

Fascículos CADEC

HISTORIA CLINICA ORIENTADA AL PROBLEMA. Parte I. Fundamentos.

Dr. Miguel Suárez Bustamante*

Cuáles són los elementos principales del proceso clínico estándar?

Como muestra el Esquema 1, el proceso clínico estándar consta de 6 elementos:

●**Necesidad de Salud:** Representa la queja, la molestia, el desajuste o enfermedad por la cual el paciente o usuario será atendido. Estas necesidades pueden ser espontáneamente expresadas por quien solicita la atención o, en otros casos, ser identificada por los profesionales de salud, luego de una exploración de carácter general.

●**Percepción de la necesidad de salud:** Resume, para el profesional o equipo de salud tratante, el diagnóstico, características principales, terapéutica posible y pronóstico potencial de la necesidad de salud presentada por el paciente o usuario.

●**Acción tomada:** Refleja las recomendaciones realizadas, los tratamientos prescritos, cambios en estilos de vida sugeridos, o cualquier otro curso de acción tomado buscando responder a la necesidad de salud enfocada.

●**Evaluación de la acción tomada:** Traduce la ponderación de los beneficios, logros o modificaciones alcanzados en la necesidad de salud, luego de instituida la acción previamente tomada.

●**Contexto del usuario o paciente:** Engloba las características de la familia, vivienda, comunidad, empleo y entorno social en general, de la persona, todos los cuales pudieran estar influyendo en el proceso clínico en su conjunto.

●**Contexto del prestador:** Incluye las características del profesional o equipo de profesionales a cargo del usuario o paciente, así como de su servicio o establecimiento, todas las cuales serán determinantes del abordaje de su necesidad de salud.

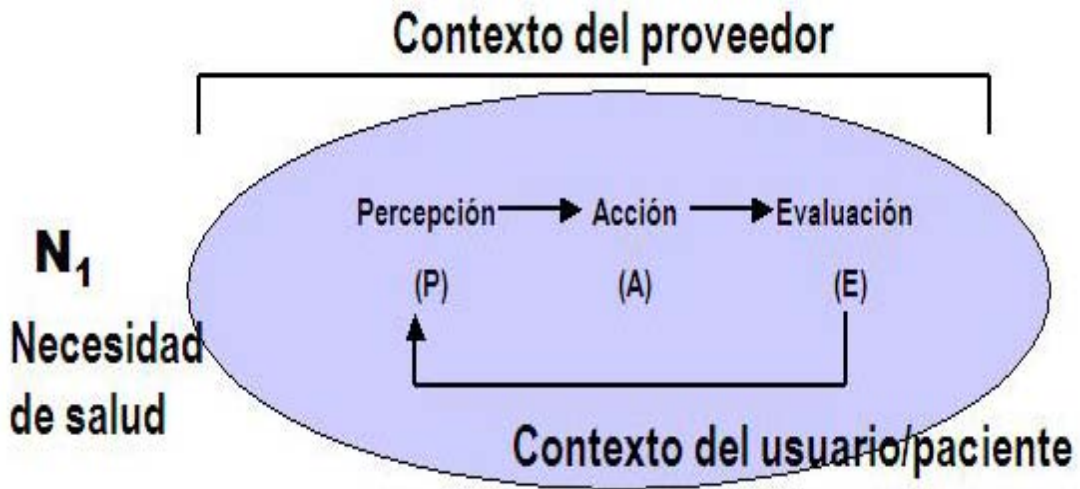
Ejemplo: Tomemos como ejemplo el caso de una paciente de 49 años, madre de 4 hijas, dos de ellas adolescentes. Ella acude una mañana a la sala de emergencia –el contexto del proveedor- por haber presentado palpitaciones de moderada intensidad y un «desmayo» que duró segundos, sin otros síntomas. Luego de solicitar diversos exámenes, y notar algunos patrones del trazo electrocardiográfico que pueden ser considerados «dudosos». el médico tratante adquiere la percepción de que está ante un síncope de origen cardiaco. Decide entonces tomar la acción de hospitalizar a la paciente

(*) Médico Familiar. Profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - Departamento de Medicina. Director de Proyectos de IDEFIPERU.



Esquema Nro 1

Elementos del proceso clínico estándar aplicado a la Historia Clínica Orientada al Problema.



para estudios. La evaluación final de la acción, vendrá luego que las diversas pruebas a realizar, permitan el diagnóstico definitivo de la paciente. En el ejemplo, el contexto de la paciente ha sido circunscrito a las potenciales causas físicas individuales que podrían originar las palpitaciones frecuentes y el desmayo.

