
- WHO (1999), The World Health Report 1999, World Health Organization, Ginebra.
- Normatividad Universitaria.

DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA, LA EPIDEMIA DEL SIGLO

Dr. Jorge Omar Pabón Laguado

Formación académica

- Médico general de la Universidad Industrial de Santander en 1981.
- Especialista en Medicina Interna de la Universidad Militar Nueva Granada en 1986.
- Especialista en Medicina Nuclear.

Experiencia profesional y docente

- Docente de Medicina Interna de la Universidad de Pamplona.
- Actualmente, Coordinador de Medicina Interna en la Clínica Santa Ana.
- Miembro Emérito de la ACMI

Objetivo

Enseñar la importancia creciente del conocimiento de las emociones y las actitudes de los médicos en la calidad asistencial.

Resumen

“AHORA VIVIMOS MEJOR, PERO NOS SENTIMOS PEOR” Luis Rojas Marcos

- Cada día es mayor el número de personas que se quejan de la ausencia de humanidad en el médico, que añoran la imagen idealizada del galeno de antaño, a pesar de que a menudo éste no podía hacer otra cosa que limitarse a confortar al enfermo con su presencia.
- El sentir, popular es que el médico del pasado era más humano, más consciente de las necesidades afectivas y espirituales del paciente, que los facultativos de hoy se distancian con demasiada frecuencia de los fines altruistas...
- Es evidente que los avances tecnológicos han disminuido considerablemente la importancia del contacto personal del médico con el paciente. La relación se establece prioritariamente a través de procedimientos, aparatos y remedios, a los que comprensiblemente se les atribuyen los beneficios **tangibles y reales** de la intervención

- Son bastantes los doctores que en privado opinan que dedicar tiempo al paciente para escucharle y confortarle es irrelevante para la efectividad de la intervención médica. Después de todo, sostienen, aun sin estos ingredientes **ritualistas y simbólicos**, la mayoría de los enfermos consigue mejorar en la mayor parte de los casos gracias a los adelantos de la ciencia.

HUMANISMO MÉDICO

- El trabajo: servicio médico.
- Sumo respeto, afecto y altruismo a favor del ser humano que necesita de ayuda.
- Colmado de valores humanos, éticos y de responsabilidad.
- Se ejercita con un compromiso personal y profesional eficiente.
- Generar confianza y reconocimiento en el paciente, su familia y la comunidad.

La deshumanización de la medicina es debida al **detrimento de valores en la sociedad**, que es una realidad que observamos a diario, en razón a diversos factores, como el detrimento del tiempo de los médicos para atender a los pacientes.

No debemos olvidar que un interrogatorio correcto con el enfermo es imprescindible y fundamental para el diagnóstico y tratamiento, constituyendo una parte esencial, pues de ella puede depender la confianza futura del paciente en el profesional. Una de las consecuencias de la deshumanización de la práctica es la medicina defensiva, argumento a la que acude el profesional ante el recelo de ser acusado por realizar una mala praxis.

El sistema vigente es rígido y requiere al médico en muchas ocasiones, anteponer el tiempo dedicado al paciente, a la eficacia, a la atención y consideración al paciente.

EMPATÍA MÉDICA

“Ser un buen médico implica no solo saber ciencia, sino también entender a las personas y saber ponerse en la piel del enfermo” Gonzalo Casino Fuente.

La Empatía clínica ya no es un adorno o un complemento, sino una competencia médica esencial y una actitud clínica imprescindible. Los estudios han comprobado que la empatía se asocia con una mayor satisfacción del enfermo, con un menor estrés del médico, menores errores y mejores resultados.

El concepto de Empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente.

Se define como la capacidad de entender las emociones de los pacientes, así como sus perspectivas y sus experiencias.

Relación Médico-Paciente

- Una relación médico-paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar.
- Esta relación es ahora tensa por el incremento en el diagnóstico basado en la tecnología, lo cual resulta en alejamiento del contacto al lado de la cama del paciente. Esto ha creado una percepción general de que los médicos se han desligado de la atención del paciente.
- Reconocer la empatía en los médicos en formación y en los que ya laboran un aspecto esencial en el desempeño profesional.

Componentes básicos

- Cognitivo
- Comprensión
- Comunicación
- Competencia ética
- Medicina ética => Medicina empática.

Atributos de la Empatía médica

21. Respeto.
22. Comportamiento prosocial.
23. Razonamiento moral.
24. Actitudes positivas hacia la gente.
25. Ausencia de demandas.
26. Habilidades para obtener la historia clínica y ejecución del examen físico.
27. Satisfacción del paciente.
28. Satisfacción personal.
29. Mejor relación terapéutica.
30. Buenos resultados clínicos.

Paciente hostil demandante

- La relación con cualquier enfermo es siempre un desafío para el clínico, pero hay pacientes que ponen al médico "contra las cuerdas"
- Con un paciente agresivo, exigente, arrogante o despreciativo con el médico, la relación es complicada y puede resultar en un fracaso. La familia interviene en la relación.

- BMJ Quality and safety: Frente a un paciente difícil, la precisión del diagnóstico desciende, especialmente cuando se trata de casos complejos.

¿Un médico empático nace o se hace?

- La idea tradicional de que la empatía es algo que no se puede inculcar desde las facultades sigue estando bastante extendida, y algo que el propio Gregorio Marañón reflejaba en sus escritos.
- **La empatía se puede preservar e incluso enseñar.** A pesar de las dificultades encontradas para definir y medir empatía, esta fue la conclusión a la que llegaron los autores de un meta-análisis reciente al respecto.
- Dos tipos de empatía, una “afectiva”, consistente en la respuesta emocional que produce el acto asistencial y una “cognitiva”, consistente en la capacidad de entender de forma “imparcial” la experiencia y emociones del paciente.

Estudios en estudiantes

- Un aspecto interesante encontrado, fue que el simple hecho de incluir a los estudiantes de Medicina en un grupo que premiaba la actitud humana mejoró su empatía.
- Quizás “humanizar” la Medicina sea tan fácil como colocar la empatía en el mismo nivel de importancia que saber diagnosticar un infarto, y premiarla al igual que se premia una matrícula de honor.
- Se aprecia una progresión de la empatía durante los cursos de medicina. Presentan mayor empatía las estudiantes femeninas, también mayor estrés empático. Los estudiantes masculinos presentan menor empatía, menor progresión de esta durante los cursos y menor estrés empático.
- Presentan menor empatía los estudiantes que prefieren la serie House y los que tienen familiares médicos.
- Presentan mayor empatía los estudiantes que han realizado voluntariado, y los que han tenido un amigo enfermo.
- No se halla relación entre empatía y especialidad deseada.

Conclusiones

“Hay que ser empático, lucir simpático, o por lo menos aparentar ser lo menos antipático”

- El desarrollo de relaciones interpersonales entre médicos y pacientes es de indiscutible importancia.
- Fallas en el entendimiento de la perspectiva del paciente genera problemas de comunicación que a su vez provoca insatisfacción en el paciente.
- En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca. De este modo, la Empatía se convierte en el vehículo para mejorar la relación interpersonal médico-paciente.
- Cabe mencionar que hay controversia sobre si es preferible si el estudiante o médico con baja empatía se dedique a una especialidad de menor contacto con el paciente.

Bibliografía

- Luis Rojas Marcos. Diario El País. 12 Junio de 1992.
http://elpais.com/diario/1992/06/11/opinion/708213606_850215.html.

Gonzalo Casino. Escepticismo. En la piel del paciente. Sobre los enfermos “difíciles”, la mala praxis y la enseñanza de la empatía. 12 de Julio de 2016.
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=89406>

Enfoque de masas anexiales y Hemorragia postmenopáusica

Dr. Julián Yáñez Hartmann

Formación académica

Médico cirujano. Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá (2006)

Especialista en Obstetricia y ginecología Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá (2006)

Sub especialista en Ginecología Oncológica – Instituto Nacional de cancerología – Universidad Militar Nueva Granada – Bogotá (2014)

Experiencia profesional y docente

- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario San Ignacio – Bogotá (2014).
- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario Erasmo Meoz – Cúcuta (actualmente)
- Docente del área de ginecología oncológica – Universidad de Pamplona-Cúcuta (actualmente)

Trabajos en investigación y publicaciones

- Adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical e intestinal a partir de un teratoma quístico maduro del ovario. Revista Colombiana de cancerología. 2015
- Leiomiomas de ovario: tumor infrecuente y de comportamiento agresivo. Revista Colombiana de Cancerología 2016 (en proceso).

Objetivos

- Reconocer a partir de datos epidemiológicos la importancia de conocer el enfoque diagnóstico que debe darse a entidades clínicas como las masas anexiales y la hemorragia postmenopáusica con miras al diagnóstico temprano de enfermedades oncológicas potencialmente relacionadas.
- Identificar datos epidemiológicos a cerca de la incidencia y mortalidad del cáncer de ovario y endometrio.
- Conocer la aproximación clínica de las masas anexiales de acuerdo a su localización, edad y estado reproductivo de la paciente.
- Reconocer la importancia de realizar una historia clínica completa y un examen físico minuciosos.

- Identificar las herramientas diagnósticas disponibles para el estudio de masas anexiales, entre estas los marcadores tumorales y las imágenes diagnósticas.
- Conoce los índices de riesgo de malignidad con mejores tasas de desempeño propuestos en la literatura actual como parte de la estratificación de masas anexiales benignas o malignas.
- Proponer un algoritmo de manejo en el que se agrupan las consideraciones clínicas y las herramientas diagnósticas para reconocer y tratar pacientes en riesgo potencial de cáncer de ovario
- Reconocer principios básicos en el manejo de masas anexiales en pacientes embarazada.
- Recaltar en el auditorio las características de las pacientes que necesariamente deben ser remitidas a la clínica de ginecología oncológica para ser tratadas.
- Identificar las principales causas de sangrado en pacientes postmenopáusicas estudiando los mecanismos fisiopatológicos subyacentes.
- Reconocer la aproximación diagnóstica en hemorragia uterina postmenopáusica, indicaciones de la ecografía pélvica transvaginal y biopsia endometrial.
- Conocer nociones del enfoque clínico y tratamiento de las pacientes con hiperplasia endometrial.

Resumen

Las masas anexiales y la hemorragia postmenopáusica corresponden a dos de las causas más frecuentes de consulta en ginecología.

De la identificación y orientación diagnóstica oportuna de estas entidades, dependerá también la pronta identificación y manejo de pacientes con potencial diagnóstico de cáncer de ovario y endometrio.

En relación a esto se calcula que del 13 al 21% de las masas resecadas quirúrgicamente corresponden a un carcinoma de ovario y el 10% de las pacientes con hemorragia postmenopáusica tienen diagnóstico subyacente de carcinoma de endometrio.

Lo anterior se refleja en las estadísticas reportadas para carcinoma de ovario según los datos publicados por Globocan 2012 donde Colombia presenta una incidencia de 5.89 /100.000 habitantes (siendo la séptima causa mas frecuente de cáncer en la mujeres colombianas) con una altísima letalidad reportada en 3.63/100.000 habitantes a una edad media de presentación de 63 años. Con respecto a los datos publicados en carcinoma de endometrio, en Colombia esta patología corresponde a la onceava causa mas frecuente cáncer en mujeres, con una incidencia calculada en 3.58/100.000 habitantes y una mortalidad de 0.91 /100.000 habitantes (19).

MASAS ANEXIALES

A pesar de que la mayor parte de las masas anexiales son benignas, el objetivo de la evaluación diagnóstica es excluir en todos los casos malignidad. Las decisiones en el manejo de las masas anexiales estarán influenciadas por aspectos tan relevantes como la edad, la localización anatómica o la historia familiar de la paciente (1).

Las masas anexiales se generan en su mayoría a partir del ovario o de la trompa de falopio. Sin embargo, otras estructuras ginecológicas pueden originar masas anexiales incluyendo el mesoovario o el mesosalpinx (ejemplo: quistes para tubáricos) (2).

Los leiomiomas uterinos pueden ser visualizados de igual manera como masas anexiales. Otras estructuras próximas también pueden dar lugar a masas anexiales como el tracto urinario (divertículo de la vejiga), del tracto gastrointestinal (abscesos apendiculares, abscesos diverticulares, o neoplasias intestinales), o tejido conectivo pélvico (quistes peritoneales) (1,2)

Con respecto a la presentación de masa anexiales durante el embarazo, se calcula una incidencia de 0.2 al 2%, con una tasa de malignidad de 1 a 6%, la gran mayoría de estas masas son benignas y corresponde a hallazgos incidentales(3). Se presentan los mismos tipos de masas que se presentan en las pacientes premenopáusicas, siendo los quistes funcionales (quistes del cuerpo lúteo, quistes teca luteínicos) los de mayor en el embarazo(4).

La historia clínica es vital en el diagnóstico de masas anexiales, debe valorarse especialmente la historia familiar de cáncer de mama y otros cánceres ginecológicos como endometrio y ovario, con historia conocida de presencia de mutación BRCA u otros síndromes hereditarios.

Algunos otros factores de riesgo para reconocer son la nuliparidad, obesidad, síndrome de ovario poliquístico, consumo de cigarrillo (2).

El examen físico también es parte fundamental de la aproximación clínica de estas masas cuya realización tiene una sensibilidad del 45% con una especificidad del 90%. Actualmente se cuestiona su desempeño en el diagnóstico de masa anexiales en pacientes asintomáticas.

Siempre debe realizarse valoración pélvica en pacientes que se encuentre sintomáticas, garantizándose valoración con espéculo, presencia de posibles adenopatías en cuello e inguinal (1).

La sintomatología más frecuente corresponde a la presentación de dolor abdominal o pélvico, incremento del perímetro abdominal, distensión abdominal, plenitud gástrica y debe generar alarma cuando se presenta más de 12 veces por mes en menos de 12 meses de duración (2).

AYUDAS DIAGNÓSTICAS – MARCADORES TUMORALES

Históricamente un amplio espectro de citoquinas, factores de crecimiento, factores de adhesión molecular, proteasas, hormonas, factores de coagulación, reactantes de fase aguda, factores de apoptosis han sido investigados como marcadores serológicos en el diagnóstico de cáncer de ovario, ninguno de estos, excepto el Ca 125, ha sido aplicado en la práctica clínica diaria (5).

CA 125: (ANTÍGENO DE CÁNCER 125) es una glicoproteína codificada por el gen MUC 16 en el cromosoma 19. Su valor superior se ha establecido en 35 UI/ml.

La expresión de CA 125 se evidencia en el 85% de los carcinomas serosos, 65% de los carcinomas endometrioides, 40% de los tumores de células claras, 36% en los carcinomas indiferenciados y solos en el 12% de los tumores mucinosos de ovario.

El Ca 125 puede encontrarse normal hasta en el 25% de los pacientes con cáncer de ovario y en cerca de la mitad de los pacientes en estadios tempranos lo que reduce considerablemente la sensibilidad de este marcador y adicionalmente se encuentra elevado en muchas condiciones no malignas lo que afecta significativamente la especificidad.

La causa más importante de falsos positivos es la endometriosis; en cerca de dos tercios de las pacientes con quistes endometriósicos, los niveles de CA125 exceden el valor normal(5).

EL HE4 (proteína del epidídimo humano 4) es una glucoproteína codificada por el gen WFDC2 (cromosoma 20).

Se encuentra presente en el epitelio de las trompas de falopio, endometrio, glándulas cervicales, no se presenta en la superficie epitelial del ovario. Su expresión también se ha notado en el epitelio del tracto respiratorio (especialmente la tráquea) y en las glándulas salivales.

La expresión elevada de HE4 se observa en el 80% de los carcinomas serosos, 80 – 100% de los carcinomas endometrioides y en el 50 a 83% de los tumores de células claras del ovario y se encuentra ausente en el carcinoma mucinoso del ovario.

El HE4 se encuentra elevado en más del 50% de los pacientes con cáncer con niveles de CA 125 normales y se encuentra menos frecuentemente elevado que el CA 125 en tumores de ovario benignos como quistes serosos, teratomas, fibromas o lesiones inflamatorias tanto en mujeres premenopáusicas como postmenopáusicas. Los niveles de HE4 se elevan mucho menos frecuentemente que el CA 125 en casos de endometriosis (3% vs 67%), HE4 se encuentra en concentraciones muy bajas durante el embarazo, tampoco se altera con los ciclos menstruales (5).

Existen otros marcadores tumorales útiles en el estudio de masas anexiales, El Antígeno carcino embrionario y el Ca 19.9 son útiles para el estudio de posibles lesiones de origen gastrointestinal. La HCG, AFP y LDH son útiles para el estudio de masas anexiales en pacientes jóvenes, la mayor parte de ellas en edad reproductiva en quienes quiera descartarse la presencia de Tumores germinales.

La Inhibina B se emplea en el estudio de tumores de células de la granulosa.

La solicitud de estos marcadores debe orientarse de acuerdo a la edad de la paciente, la clínica presentada sumada a las características epidemiológicas e historia natural de la enfermedad de los diferentes grupos de tumores que quieran descartarse para cada caso particular.

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

ECOGRAFÍA PÉLVICA TRASNvaginal

La valoración de la escala de grises y del doppler color es la primera línea para caracterizar las masas anexiales.

Tiene una sensibilidad 91% y una especificidad del 96%. Sólo una pequeña proporción (6-8%) de las masas no pueden ser clasificadas como benignas o malignas cuando se usa la aproximación subjetiva.

La habilidad de caracterizar una masa anexial correctamente con ecografía transvaginal cuando se usa la aproximación subjetiva de la escala de grises y del doppler color claramente mejora a media que aumenta la experiencia del operador (6).

El objetivo de la valoración con el doppler color es incrementar la especificidad de la escala de grises, sin embargo el rol actual de la valoración con doppler color en la evaluación de masas pélvicas sigue siendo controversial porque los valores de los índices calculados (índice de resistencia, índice de pulsatilidad y la velocidad sistólica máxima) suelen sobreponerse entre masas benignas y malignas.

En el caso de las masas anexiales no clasificables el desempeño de la ecografía es limitado con una pobre sensibilidad calculada entre el 57- 70% con una especificidad solo del 60 al 77%. Estas pacientes serán candidatas a la aplicación de un test secundario (valoración mediante algún índice de valoración de riesgo).

Las masas anexiales no clasificables tiene ciertos hallazgos morfológicos típicos: son masas más grandes, tienen apariencia unilocular – sólida o multilocular - sólida, con paredes irregulares y proyecciones papilares. La mayor parte de los tumores no clasificables después de la valoración subjetiva son benignos, solo un 16% corresponden a cánceres invasivos y 14% a tumores border line (6).

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y TAC ABDOMINO PÉLVICO

La RNM tiene una sensibilidad del 92% (89-95%) y una especificidad 88% (84-92%).

El uso de la RNM está limitado a aclarar el diagnóstico de las masas de ovario cuando los hallazgos ecográficos son inciertos.

En el caso de una clasificación difícil algunos estudios soportan el uso de RNM comparado con otras modalidades de imagen (ecografía con escala de grises combinada con Doppler o Tomografía computarizada) (7)

El mejor uso de tomografía de abdomen no es detectar ni caracterizar masas pélvicas sino lograr la evaluación del abdomen y las posibles metástasis cuando se sospecha cáncer basados en las imágenes de ecografía transvaginal.

La tomografía permite la identificación de metástasis en omento, implantes peritoneales, ganglios aumentados de tamaños pélvicos o para aórticos(7).

ÍNDICES DE VALORACIÓN DEL RIESGO

ÍNDICE DE JACOBS – INDICE DE RIESGO DE MALIGNIDAD

El índice de riesgo de malignidad (IRM) es el modelo predictivo mas frecuentemente usado con una sensibilidad de 72% (67-76%) y una especificidad de 92% (89-93%) usando un nivel de corte de 200 (5).

Es una herramienta diagnóstica práctica, que incluye la valoración de los hallazgos ecográficos, el estado de postmenopausia o no de la paciente y el valor del CA 125. De acuerdo a los hallazgos se asignará un puntaje para cada criterio lo que al multiplicarse entre sí, genera un puntaje final (mayor o menor a 200), permitiendo así la aproximación al riesgo corresponder a un carcinoma de ovario.

ÍNDICE DE ROMA

Éste índice utiliza concentraciones séricas de CA125 y HE4 cuyos valores son utilizados en esta fórmula matemática elaborada de forma separada para pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas.

De acuerdo al valor de corte establecido por los autores, un índice de ROMA > 13.1% en pacientes premenopáusicas y > 27.7% para pacientes postmenopáusicas es indicativo de alto riesgo de malignidad (5).

Se registra una sensibilidad del 93.8% (88.9% para pacientes premenopáusicas y 94.6% para pacientes postmenopáusicas) con una especificidad de 75% en el diagnóstico de cáncer de ovario (8).

MÓDELO DE REGLAS SIMPLES

El modelo de simples reglas del IOTA GROUP (International Ovarian Tumor Analysis) muestra una sensibilidad del 93% (89-95%) y de 81% (76-85%). Los datos publicados actualmente proponen las estrategias IOTA como los test primarios para caracterizar masas anexiales.

Este sistema está basado en la valoración de cinco hallazgos ecográficos sugestivos de lesión maligna (hallazgos m) y cinco hallazgos ecográficos sugestivos de lesión benigna (hallazgos b) (9)ⁱⁱⁱ.

Dentro de los hallazgos M se encuentran:

- M1: Tumor sólido e irregular
- M2: Presencia de ascitis
- M3: Al menos 4 estructuras papilares
- M4: Tumor sólido multilocular irregular cuyo diámetro mayor es ≥ 100 mm
- M5: Flujo sanguíneo muy fuerte (escala del color 4)

Dentro de los hallazgos B se encuentran:

- B1: Unilocular
- B2: presencia de componentes sólidos, en donde el componente sólido más grande tenga un diámetro < 7 mm
- B3: Presencia de sombras acústicas
- B4: Tumor multilocular con un diámetro < 100 mm
- B5: No hay flujo sanguíneo (escala de color 1)

De acuerdo a estos hallazgos se establecen las siguientes reglas

- REGLA 1: Si están presentes uno o más Hallazgos M, en ausencia de Hallazgos B, la masa es clasificada como maligna.
- REGLA 2: Si están presentes uno o más Hallazgos B, en ausencia de Hallazgos M, la masa es clasificada como benigna.
- REGLA 3: Si están presentes tanto Hallazgos M como Hallazgos B o si no hay Hallazgos M ni hallazgos B presentes, Los hallazgos son no conclusivos. Se recomienda la aplicación segunda prueba (estudio complementario por resonancia magnética o valoración subjetiva por un evaluador experto).

En las revisiones de literatura se considera que el sistema de reglas simples puede ser aplicable al 79 – 89% de todas las masas anexiales

REGRESIÓN LOGÍSTICA 2: Este modelo usa 6 variables:

- Edad de la paciente (años)
- Presencia de ascitis (Sí: 1) (No: 0)
- Presencia de flujo sanguíneo con proyecciones papilares (Si: 1) (No:0)
- Máximo diámetro del componente sólido (en MM)
- Paredes internas irregulares del quiste (Si: 1) (No: 0)
- Presencia de sombras acústicas (Si: 1) (No: 0)

Estos valores son calculados mediante una relación matemática para establecer la probabilidad de malignidad para una masa anexial. Se propuso el corte de probabilidad del 10% para clasificar tumores como benignos o malignos basados en el sistema de Regresión Logística 2. La ventaja de este modelo matemático

por encima del sistema de reglas simples es que puede ser aplicado a todo tipo de tumores(6).

EVALUACIÓN Y MANEJO

Para la orientación y manejo de las masas anexiales debe partirse desde la verificación de la edad reproductiva de la paciente como punto de partida esto permitirá descartar causas asociadas a posibles gestaciones tempranas, endometriosis o entidades inflamatorias frecuentes en el grupo de pacientes premenopáusicas. Este grupo de pacientes será valorado con una BHCG inicial y estudio ecográfico.

En el caso de las pacientes postmenopáusicas se realizará estudio ecográfico con miras a identificar hallazgos ecográficos de alarma: evidencia de septos, papilas, bilateralidad componente sólido o bilateralidad. Estos hallazgos se analizan junto con el reporte de marcador tumoral CA 125. Si se obtiene un IRM bajo se sugiere hacer ecografía de control en un intervalo de tiempo de 4 a 12 semanas (10), de persistir los hallazgos anormales se remitirá a valoración por ginecología oncológica. Si por el contrario, se obtiene un Índice de Riesgo de Malignidad elevado debe remitirse a valoración por ginecología oncológica para valorar posibilidad de manejo quirúrgico (2).

MASAS ANEXIALES DURANTE EL EMBARAZO

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS: Tanto el IOTA Modelo de Regla Simple como el Modelo de regresión logística 1 y 2 son herramientas que permiten la clasificación de más del 75% de las masas anexiales, con una buena sensibilidad y especificidad en pacientes pre y postmenopáusicas sin embargo no hay estudios hasta el momento de validación especial para el grupo de pacientes embarazadas con masas anexiales. Sin embargo se considera que estos modelos pueden ser útiles también durante el embarazo (4)

El uso de la Resonancia nuclear magnética es seguro durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, sin embargo el uso de gadolínico o material de contraste debe restringirse debido a que no se ha establecido la seguridad fetal de su uso.

Solo se recomienda el uso de la RNM cuando el diagnóstico ecográfico es dudoso, cuando las masas son muy grandes para ser estudiadas completamente a través de la ecografía o cuando existe una alta sospecha de malignidad.

-MARCADORES TUMORALES: la seguridad y utilidad de los marcadores tumorales en el diagnóstico y caracterización de los tumores durante el embarazo aún sigue siendo debatida. La elevación de los marcadores tumorales durante el embarazo son en la mayor parte de los casos asociados con cambios fisiológicos normales en el embarazo(4).

El CA 125 también es producido por las células de la decidua y del amnios especialmente durante el primer y tercer trimestre del embarazo. Otros marcadores de tumores de células germinales (AFP – B- HCG) y para tumores de células de la granulosa (Inhibina B) también pueden elevarse en un embarazo normal y solo pueden ser usados en el contexto del seguimiento(4).

REDUCIR ERRORES, EL RETO DE LA MEDICINA

Dr. Roberto Esguerra. American College Of Physicians

Formación académica

Médico Ginecólogo. Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá (2006)

Especialista en Obstetricia y ginecología Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá (2006)

Sub especialista en Ginecología Oncológica – Instituto Nacional de cancerología – Universidad Militar Nueva Granada – Bogotá (2014)

Experiencia profesional y docente

- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario San Ignacio – Bogotá (2014).
- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario Erasmo Meoz – Cúcuta (actualmente)
- Docente del área de ginecología oncológica – Universidad de Pamplona-Cúcuta (actualmente)

Objetivos

- Adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical e intestinal a partir de un teratoma quístico maduro del ovario. Revista Colombiana de cancerología. 2015
- Leiomiomas de ovario: tumor infrecuente y de comportamiento agresivo. Revista Colombiana de Cancerología 2016 (en proceso).

HEMORRAGIA UTERINA POSTMENOPÁUSICA

El sangrado postmenopáusico se define como la presencia de cualquier sangrado en una mujer postmenopáusica y que no se encuentre relacionado con el influjo hormonal exógeno (pacientes con terapia de reemplazo hormonal) (11).

La hemorragia uterina postmenopáusica corresponde al 5% de las consultas en ginecología en general..

El sangrado vaginal anormal ocurre en 4 a 11% de las pacientes postmenopáusicas.

La incidencia de sangrado vaginal postmenopáusico disminuye a medida que aumenta la edad desde que ocurre la menopausia.

Todas las mujeres con sangrado uterino no explicado deben ser evaluadas para descartar carcinoma de endometrio, dado que esta puede ser la causa del sangrado en el 10% de las pacientes (rango entre 1 y 25% dependiendo de los factores de riesgo subyacentes). Sin embargo la mayor parte de los casos en este grupo de edad son causados por atrofia en la mucosa vaginal o el endometrio. (20)

Las causas más comunes de sangrado postmenopáusico correspondieron a Cáncer (6.6%) hiperplasia atípica 0.2%), hiperplasia sin atipia (2.0%), pólipo (37.7%), miomas (6.2%), atrofia/ hipotrofia 30.8% (12).

Algunos estudios han tratado de definir la prevalencia de patología endometrial en pacientes postmenopáusicas asintomáticas, concluyéndose que el riesgo para anormalidad endometrial en este grupo es de 17 a 18%. En las pacientes asintomáticas las anormalidades más comunes encontradas fueron atrofia y pólipos (12)

ATROFIA ENDOMETRIAL

El hipoestrogenismo causa atrofia del endometrio y de la vagina. En el útero la superficie endometrial atrófica ocasionalmente puede contener pequeños fluidos que previenen la fricción intracavitaria. El resultado en las microlesiones de la superficie del epitelio por la fricción que no pudo ser evitada genera una reacción inflamatoria crónica (endometritis crónica) con microlesiones de la superficie del epitelio produciéndose el sangrado.

Paradójicamente es en el lecho atrófico donde se desarrollan la mayor cantidad de adenocarcinomas y solo el 15 al 20% de este se genera a partir de endometrio hiperplásico, indicando así, que la estimulación estrogénica sin oposición no es infrecuente después de la menopausia.

En la explicación histológica de la hemorragia uterina postmenopáusica en pacientes con atrofia endometrial se considera que al menos la mitad de las pacientes con atrofia endometrial pero sin evidencia de enfermedad tienen patrón débilmente proliferativo (no inactivo) con patrón difuso o focal y el resto presentan endometrio atrófico inactivo.

Se sugiere que el endometrio atrófico débilmente proliferativo presenta respuesta a bajos niveles de estimulación estrógenica. Este endometrio no inactivo tiene un potencial carcinogénico pequeño(13).

Sumado a esto, las mujeres postmenopáusicas tienen una habilidad incrementada de convertir androstenediona (principalmente de origen adrenal) en estrona (aromatización periférica) en el tejido adiposo, usando la enzima aromatasa. La conversión periférica aumenta con el incremento del peso corporal (incremento en el número de células grasas) y con la edad avanzada (incremento en la actividad específica de la aromatasa).

La estrona es el estrógeno más importante en la carcinogenesis endometrial.

El endometrio postmenopáusico, inactivo o débilmente proliferativo conservan los Receptores de estrógeno y de progesterona, pero solamente el endometrio débilmente positivo muestra una alta actividad angiogénica y proliferativa (Ki-67), sobre el cual actúa la estrona producida a partir de la aromatización periférica, y al carecerse de oposición puede generarse sobre este tejido un carcinoma de endometrio tipo II (13).

CARCINOMA DE ENDOMETRIO

La edad promedio de presentación es 61 años, más del 95% de las mujeres con cáncer de endometrio sangran.

Existen dos categorías histológicas de carcinomas endometriales, que difieren en incidencia, respuesta a estrógenos y pronóstico.

Tipo I: incluyen los tumores endometrioides grado 1 o 2, corresponden al 80% de los carcinomas endometriales, tienen un pronóstico favorable, y pueden estar precedidos por neoplasia intraepitelial.

Tipo II: corresponden al 10 al 20% de los carcinomas endometriales. Estos incluyen los tumores grado 3 y los tumores de histología no endometrioide: seroso, de células claras, carcinosarcoma. Estos tumores son de alto grado y tienen pobre pronóstico (11).

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Se define como la proliferación irregular de las glándulas del endometrio con un incremento en la relación glándula /estroma cuando se compara con el endometrio proliferativo.

La hiperplasia endometrial se desarrolla cuando los estrógenos sin oposición por progesterona, estimulan el crecimiento de las células endometriales por unión a los receptores de estrógenos en el núcleo de la célula endometrial.

La clasificación histológica actual según la WHO (World Health Organization) clasifica la hiperplasia en dos grupos basados en la presencia de atipia citológica.

Hiperplasia sin atipia

Hiperplasia atípica

La complejidad de la arquitectura (criterio tenido en cuenta en clasificaciones antiguas) ya no hace parte de esta clasificación (14)

POLIPOS Y LEIOMIOMAS

Los pólipos corresponden a Hiperplasia de las glándulas endometriales y el estroma; forman una proyección desde la superficie del endometrio, en el 95% de los casos son benignos. Los polipos endometriales son comunes y afectan a más

del 20% de las pacientes postmenopáusicas. Estos también pueden estar asociados a malignidad: se calcula que el riesgo de cáncer endometrial en mujeres con polipos endometriales puede estar entre 4.8 a 5.8%. Los carcinomas restringidos a los polipos se presentan en 0.3%.

El manejo quirúrgico en las pacientes sintomáticas se realiza mediante resección histeroscópica o curetaje endometrial (15).

Los leiomiomas son los tumores más comunes en las mujeres durante la edad reproductiva. Son nódulos benignos, de origen unicelular, asintomáticos en más del 50% de los casos. Aunque la mayor parte de los síntomas debidos a miomatosis uterina se presentan en pacientes premenopáusicas, sin embargo también pueden representar una causa infrecuente pero posible en las pacientes postmenopáusicas (16)

ENFOQUE DIAGNÓSTICO

El objetivo del diagnóstico está orientado a descartar enfermedad maligna o premaligna. La elaboración de una historia clínica completa permite la identificación de factores de riesgo para carcinoma de endometrio.

Toda paciente con sangrado postmenopáusico sin importar la cantidad del mismo (manchado o hemorragia moderada) debe ser sujeta a realización de examen físico completo, palpación de cadenas ganglionares, mamas y axilas.

Realización imprescindible de especuloscopia para descartar lesiones vaginales o cervicales relacionadas con la sintomatología.

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

La dilatación y el curetaje había sido considerado el método preferido para obtener una muestra de tejido pero con el uso de la cureta de Pipelle se ha obtenido un mejor rendimiento diagnóstico con un valor predictivo positivo de 81.7% y un valor predictivo negativo de 99.1%.

La cureta de Pipelle es el instrumento más sensible:

Sensibilidad en Cáncer de endometrio (99,6% en pacientes postmenopáusicas)

Sensibilidad en Hiperplasia atípica (81%)

Especificidad (98 – 100%)

Limitaciones en la obtención de especímenes adecuados para diagnóstico en pacientes con grosor endometrial < 5mm

Si no es posible obtener una muestra adecuada el paciente debe remitirse a realización de dilatación y curetaje. De igual manera si los síntomas persisten a pesar de una biopsia con resultado benigno.

INDICACIONES DE REALIZACIÓN BIOPSIA DE ENDOMETRIO CON O SIN HISTEROSCOPIA

- Cuando un paciente no puede tolerar una biopsia endometrial de oficina
- Después de una biopsia no diagnóstica
- Sangrado persistente en mujeres con histología benigna en biopsia endometrial
- Tejido insuficiente para el análisis en la biopsia
- Estenosis cervical
- Cuando hay reporte de hiperplasia atípica en biopsia endometrial

ECOGRAFÍA PÉLVICA TRANSVAGINAL

La ecografía es un método no invasivo, costo efectivo. Útil en la valoración del grosor endometrial. La técnica ecográfica supone la Visualización en el corte sagital del útero y medición de la doble capa endometrial en la dimensión antero posterior desde una capa basalis hasta la otra (17).

Si existe fluido en la cavidad endometrial , este no será incluido en la medición , se medirán las dos capas endometrial por aparte sumando los resultados

Con un corte de 5 mm: Sensibilidad para diagnóstico de cáncer 96% (18)

Conclusiones

La caracterización de las masas anexiales es esencial para priorizar el apropiado manejo. La realización de una cirugía innecesaria genera importantes riesgos. Deben limitarse las fallas en el reconocimiento del cáncer de ovario, lo que tiene un impacto significativo en el pronóstico de esta enfermedad.

La ecografía pélvica es la primera línea en el estudio de las masas anexiales. La aproximación para discriminar entre masas benignas o malignas parte del análisis subjetivo de la escala de grises y el Doppler y dependerá en gran parte de la experiencia del examinador.

El uso de los índices de valoración de malignidad: regresión lineal 2 y de reglas simples desarrollada por IOTA representan actualmente el mejor modelo basado en hallazgos ecográficos y la mejor estrategia para el uso en la práctica clínica

Una ventaja de las estrategias dl IOTA para diagnosticar cáncer de ovario es que ofrece criterios nuevos que pueden ser usados para definir masa indeterminada en cuyo caso requiere una prueba adicional

El 10% de las pacientes que presentan sangrado postmenopáusico, tienen cáncer de ahí la importancia de una aproximación diagnóstica adecuada para reconocer los casos con riesgo potencial de enfermedad oncológica.

La etiología más frecuente de la hemorragia postmenopáusica es la atrofia endometrial, asociado a esto se encuentra la terapia de reemplazo endometrial, la hiperplasia endometrial, pólipos y miomas intracavitarios.

Cualquier sangrado en la postmenopausia requiere ser estudiada con el objetivo de excluir malignidad

La aproximación inicial en hemorragia postmenopáusica puede hacerse mediante la realización de ecografía pélvica transvaginal o biopsia endometrial.

En presencia de una biopsia endometrial no diagnóstica se requiere la toma de una nueva mediante otra técnica y realización de ecografía pélvica tv.

En caso de persistencia de los síntomas, aun ante la presencia de una biopsia previa negativa, deberá tomarse una nueva biopsia.

SEGURIDAD INFORMÁTICA EN SALUD Y EN TELEMEDICINA

Dr. Karim Nader

Formación académica

Médico general de la Universidad del Norte, Barranquilla.

Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán.

Especialista en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública.

Maestría en Salud Pública de la Universidad del Valle.

Experiencia profesional y docente

Decano de la Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona (2007)

Docente de tiempo completo en las asignaturas de Epidemiología, Salud Pública y Salud Ocupacional del Programa de Medicina de la Universidad de Pamplona (actualmente)

Objetivo

Reconocer la influencia del programa de Medicina de la Universidad de Pamplona a nivel local, regional y nacional.

Resumen

REFLEXIONES SOBRE LA INFLUENCIA DE LAS UNIVERSIDADES A NIVEL LOCAL Y REGIONAL

Consecuencias económicas directas:

- Empleadores importantes de personal de un nivel relativamente alto con un poder adquisitivo considerable en el ámbito local.
- Los estudiantes pueden ejercer una influencia local directa mediante las compras locales y constituyen una adición neta a la economía regional en la medida en que procedan de una zona distinta a aquella en que se encuentra la universidad.
- Movilización de becas y contratos de investigación, asesoría, intercambios de investigadores y creación de empresas.

- La enseñanza y la contratación de graduados por parte de empresas regionales.
- Circulación de los estudiantes desde distintas carreras hasta que llegan a ocupar empleos en el ámbito local, regional y nacional.
- La medicina y las ciencias sociales proporcionan beneficios comunitarios directos.
- Proporcionar líderes importantes en la sociedad civil local.
- Preservar cultura y humanidades.

CAPITAL HUMANO

Economía de aprendizaje:

- El saber qué: los hechos y las informaciones.
- El saber por qué: los principios y leyes necesarios para limitar el ensayo y error.
- El saber cómo (conocimientos técnicos): las aptitudes y capacidades para hacer algo y que se suelen adquirir en el lugar de trabajo.
- El saber quién: es la información sobre quién sabe cómo hacer qué y la capacidad social de establecer relaciones con grupos especiales a fin de inspirarse en su experiencia.

SALUD Y DESARROLLO

- La salud de la población y de los individuos está intrínsecamente unida a su desarrollo.
- El desarrollo en el sentido amplio del término, implica cambios e incluso importantes alteraciones de la salud y del entorno de las personas. Pero, del mismo modo, el estado de salud de la población es un factor que condiciona el desarrollo.
- Una salud precaria disminuye la capacidad laboral y la productividad de las personas, algo que afecta sobre todo a los pobres, por cuanto son ellos los que realizan los trabajos que exigen un mayor esfuerzo físico.
- Una mala salud afecta al desarrollo físico de los niños, así como a su escolarización y aprendizaje. Como consecuencia, si ampliamos estas circunstancias al conjunto de la población, se puede constatar el fuerte freno que las enfermedades imponen al crecimiento económico y al desarrollo en general.

- A la inversa, diferentes estudios, como los analizados por Strauss (1993:149-163), prueban la relación que existe entre la mejora nutricional y de la salud con el incremento de la productividad (especialmente cuando se parte de niveles bajos de consumo y en actividades intensivas en mano de obra), así como en la asistencia y el rendimiento escolar.
- El desarrollo puede romper el clásico círculo de retroalimentación existente entre la pobreza y la mala salud. El desarrollo económico posibilita disponer de mayores recursos con los que financiar la mejora de la salud medio ambiental, la realización de campañas de salud pública, y, sobre todo, el establecimiento de un sistema sanitario cuyos servicios de salud cubran también a los sectores más vulnerables, por ejemplo mediante la extensión de la atención primaria de la salud.
- Los programas de desarrollo social, como los de educación y alfabetización han contribuido decisivamente a elevar el nivel de salud al facilitar las mejoras en la alimentación, la higiene y la salud reproductiva.
- El desarrollo socioeconómico, particularmente si alcanza equitativamente a la población (aunque generalmente no sea éste el caso), también permite mejoras en las condiciones de vivienda y de otros servicios básicos.

SALUD Y CRECIMIENTO ECONÓMICO

13. Reduce las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores.
14. Permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, pueden quedar total o parcialmente inaccesibles e inexplorados.
15. Aumenta la escolarización de los niños y les permite un buen aprendizaje.
16. Libera para diferentes usos aquellos recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de enfermedades.

En términos relativos, las ventajas económicas de una buena salud son mayores para la población pobre, que por lo general es la más afectada por las discapacidades que provoca una salud precaria y están en situación de beneficiarse al máximo de la explotación de los recursos naturales infrautilizados.

PROGRAMA DE MEDICINA: ESTUDIOS DE VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD: 2004.

- Colombia: médicos generales: 1.6 por cada 1000 habitantes
- Norte de Santander: 0.3 por cada 1.000 habitantes (2001). Población de Cúcuta 732.600 habitantes. Norte de Santander: 1.750.685; 18% en edad de formación universitaria.
- Alta prevalencia y diversidad de enfermedades endémicas emergentes y reemergentes

- Necesidad de generar investigación científica disciplinar e interdisciplinar en medicina y salud a nivel local y regional.
- Los permanentes desplazamientos y oleadas migratorias. Violencia.
- La necesidad sentida de educación en salud y medicina (democratización medica).
- La carencia de una facultad que ofertara el programa de medicina en la ciudad de Cúcuta y su área de influencia nororiental.
- Dependencia total de médicos formados en otras latitudes diferentes a las particularidades del contexto regional. Vulnerabilidad y riesgo epidemiológico por la condición de frontera.
- La valoración de la ciudad de Cúcuta como un polo de desarrollo nacional y binacional. Región pluricultural.
- Consolidación de la Facultad de Salud. Complementariedad para cubrir la diversidad de saberes en el conocimiento científico de la salud humana.
- Concepción integral: relación inseparable con el medio cultural, social, económico, político y natural (holística).

NORMAS

- Acuerdo N° 032 del 16 de Marzo de 2004.
- Registro Calificado 5882 del 13 de Diciembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional y código de registro ICFES 121246100005451811500.
- Cohorte 1: enero 2006.
- Acuerdo 041/2002, organización y estructura curricular de la Universidad de Pamplona, 4 componentes de formación profesional: básica, complementaria, profesional específica y de profundización.

PEDAGOGÍA

El pensamiento pedagógico: constructivista-cognitivo

- Centrado en los intereses del estudiante.
- Procesos de aprendizaje significativo.
- Utilización de métodos de enseñanza-aprendizaje basados en la resolución de problemas.
- Objetivo fundamental :
 - Autoaprendizaje.

- Desarrollo de competencias del saber aprender, saber hacer, saber comunicar, saber convivir.
- Práctica pedagógica cotidiana real:
 - Sistema clásico de enseñanza-aprendizaje.
 - Con contenidos organizados en áreas y asignaturas.
 - Centrado en la tradicional transmisión de conocimientos del profesor al alumno.
 - Evaluación mensurable y cuantitativa de resultados y logros de aprendizaje.
- Ir más allá del modelo hipocrático clásico patocéntrico, biologicista, positivista, mecanicista y ahistórico, centrado en el diagnóstico y la curación.
- Para ir posibilitando y sembrando en la mente del estudiante, una equidad discursiva entre el paradigma biomédico clásico y el socio-medico, más determinado por el aprendizaje, la investigación y la aplicación de los principios biopsicosociales que rigen el bienestar integral del ser humano.
- Desde sus inicios se buscó fortalecer el conocimiento de la atención médica en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo como eje de acción la salud pública familiar y comunitaria, una atención en salud centrada en el paciente, que pasa a ser un protagonista activo y auto-responsable de su bienestar integral.

REESTRUCTURACIONES Y AJUSTES

- Acuerdo N° 055 de Consejo Académico del 21 de Julio de 2006
- Acuerdo N° 034 del 29 de Marzo de 2007
- Acuerdo N° 011 de 31 de Marzo de 2009
- Acuerdo N° 061 de 26 de septiembre de 2011, aprueba el reglamento de prácticas formativas y de docencia-servicio
- 2010, acorde con el desarrollo y consolidación académica, el Comité de Programa de Medicina, teniendo como finalidad la consolidación del programa, decide trasladar a la ciudad de Cúcuta sus actividades formativas a partir del tercer semestre, ofreciéndose en Pamplona el primero y segundo semestre académico.

MEDICINA DE ALTA CALIDAD. USO EFICIENTE DE LOS MEDIOS DIAGNÓSTICOS.

Dr. Rolf Alwers Cock. American College Of Physicians

Formación académica

Médico general de la Universidad del Nacional, Bogotá.

Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Manuela Beltrán.

Especialista en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública.

Experiencia profesional y docente

Decano de la Facultad de Salud de la Universidad de Pamplona (2007)

Docente de tiempo completo en las asignaturas de Epidemiología, Salud Pública y Salud Ocupacional del Programa de Medicina de la Universidad de Pamplona (actualmente)

Objetivos

- El Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución número 14544 de 16 de Octubre 2013 renueva el Registro Calificado al programa de Medicina de la Universidad de Pamplona por un término de siete años.
- Acuerdo N° 138 de Consejo Académico del 09 de Diciembre de 2014.

ESE FPS/ISS ESTUDIO TÉCNICO EVALUACIÓN ADMINISTRATIVA – MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.

“La E.S.E. F.P.S. presenta problemas estructurales y de gestión que limitan gravemente la competitividad de la Institución y amenazan su futuro inmediato, poniendo en riesgo la prestación de servicios de salud, pues presenta desequilibrios presupuestales recurrentes y pérdidas operacionales que comprometen su sostenibilidad financiera no dejando margen de recursos para aplicar a inversión física, reposición tecnológica o desarrollo empresarial; factores primordiales para el mejoramiento de los servicios de salud”.

JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

Misión Universidad de Pamplona: “Formar profesionales integrales, que sean agentes generadores de cambio, promotores de la paz, la dignidad humana y el desarrollo nacional.”

DESARROLLO DE LA U.P. EN LOS ULTIMOS AÑOS:

Años 90----- 2400 Estudiantes

Actualmente----- 31000 Estudiantes

Pregrado presencial-- 15527 Estudiantes

Del Total de estudiantes de Pregrado Presencial: 4506---Facultad de Salud (2008)

PLAN DE DESARROLLO U.P:

Sectores estratégicos que permitan afianzar su liderazgo en la sociedad:

10. Desarrollo científico-tecnológico, humanístico cultural y artístico.
11. Desarrollo del Talento Humano, de la cultura organizacional y del bienestar universitario.
12. Proyección de la Universidad a nivel regional, nacional e internacional.

HOSPITAL UNIVERSITARIO (Ley de Talento Humano)

Es una IPS de Salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser Hospital de enseñanza y practica supervisada por autoridades académicas competentes, que ofrece formación y atención medica en cada uno de los niveles de complejidad; comprometido con las funciones esenciales de la Universidad las cuales son formación investigación y extensión.

HOSPITAL UNIVERSITARIO-IPS UNIVERSITARIA

22. Oportunidad para mejorar la calidad del servicio a los usuarios.
23. Generar un nuevo modelo de gestión de la Salud.
24. Demostrar que lo público es viable también en el Sector Salud.
25. La prestación de Servicios de Salud es rentable social y económicamente.
26. Disponer de sitios de mejores prácticas y de investigación para nuestros estudiantes y docentes.
27. Desarrollo Empresarial para nuestros estudiantes y egresados.
28. Venta de servicios y productos de Salud para el área de la Frontera y el nororiente colombiano.

VIABILIDAD TECNICA – ADMINISTRATIVA

16. Necesidad sentida de la población del departamento Norte de Santander.
17. Déficit en la disponibilidad de camas hospitalarias (estancia, uci y neonatales).
18. Aseguramiento de la población.
19. Ausencia de capacidad resolutive en los componentes de la red departamental de salud.
20. Déficit de tecnología de punta que permita dar solución a las necesidades y requerimientos de la población.

IPS UNIVERSITARIA

PROBLEMAS A ESTUDIAR

La urbanización descontrolada y la industrialización exponen a la población a nuevos riesgos: Accidentes laborales; exposición a sustancias tóxicas; ríos contaminados; radiación; contaminación del aire por el transporte y por la industria; ruido industrial, etc. Estos fenómenos que suelen formar parte de los procesos de desarrollo pueden dar lugar a cambios de los perfiles epidemiológicos, es decir, en los tipos de enfermedades que sufre la población.

PERSONAS VULNERABLES Y PROBLEMAS COMPLEJOS

- Niños
- Mujeres
- Ancianos
- Ciertos trabajadores
- Transición demográfica
- Transición epidemiológica
- Desplazamientos de personas

¿ACREDITACIÓN?

- El programa se prepara desde su autoevaluación para solicitar su acreditación de calidad al Ministerio de Educación nacional.
- Para lograr este objetivo, los propósitos inmediatos son la unificación del programa en la ciudad de Cúcuta y la conversión del Departamento de Medicina en Facultad de Medicina.

¿POSTGRADOS?

Conclusiones

“Quienes emprendan grandes obras de utilidad pública, tienen que estar a prueba de las dilaciones más fatigosas, las desilusiones más penosas, y los insultos más ofensivos... y lo que es peor aún...los juicios presuntuosos de los ignorantes”
Simón Bolívar.

Bibliografía

- Phillips, D. R. e Y. Verhasselt (1994), Health and Development, Routledge, Londres.
- PNUD (1998), Informe sobre el desarrollo humano. 1998, Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York.
- Strauss, J. (1993), "The Impact of Improved Nutrition on Labor Productivity and Human-Resource Development: An Economic Perspective", en Pinstrup-Andersen, P. (ed.), The Political Economy of Food and Nutrition Policies, International Food Policy Research Institute, The Johns Hopkins University Press, Baltimore y Londres, pp. 149-170.
- WHO (1999), The World Health Report 1999, World Health Organization, Ginebra.
- Normatividad Universitaria.

IMPACTO SOCIAL DE LA TELEMEDICINA EN COLOMBIA Y EL CONTINENTE

Dr. Karim Nader

Formación académica

- Médico general de la Universidad Industrial de Santander en 1981.
- Especialista en Medicina Interna de la Universidad Militar Nueva Granada en 1986.
- Especialista en Medicina Nuclear.

Experiencia profesional y docente

- Docente de Medicina Interna de la Universidad de Pamplona.
- Actualmente, Coordinador de Medicina Interna en la Clínica Santa Ana.
- Miembro Emérito de la ACMI

Objetivo

Enseñar la importancia creciente del conocimiento de las emociones y las actitudes de los médicos en la calidad asistencial.

Resumen

“AHORA VIVIMOS MEJOR, PERO NOS SENTIMOS PEOR” Luis Rojas Marcos

- Cada día es mayor el número de personas que se quejan de la ausencia de humanidad en el médico, que añoran la imagen idealizada del galeno de antaño, a pesar de que a menudo éste no podía hacer otra cosa que limitarse a confortar al enfermo con su presencia.
- El sentir, popular es que el médico del pasado era más humano, más consciente de las necesidades afectivas y espirituales del paciente, que los facultativos de hoy se distancian con demasiada frecuencia de los fines altruistas...
- Es evidente que los avances tecnológicos han disminuido considerablemente la importancia del contacto personal del médico con el paciente. La relación se establece prioritariamente a través de procedimientos, aparatos y remedios, a los que comprensiblemente se les atribuyen los beneficios **tangibles y reales** de la intervención

- Son bastantes los doctores que en privado opinan que dedicar tiempo al paciente para escucharle y confortarle es irrelevante para la efectividad de la intervención médica. Después de todo, sostienen, aun sin estos ingredientes **ritualistas y simbólicos**, la mayoría de los enfermos consigue mejorar en la mayor parte de los casos gracias a los adelantos de la ciencia.

HUMANISMO MÉDICO

- El trabajo: servicio médico.
- Sumo respeto, afecto y altruismo a favor del ser humano que necesita de ayuda.
- Colmado de valores humanos, éticos y de responsabilidad.
- Se ejerce con un compromiso personal y profesional eficiente.
- Generar confianza y reconocimiento en el paciente, su familia y la comunidad.

La deshumanización de la medicina es debida al **detrimento de valores en la sociedad**, que es una realidad que observamos a diario, en razón a diversos factores, como el detrimento del tiempo de los médicos para atender a los pacientes.

No debemos olvidar que un interrogatorio correcto con el enfermo es imprescindible y fundamental para el diagnóstico y tratamiento, constituyendo una parte esencial, pues de ella puede depender la confianza futura del paciente en el profesional. Una de las consecuencias de la deshumanización de la práctica es la medicina defensiva, argumento a la que acude el profesional ante el recelo de ser acusado por realizar una mala praxis.

El sistema vigente es rígido y requiere al médico en muchas ocasiones, anteponer el tiempo dedicado al paciente, a la eficacia, a la atención y consideración al paciente.

EMPATÍA MÉDICA

“Ser un buen médico implica no solo saber ciencia, sino también entender a las personas y saber ponerse en la piel del enfermo” Gonzalo Casino Fuente.

La Empatía clínica ya no es un adorno o un complemento, sino una competencia médica esencial y una actitud clínica imprescindible. Los estudios han comprobado que la empatía se asocia con una mayor satisfacción del enfermo, con un menor estrés del médico, menores errores y mejores resultados.

El concepto de Empatía se refiere a la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente.

Se define como la capacidad de entender las emociones de los pacientes, así como sus perspectivas y sus experiencias.

Relación Médico-Paciente

- Una relación médico-paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar.
- Esta relación es ahora tensa por el incremento en el diagnóstico basado en la tecnología, lo cual resulta en alejamiento del contacto al lado de la cama del paciente. Esto ha creado una percepción general de que los médicos se han desligado de la atención del paciente.
- Reconocer la empatía en los médicos en formación y en los que ya laboran un aspecto esencial en el desempeño profesional.

Componentes básicos

- Cognitivo
- Comprensión
- Comunicación
- Competencia ética
- Medicina ética => Medicina empática.

Atributos de la Empatía médica

31. Respeto.
32. Comportamiento prosocial.
33. Razonamiento moral.
34. Actitudes positivas hacia la gente.
35. Ausencia de demandas.
36. Habilidades para obtener la historia clínica y ejecución del examen físico.
37. Satisfacción del paciente.
38. Satisfacción personal.
39. Mejor relación terapéutica.
40. Buenos resultados clínicos.

Paciente hostil demandante

- La relación con cualquier enfermo es siempre un desafío para el clínico, pero hay pacientes que ponen al médico "contra las cuerdas"
- Con un paciente agresivo, exigente, arrogante o despreciativo con el médico, la relación es complicada y puede resultar en un fracaso. La familia interviene en la relación.

- BMJ Quality and safety: Frente a un paciente difícil, la precisión del diagnóstico desciende, especialmente cuando se trata de casos complejos.

¿Un médico empático nace o se hace?

- La idea tradicional de que la empatía es algo que no se puede inculcar desde las facultades sigue estando bastante extendida, y algo que el propio Gregorio Marañón reflejaba en sus escritos.
- **La empatía se puede preservar e incluso enseñar.** A pesar de las dificultades encontradas para definir y medir empatía, esta fue la conclusión a la que llegaron los autores de un meta-análisis reciente al respecto.
- Dos tipos de empatía, una “afectiva”, consistente en la respuesta emocional que produce el acto asistencial y una “cognitiva”, consistente en la capacidad de entender de forma “imparcial” la experiencia y emociones del paciente.

Aspectos importantes

- Un aspecto interesante encontrado, fue que el simple hecho de incluir a los estudiantes de Medicina en un grupo que premiaba la actitud humana mejoró su empatía.
- Quizás “humanizar” la Medicina sea tan fácil como colocar la empatía en el mismo nivel de importancia que saber diagnosticar un infarto, y premiarla al igual que se premia una matrícula de honor.
- Se aprecia una progresión de la empatía durante los cursos de medicina. Presentan mayor empatía las estudiantes femeninas, también mayor estrés empático. Los estudiantes masculinos presentan menor empatía, menor progresión de esta durante los cursos y menor estrés empático.
- Presentan menor empatía los estudiantes que prefieren la serie House y los que tienen familiares médicos.
- Presentan mayor empatía los estudiantes que han realizado voluntariado, y los que han tenido un amigo enfermo.
- No se halla relación entre empatía y especialidad deseada.

Conclusiones

“Hay que ser empático, lucir simpático, o por lo menos aparentar ser lo menos antipático”

- El desarrollo de relaciones interpersonales entre médicos y pacientes es de indiscutible importancia.

- Fallas en el entendimiento de la perspectiva del paciente genera problemas de comunicación que a su vez provoca insatisfacción en el paciente.
- En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca. De este modo, la Empatía se convierte en el vehículo para mejorar la relación interpersonal médico-paciente.
- Cabe mencionar que hay controversia sobre si es preferible si el estudiante o médico con baja empatía se dedique a una especialidad de menor contacto con el paciente.

Bibliografía

- Luis Rojas Marcos. Diario El País. 12 Junio de 1992.
http://elpais.com/diario/1992/06/11/opinion/708213606_850215.html.

Gonzalo Casino. Escepticismo. En la piel del paciente. Sobre los enfermos “difíciles”, la mala praxis y la enseñanza de la empatía. 12 de Julio de 2016.
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=89406>

ENSEÑAR MEDICINA DE ÓPTIMA CALIDAD: EL DEBER Y LA RESPONSABILIDAD DEL INTERNISTA

Dr. Yoel Korenfeld American College Of Physicians

Formación académica

Médico cirujano. Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá (2006)

Especialista en Obstetricia y ginecología Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá (2006)

Sub especialista en Ginecología Oncológica – Instituto Nacional de cancerología – Universidad Militar Nueva Granada – Bogotá (2014)

Experiencia profesional y docente

- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario San Ignacio – Bogotá (2014).
- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario Erasmo Meoz – Cúcuta (actualmente)
- Docente del área de ginecología oncológica – Universidad de Pamplona-Cúcuta (actualmente)

Trabajos en investigación y publicaciones

- Adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical e intestinal a partir de un teratoma quístico maduro del ovario. Revista Colombiana de cancerología. 2015
- Leiomioma de ovario: tumor infrecuente y de comportamiento agresivo. Revista Colombiana de Cancerología 2016 (en proceso).

Objetivos

- Reconocer a partir de datos epidemiológicos la importancia de conocer el enfoque diagnóstico que debe darse a entidades clínicas como las masas anexiales y la hemorragia postmenopáusica con miras al diagnóstico temprano de enfermedades oncológicas potencialmente relacionadas.
- Identificar datos epidemiológicos a cerca de la incidencia y mortalidad del cáncer de ovario y endometrio.
- Conocer la aproximación clínica de las masas anexiales de acuerdo a su localización, edad y estado reproductivo de la paciente.
- Reconocer la importancia de realizar una historia clínica completa y un examen físico minuciosos.

- Identificar las herramientas diagnósticas disponibles para el estudio de masas anexiales, entre estas los marcadores tumorales y las imágenes diagnósticas.
- Conoce los índices de riesgo de malignidad con mejores tasas de desempeño propuestos en la literatura actual como parte de la estratificación de masas anexiales benignas o malignas.
- Proponer un algoritmo de manejo en el que se agrupan las consideraciones clínicas y las herramientas diagnósticas para reconocer y tratar pacientes en riesgo potencial de cáncer de ovario
- Reconocer principios básicos en el manejo de masas anexiales en pacientes embarazada.
- Recaltar en el auditorio las características de las pacientes que necesariamente deben ser remitidas a la clínica de ginecología oncológica para ser tratadas.
- Identificar las principales causas de sangrado en pacientes postmenopáusicas estudiando los mecanismos fisiopatológicos subyacentes.
- Reconocer la aproximación diagnóstica en hemorragia uterina postmenopáusica, indicaciones de la ecografía pélvica transvaginal y biopsia endometrial.
- Conocer nociones del enfoque clínico y tratamiento de las pacientes con hiperplasia endometrial.

Resumen

Las masas anexiales y la hemorragia postmenopáusica corresponden a dos de las causas más frecuentes de consulta en ginecología.

De la identificación y orientación diagnóstica oportuna de estas entidades, dependerá también la pronta identificación y manejo de pacientes con potencial diagnóstico de cáncer de ovario y endometrio.

En relación a esto se calcula que del 13 al 21% de las masas resecadas quirúrgicamente corresponden a un carcinoma de ovario y el 10% de las pacientes con hemorragia postmenopáusica tienen diagnóstico subyacente de carcinoma de endometrio.

Lo anterior se refleja en las estadísticas reportadas para carcinoma de ovario según los datos publicados por Globocan 2012 donde Colombia presenta una incidencia de 5.89 /100.000 habitantes (siendo la séptima causa mas frecuente de cáncer en la mujeres colombianas) con una altísima letalidad reportada en 3.63/100.000 habitantes a una edad media de presentación de 63 años. Con respecto a los datos publicados en carcinoma de endometrio, en Colombia esta patología corresponde a la onceava causa mas frecuente cáncer en mujeres, con una incidencia calculada en 3.58/100.000 habitantes y una mortalidad de 0.91 /100.000 habitantes (19).

MASAS ANEXIALES

A pesar de que la mayor parte de las masas anexiales son benignas, el objetivo de la evaluación diagnóstica es excluir en todos los casos malignidad. Las decisiones en el manejo de las masas anexiales estarán influenciadas por aspectos tan relevantes como la edad, la localización anatómica o la historia familiar de la paciente (1).

Las masas anexiales se generan en su mayoría a partir del ovario o de la trompa de falopio. Sin embargo, otras estructuras ginecológicas pueden originar masas anexiales incluyendo el mesoovario o el mesosalpinx (ejemplo: quistes para tubáricos) (2).

Los leiomiomas uterinos pueden ser visualizados de igual manera como masas anexiales. Otras estructuras próximas también pueden dar lugar a masas anexiales como el tracto urinario (divertículo de la vejiga), del tracto gastrointestinal (abscesos apendiculares, abscesos diverticulares, o neoplasias intestinales), o tejido conectivo pélvico (quistes peritoneales) (1,2)

Con respecto a la presentación de masa anexiales durante el embarazo, se calcula una incidencia de 0.2 al 2%, con una tasa de malignidad de 1 a 6%, la gran mayoría de estas masas son benignas y corresponde a hallazgos incidentales(3). Se presentan los mismos tipos de masas que se presentan en las pacientes premenopáusicas, siendo los quistes funcionales (quistes del cuerpo lúteo, quistes teca luteínicos) los de mayor en el embarazo(4).

La historia clínica es vital en el diagnóstico de masas anexiales, debe valorarse especialmente la historia familiar de cáncer de mama y otros cánceres ginecológicos como endometrio y ovario, con historia conocida de presencia de mutación BRCA u otros síndromes hereditarios.

Algunos otros factores de riesgo para reconocer son la nuliparidad, obesidad, síndrome de ovario poliquístico, consumo de cigarrillo (2).

El examen físico también es parte fundamental de la aproximación clínica de estas masas cuya realización tiene una sensibilidad del 45% con una especificidad del 90%. Actualmente se cuestiona su desempeño en el diagnóstico de masa anexiales en pacientes asintomáticas.

Siempre debe realizarse valoración pélvica en pacientes que se encuentre sintomáticas, garantizándose valoración con espéculo, presencia de posibles adenopatías en cuello e inguinal (1).

La sintomatología más frecuente corresponde a la presentación de dolor abdominal o pélvico, incremento del perímetro abdominal, distensión abdominal, plenitud gástrica y debe generar alarma cuando se presenta más de 12 veces por mes en menos de 12 meses de duración (2).

AYUDAS DIAGNÓSTICAS – MARCADORES TUMORALES

Históricamente un amplio espectro de citoquinas, factores de crecimiento, factores de adhesión molecular, proteasas, hormonas, factores de coagulación, reactantes de fase aguda, factores de apoptosis han sido investigados como marcadores serológicos en el diagnóstico de cáncer de ovario, ninguno de estos, excepto el Ca 125, ha sido aplicado en la práctica clínica diaria (5).

CA 125: (ANTÍGENO DE CÁNCER 125) es una glicoproteína codificada por el gen MUC 16 en el cromosoma 19. Su valor superior se ha establecido en 35 UI/ml.

La expresión de CA 125 se evidencia en el 85% de los carcinomas serosos, 65% de los carcinomas endometrioides, 40% de los tumores de células claras, 36% en los carcinomas indiferenciados y solos en el 12% de los tumores mucinosos de ovario.

El Ca 125 puede encontrarse normal hasta en el 25% de los pacientes con cáncer de ovario y en cerca de la mitad de los pacientes en estadios tempranos lo que reduce considerablemente la sensibilidad de este marcador y adicionalmente se encuentra elevado en muchas condiciones no malignas lo que afecta significativamente la especificidad.

La causa más importante de falsos positivos es la endometriosis; en cerca de dos tercios de las pacientes con quistes endometriósicos, los niveles de CA125 exceden el valor normal(5).

EL HE4 (proteína del epidídimo humano 4) es una glucoproteína codificada por el gen WFDC2 (cromosoma 20).

Se encuentra presente en el epitelio de las trompas de falopio, endometrio, glándulas cervicales, no se presenta en la superficie epitelial del ovario. Su expresión también se ha notado en el epitelio del tracto respiratorio (especialmente la tráquea) y en las glándulas salivales.

La expresión elevada de HE4 se observa en el 80% de los carcinomas serosos, 80 – 100% de los carcinomas endometrioides y en el 50 a 83% de los tumores de células claras del ovario y se encuentra ausente en el carcinoma mucinoso del ovario.

El HE4 se encuentra elevado en más del 50% de los pacientes con cáncer con niveles de CA 125 normales y se encuentra menos frecuentemente elevado que el CA 125 en tumores de ovario benignos como quistes serosos, teratomas, fibromas o lesiones inflamatorias tanto en mujeres premenopáusicas como postmenopáusicas. Los niveles de HE4 se elevan mucho menos frecuentemente que el CA 125 en casos de endometriosis (3% vs 67%), HE4 se encuentra en concentraciones muy bajas durante el embarazo, tampoco se altera con los ciclos menstruales (5).

Existen otros marcadores tumorales útiles en el estudio de masas anexiales, El Antígeno carcino embrionario y el Ca 19.9 son útiles para el estudio de posibles lesiones de origen gastrointestinal. La HCG, AFP y LDH son útiles para el estudio de masas anexiales en pacientes jóvenes, la mayor parte de ellas en edad reproductiva en quienes quiera descartarse la presencia de Tumores germinales.

La Inhibina B se emplea en el estudio de tumores de células de la granulosa.

La solicitud de estos marcadores debe orientarse de acuerdo a la edad de la paciente, la clínica presentada sumada a las características epidemiológicas e historia natural de la enfermedad de los diferentes grupos de tumores que quieran descartarse para cada caso particular.

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

ECOGRAFÍA PÉLVICA TRASNvaginal

La valoración de la escala de grises y del doppler color es la primera línea para caracterizar las masas anexiales.

Tiene una sensibilidad 91% y una especificidad del 96%. Sólo una pequeña proporción (6-8%) de las masas no pueden ser clasificadas como benignas o malignas cuando se usa la aproximación subjetiva.

La habilidad de caracterizar una masa anexial correctamente con ecografía transvaginal cuando se usa la aproximación subjetiva de la escala de grises y del doppler color claramente mejora a media que aumenta la experiencia del operador (6).

El objetivo de la valoración con el doppler color es incrementar la especificidad de la escala de grises, sin embargo el rol actual de la valoración con doppler color en la evaluación de masas pélvicas sigue siendo controversial porque los valores de los índices calculados (índice de resistencia, índice de pulsatilidad y la velocidad sistólica máxima) suelen sobreponerse entre masas benignas y malignas.

En el caso de las masas anexiales no clasificables el desempeño de la ecografía es limitado con una pobre sensibilidad calculada entre el 57- 70% con una especificidad solo del 60 al 77%. Estas pacientes serán candidatas a la aplicación de un test secundario (valoración mediante algún índice de valoración de riesgo).

Las masas anexiales no clasificables tiene ciertos hallazgos morfológicos típicos: son masas más grandes, tienen apariencia unilocular – sólida o multilocular - sólida, con paredes irregulares y proyecciones papilares. La mayor parte de los tumores no clasificables después de la valoración subjetiva son benignos, solo un 16% corresponden a cánceres invasivos y 14% a tumores border line (6).

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y TAC ABDOMINO PÉLVICO

La RNM tiene una sensibilidad del 92% (89-95%) y una especificidad 88% (84-92%).

El uso de la RNM está limitado a aclarar el diagnóstico de las masas de ovario cuando los hallazgos ecográficos son inciertos.

En el caso de una clasificación difícil algunos estudios soportan el uso de RNM comparado con otras modalidades de imagen (ecografía con escala de grises combinada con Doppler o Tomografía computarizada) (7)

El mejor uso de tomografía de abdomen no es detectar ni caracterizar masas pélvicas sino lograr la evaluación del abdomen y las posibles metástasis cuando se sospecha cáncer basados en las imágenes de ecografía transvaginal.

La tomografía permite la identificación de metástasis en omento, implantes peritoneales, ganglios aumentados de tamaños pélvicos o para aórticos(7).

ÍNDICES DE VALORACIÓN DEL RIESGO

ÍNDICE DE JACOBS – INDICE DE RIESGO DE MALIGNIDAD

El índice de riesgo de malignidad (IRM) es el modelo predictivo mas frecuentemente usado con una sensibilidad de 72% (67-76%) y una especificidad de 92% (89-93%) usando un nivel de corte de 200 (5).

Es una herramienta diagnóstica práctica, que incluye la valoración de los hallazgos ecográficos, el estado de postmenopausia o no de la paciente y el valor del CA 125. De acuerdo a los hallazgos se asignará un puntaje para cada criterio lo que al multiplicarse entre sí, genera un puntaje final (mayor o menor a 200), permitiendo así la aproximación al riesgo corresponder a un carcinoma de ovario.

ÍNDICE DE ROMA

Éste índice utiliza concentraciones séricas de CA125 y HE4 cuyos valores son utilizados en esta fórmula matemática elaborada de forma separada para pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas.

De acuerdo al valor de corte establecido por los autores, un índice de ROMA > 13.1% en pacientes premenopáusicas y > 27.7% para pacientes postmenopáusicas es indicativo de alto riesgo de malignidad (5).

Se registra una sensibilidad del 93.8% (88.9% para pacientes premenopáusicas y 94.6% para pacientes postmenopáusicas) con una especificidad de 75% en el diagnóstico de cáncer de ovario (8).

MÓDELO DE REGLAS SIMPLES

El modelo de simples reglas del IOTA GROUP (International Ovarian Tumor Analysis) muestra una sensibilidad del 93% (89-95%) y de 81% (76-85%). Los datos publicados actualmente proponen las estrategias IOTA como los test primarios para caracterizar masas anexiales.

Este sistema está basado en la valoración de cinco hallazgos ecográficos sugestivos de lesión maligna (hallazgos m) y cinco hallazgos ecográficos sugestivos de lesión benigna (hallazgos b) (9)^{iv}.

Dentro de los hallazgos M se encuentran:

- M1: Tumor sólido e irregular
- M2: Presencia de ascitis
- M3: Al menos 4 estructuras papilares
- M4: Tumor sólido multilocular irregular cuyo diámetro mayor es ≥ 100 mm
- M5: Flujo sanguíneo muy fuerte (escala del color 4)

Dentro de los hallazgos B se encuentran:

- B1: Unilocular
- B2: presencia de componentes sólidos, en donde el componente sólido más grande tenga un diámetro < 7 mm
- B3: Presencia de sombras acústicas
- B4: Tumor multilocular con un diámetro < 100 mm
- B5: No hay flujo sanguíneo (escala de color 1)

De acuerdo a estos hallazgos se establecen las siguientes reglas

- REGLA 1: Si están presentes uno o más Hallazgos M, en ausencia de Hallazgos B, la masa es clasificada como maligna.
- REGLA 2: Si están presentes uno o más Hallazgos B, en ausencia de Hallazgos M, la masa es clasificada como benigna.
- REGLA 3: Si están presentes tanto Hallazgos M como Hallazgos B o si no hay Hallazgos M ni hallazgos B presentes, Los hallazgos son no conclusivos. Se recomienda la aplicación segunda prueba (estudio complementario por resonancia magnética o valoración subjetiva por un evaluador experto).

En las revisiones de literatura se considera que el sistema de reglas simples puede ser aplicable al 79 – 89% de todas las masas anexiales

REGRESIÓN LOGÍSTICA 2: Este modelo usa 6 variables:

- Edad de la paciente (años)
- Presencia de ascitis (Sí: 1) (No: 0)
- Presencia de flujo sanguíneo con proyecciones papilares (Si: 1) (No:0)
- Máximo diámetro del componente sólido (en MM)
- Paredes internas irregulares del quiste (Si: 1) (No: 0)
- Presencia de sombras acústicas (Si: 1) (No: 0)

Estos valores son calculados mediante una relación matemática para establecer la probabilidad de malignidad para una masa anexial. Se propuso el corte de probabilidad del 10% para clasificar tumores como benignos o malignos basados en el sistema de Regresión Logística 2. La ventaja de este modelo matemático

por encima del sistema de reglas simples es que puede ser aplicado a todo tipo de tumores(6).

EVALUCIÓN Y MANEJO

Para la orientación y manejo de las masas anexiales debe partirse desde la verificación de la edad reproductiva de la paciente como punto de partida esto permitirá descartar causas asociadas a posibles gestaciones tempranas, endometriosis o entidades inflamatorias frecuentes en el grupo de pacientes premenopáusicas. Este grupo de pacientes será valorado con una BHCG inicial y estudio ecográfico.

En el caso de las pacientes postmenopáusicas se realizará estudio ecográfico con miras a identificar hallazgos ecográficos de alarma: evidencia de septos, papilas, bilateralidad componente sólido o bilateralidad. Estos hallazgos se analizan junto con el reporte de marcador tumoral CA 125. Si se obtiene un IRM bajo se sugiere hacer ecografía de control en un intervalo de tiempo de 4 a 12 semanas (10), de persistir los hallazgos anormales se remitirá a valoración por ginecología oncológica. Si por el contrario, se obtiene un Índice de Riesgo de Malignidad elevado debe remitirse a valoración por ginecología oncológica para valorar posibilidad de manejo quirúrgico (2).

MASAS ANEXIALES DURANTE EL EMBARAZO

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS: Tanto el IOTA Modelo de Regla Simples como el Modelo de regresión logística 1 y 2 son herramientas que permiten la clasificación de más del 75% de las masas anexiales, con una buena sensibilidad y especificidad en pacientes pre y postmenopáusicas sin embargo no hay estudios hasta el momento de validación especial para el grupo de pacientes embarazadas con masas anexiales. Sin embargo se considera que estos modelos pueden ser útiles también durante el embarazo (4)

El uso de la Resonancia nuclear magnética es seguro durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, sin embargo el uso de gadolínico o material de contraste debe restringirse debido a que no se ha establecido la seguridad fetal de su uso.

Solo se recomienda el uso de la RNM cuando el diagnóstico ecográfico es dudoso, cuando las masas son muy grandes para ser estudiadas completamente a través de la ecografía o cuando existe una alta sospecha de malignidad.

-MARCADORES TUMORALES: la seguridad y utilidad de los marcadores tumorales en el diagnóstico y caracterización de los tumores durante el embarazo aún sigue siendo debatida. La elevación de los marcadores tumorales durante el embarazo son en la mayor parte de los casos asociados con cambios fisiológicos normales en el embarazo(4).

El CA 125 también es producido por las células de la decidua y del amnios especialmente durante el primer y tercer trimestre del embarazo. Otros marcadores de tumores de células germinales (AFP – B- HCG) y para tumores de células de la granulosa (Inhibina B) también pueden elevarse en un embarazo normal y solo pueden ser usados en el contexto del seguimiento(4).

ZIKA Y ALTERACIONES NEUROLÓGICAS

Dr. Jairo Lizarazo Niño

Formación académica

Médico Ginecólogo. Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá (2006)

Especialista en Obstetricia y ginecología Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá (2006)

Sub especialista en Ginecología Oncológica – Instituto Nacional de cancerología – Universidad Militar Nueva Granada – Bogotá (2014)

Experiencia profesional y docente

- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario San Ignacio – Bogotá (2014).
- Ginecólogo oncólogo – Hospital Universitario Erasmo Meoz – Cúcuta (actualmente)
- Docente del área de ginecología oncológica – Universidad de Pamplona-Cúcuta (actualmente)

Objetivos

- Adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical e intestinal a partir de un teratoma quístico maduro del ovario. Revista Colombiana de cancerología. 2015
- Leiomiomas de ovario: tumor infrecuente y de comportamiento agresivo. Revista Colombiana de Cancerología 2016 (en proceso).

HEMORRAGIA UTERINA POSTMENOPÁUSICA

El sangrado postmenopáusico se define como la presencia de cualquier sangrado en una mujer postmenopáusica y que no se encuentre relacionado con el influjo hormonal exógeno (pacientes con terapia de reemplazo hormonal) (11).

La hemorragia uterina postmenopáusica corresponde al 5% de las consultas en ginecología en general..

El sangrado vaginal anormal ocurre en 4 a 11% de las pacientes postmenopáusicas.

La incidencia de sangrado vaginal postmenopáusico disminuye a medida que aumenta la edad desde que ocurre la menopausia.

Todas las mujeres con sangrado uterino no explicado deben ser evaluadas para descartar carcinoma de endometrio, dado que esta puede ser la causa del sangrado en el 10% de las pacientes (rango entre 1 y 25% dependiendo de los factores de riesgo subyacentes). Sin embargo la mayor parte de los casos en este grupo de edad son causados por atrofia en la mucosa vaginal o el endometrio. (20)

Las causas más comunes de sangrado postmenopáusico correspondieron a Cáncer (6.6%) hiperplasia atípica 0.2%), hiperplasia sin atipia (2.0%), pólipo (37.7%), miomas (6.2%), atrofia/ hipotrofia 30.8% (12).

Algunos estudios han tratado de definir la prevalencia de patología endometrial en pacientes postmenopáusicas asintomáticas, concluyéndose que el riesgo para anormalidad endometrial en este grupo es de 17 a 18%. En las pacientes asintomáticas las anormalidades más comunes encontradas fueron atrofia y pólipos (12)

ATROFIA ENDOMETRIAL

El hipoestrogenismo causa atrofia del endometrio y de la vagina. En el útero la superficie endometrial atrófica ocasionalmente puede contener pequeños fluidos que previenen la fricción intracavitaria. El resultado en las microlesiones de la superficie del epitelio por la fricción que no pudo ser evitada genera una reacción inflamatoria crónica (endometritis crónica) con microlesiones de la superficie del epitelio produciéndose el sangrado.

Paradójicamente es en el lecho atrófico donde se desarrollan la mayor cantidad de adenocarcinomas y solo el 15 al 20% de este se genera a partir de endometrio hiperplásico, indicando así, que la estimulación estrogénica sin oposición no es infrecuente después de la menopausia.

En la explicación histológica de la hemorragia uterina postmenopáusica en pacientes con atrofia endometrial se considera que al menos la mitad de las pacientes con atrofia endometrial pero sin evidencia de enfermedad tienen patrón débilmente proliferativo (no inactivo) con patrón difuso o focal y el resto presentan endometrio atrófico inactivo.

Se sugiere que el endometrio atrófico débilmente proliferativo presenta respuesta a bajos niveles de estimulación estrógenica. Este endometrio no inactivo tiene un potencial carcinogénico pequeño(13).

Sumado a esto, las mujeres postmenopáusicas tienen una habilidad incrementada de convertir androstenediona (principalmente de origen adrenal) en estrona (aromatización periférica) en el tejido adiposo, usando la enzima aromatasa. La conversión periférica aumenta con el incremento del peso corporal (incremento en el número de células grasas) y con la edad avanzada (incremento en la actividad específica de la aromatasa).

La estrona es el estrógeno más importante en la carcinogenesis endometrial.

El endometrio postmenopáusico, inactivo o débilmente proliferativo conservan los Receptores de estrógeno y de progesterona, pero solamente el endometrio débilmente positivo muestra una alta actividad angiogénica y proliferativa (Ki-67), sobre el cual actúa la estrona producida a partir de la aromatización periférica, y al carecerse de oposición puede generarse sobre este tejido un carcinoma de endometrio tipo II (13).

CARCINOMA DE ENDOMETRIO

La edad promedio de presentación es 61 años, más del 95% de las mujeres con cáncer de endometrio sangran.

Existen dos categorías histológicas de carcinomas endometriales, que difieren en incidencia, respuesta a estrógenos y pronóstico.

Tipo I: incluyen los tumores endometrioides grado 1 o 2, corresponden al 80% de los carcinomas endometriales, tienen un pronóstico favorable, y pueden estar precedidos por neoplasia intraepitelial.

Tipo II: corresponden al 10 al 20% de los carcinomas endometriales. Estos incluyen los tumores grado 3 y los tumores de histología no endometrioide: seroso, de células claras, carcinosarcoma. Estos tumores son de alto grado y tienen pobre pronóstico (11).

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Se define como la proliferación irregular de las glándulas del endometrio con un incremento en la relación glándula /estroma cuando se compara con el endometrio proliferativo.

La hiperplasia endometrial se desarrolla cuando los estrógenos sin oposición por progesterona, estimulan el crecimiento de las células endometriales por unión a los receptores de estrógenos en el núcleo de la célula endometrial.

La clasificación histológica actual según la WHO (World Health Organization (WHO) clasifica la hiperplasia en dos grupos basados en la presencia de atipia citológica.

Hiperplasia sin atipia

Hiperplasia atípica

La complejidad de la arquitectura (criterio tenido en cuenta en clasificaciones antiguas) ya no hace parte de esta clasificación (14)

POLIPOS Y LEIOMIOMAS

Los pólipos corresponden a Hiperplasia de las glándulas endometriales y el estroma; forman una proyección desde la superficie del endometrio, en el 95% de los casos son benignos. Los polipos endometriales son comunes y afectan a más

del 20% de las pacientes postmenopáusicas. Estos también pueden estar asociados a malignidad: se calcula que el riesgo de cáncer endometrial en mujeres con polipos endometriales puede estar entre 4.8 a 5.8%. Los carcinomas restringidos a los polipos se presentan en 0.3%.

El manejo quirúrgico en las pacientes sintomáticas se realiza mediante resección histeroscópica o curetaje endometrial (15).

Los leiomiomas son los tumores más comunes en las mujeres durante la edad reproductiva. Son nódulos benignos, de origen unicelular, asintomáticos en más del 50% de los casos. Aunque la mayor parte de los síntomas debidos a miomatosis uterina se presentan en pacientes premenopáusicas, sin embargo también pueden representar una causa infrecuente pero posible en las pacientes postmenopáusicas (16)

ENFOQUE DIAGNÓSTICO

El objetivo del diagnóstico está orientado a descartar enfermedad maligna o premaligna. La elaboración de una historia clínica completa permite la identificación de factores de riesgo para carcinoma de endometrio.

Toda paciente con sangrado postmenopáusico sin importar la cantidad del mismo (manchado o hemorragia moderada) debe ser sujeta a realización de examen físico completo, palpación de cadenas ganglionares, mamas y axilas.

Realización imprescindible de especuloscopia para descartar lesiones vaginales o cervicales relacionadas con la sintomatología.

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

La dilatación y el curetaje había sido considerado el método preferido para obtener una muestra de tejido pero con el uso de la cureta de Pipelle se ha obtenido un mejor rendimiento diagnóstico con un valor predictivo positivo de 81.7% y un valor predictivo negativo de 99.1%.

La cureta de Pipelle es el instrumento más sensible:

Sensibilidad en Cáncer de endometrio (99,6% en pacientes postmenopáusicas)

Sensibilidad en Hiperplasia atípica (81%)

Especificidad (98 – 100%)

Limitaciones en la obtención de especímenes adecuados para diagnóstico en pacientes con grosor endometrial < 5mm

Si no es posible obtener una muestra adecuada el paciente debe remitirse a realización de dilatación y curetaje. De igual manera si los síntomas persisten a pesar de una biopsia con resultado benigno.

INDICACIONES DE REALIZACIÓN BIOPSIA DE ENDOMETRIO CON O SIN HISTEROSCOPIA

- Cuando un paciente no puede tolerar una biopsia endometrial de oficina
- Después de una biopsia no diagnóstica
- Sangrado persistente en mujeres con histología benigna en biopsia endometrial
- Tejido insuficiente para el análisis en la biopsia
- Estenosis cervical
- Cuando hay reporte de hiperplasia atípica en biopsia endometrial

ECOGRAFÍA PÉLVICA TRANSVAGINAL

La ecografía es un método no invasivo, costo efectivo. Útil en la valoración del grosor endometrial. La técnica ecográfica supone la Visualización en el corte sagital del útero y medición de la doble capa endometrial en la dimensión antero posterior desde una capa basalis hasta la otra (17).

Si existe fluido en la cavidad endometrial, este no será incluido en la medición , se medirán las dos capas endometrial por aparte sumando los resultados

Con un corte de 5 mm: Sensibilidad para diagnóstico de cáncer 96% (18)

Conclusiones

La caracterización de las masas anexiales es esencial para priorizar el apropiado manejo. La realización de una cirugía innecesaria genera importantes riesgos. Deben limitarse las fallas en el reconocimiento del cáncer de ovario, lo que tiene un impacto significativo en el pronóstico de esta enfermedad.

La ecografía pélvica es la primera línea en el estudio de las masas anexiales. La aproximación para discriminar entre masas benignas o malignas parte del análisis subjetivo de la escala de grises y el Doppler y dependerá en gran parte de la experiencia del examinador.

El uso de los índices de valoración de malignidad: regresión lineal 2 y de reglas simples desarrollada por IOTA representan actualmente el mejor modelo basado en hallazgos ecográficos y la mejor estrategia para el uso en la práctica clínica

Una ventaja de las estrategias dl IOTA para diagnosticar cáncer de ovario es que ofrece criterios nuevos que pueden ser usados para definir masa indeterminada en cuyo caso requiere una prueba adicional

El 10% de las pacientes que presentan sangrado postmenopáusico, tienen cáncer de ahí la importancia de una aproximación diagnóstica adecuada para reconocer los casos con riesgo potencial de enfermedad oncológica.

La etiología más frecuente de la hemorragia postmenopáusica es la atrofia endometrial, asociado a esto se encuentra la terapia de reemplazo endometrial, la hiperplasia endometrial, pólipos y miomas intracavitarios.

Cualquier sangrado en la postmenopausia requiere ser estudiada con el objetivo de excluir malignidad

La aproximación inicial en hemorragia postmenopáusica puede hacerse mediante la realización de ecografía pélvica transvaginal o biopsia endometrial.

En presencia de una biopsia endometrial no diagnóstica se requiere la toma de una nueva mediante otra técnica y realización de ecografía pélvica tv.

En caso de persistencia de los síntomas, aun ante la presencia de una biopsia previa negativa, deberá tomarse una nueva biopsia.



Una
Universidad incluyente
y **comprometida**
con el desarrollo integral