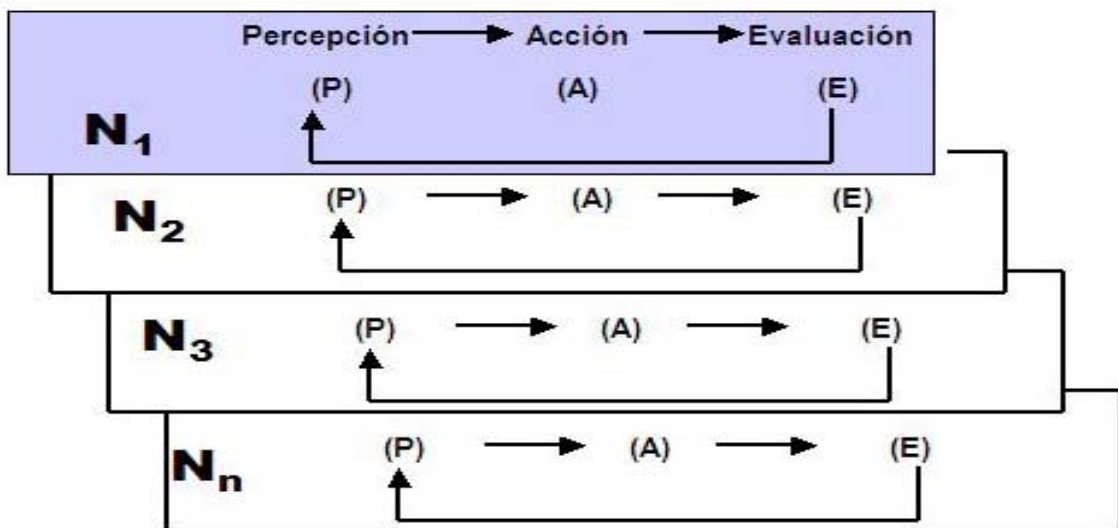
Es conveniente reparar que las personas raramente portan una sola necesidad de salud, siendo lo usual, que ellas encaren múltiples necesidades interconectadas, al mismo tiempo

–Esquema 2. En algunos casos, la percepción de una necesidad en particular podrá estar moldeada por el efecto sumativo de éstas.

Por ejemplo, si en el caso previamente presentado se hubieran descrito como necesidades complementarias: «preocupación por embarazo adolescente en la hija mayor» o antecedentes de «nerviosismo», tal vez la percepción de la necesidad presente podría haber sido diferente.

Esquema Nro 2

Elementos del proceso clínico estándar aplicado a la Historia Clínica Orientada al Problema.



Cuál es el rol de la información y de la historia clínica en el proceso clínico estándar?

La información tiene una importancia fundamental en el proceso clínico estándar, ya que sin ella no será posible percibir adecuadamente la necesidad de salud del paciente o usuario, saber si la acción sugerida ha sido efectivamente realizada, o evaluar su efecto.

La historia clínica, que es la denominación aceptada para los registros que almacenan los datos de la prestación ofrecida(*), es la principal fuente de información para conducir adecuadamente la atención, la cual depende estrechamente de su calidad. Así, buenas historias nos ayudan a tomar siempre la decisión más correcta, y así incrementar el potencial de efectividad de nuestras prestaciones. Por el contrario, si los datos anotados en la historia clínica son incompletos, dispersos, no se hallan rápida y fácilmente, o no informan a los otros prestadores que también atienden al paciente en forma concurrente; ellas conducirán a la falta de información o a contar con una información distorsionada.

Cuáles son las principales diferencias en el proceso clínico en el hospital y la APS?

El hospital y los servicios de APS son dos tipos de contextos de los proveedores de salud, cada uno con sus características propias y definidas. Pueden considerarse las siguientes diferencias en la práctica entre uno y otro contexto:

•**Necesidad de Salud:** La hospitalización generalmente implica un filtro previo. Así, una persona puede tener diversas necesidades de salud, pero es por un diagnóstico principal —el considerado más complejo o de mayor peligro—, por el que esta persona es hospitalizada. Las otras necesidades quedan relegadas para su cobertura posterior. La APS, por el contrario, es el espacio en el cual, simultánea o progresivamente y de acuerdo a su nivel de

complejidad, las múltiples necesidades de salud del paciente o usuario deben ser abordadas.

•**Percepción de la necesidad de salud:** En la atención hospitalaria, la acción suele basarse en un diagnóstico de elevado nivel de certeza, que con frecuencia debe comprender a la etiología, morfología e interacciones biológicas. En la APS, donde muchas necesidades de salud son multifactoriales o suelen presentarse en fase indiferenciada, son más frecuentes las pruebas terapéuticas, el manejo contingencial o de contexto.

•**Acción tomada:** En la atención hospitalaria, los tratamientos suelen ser en esencia farmacológicos, físicos o quirúrgicos, los cuales dependen más de la decisión del paciente, o de su cuidador, y menos del contexto. En APS, además de los tratamientos previamente descritos, son frecuentes las recomendaciones de cambios de estilos de vida o prácticas saludables, las que requieren una contribución estrecha del contexto familiar o social —ámbito laboral o comunitario— del paciente.

•**Evaluación de la acción tomada:** En la atención hospitalaria, la evaluación del cumplimiento de los tratamientos recomendados, suele tener mayor objetividad, basándose en variaciones en los parámetros biológicos relacionados con el diagnóstico. En APS, es más difícil medir el efecto de las intervenciones multi-dimensionales ofrecidas, además de que la mejora debe evaluarse en el paciente como un todo, e incluso en un contexto más amplio.

•**Contexto del usuario o paciente:** En el ámbito hospitalario, el contexto del usuario suele restringirse a los órganos o sistemas afectados por la necesidad evaluada, los que son estudiados con mucho detalle. En APS, el contexto englobado suele incluir otros aspectos de la persona, de su familia y su ámbito social, relacionados con la necesidad de salud evaluada.

•**Contexto del prestador:** La atención hospitalaria suele ser breve e intensiva, y los prestadores —enfermera, médico, interconsultantes y otros asistentes— tienen una rígida división en sus campos de acción y decisiones posibles. Además, en cada internamiento se invierte gran cantidad de tiempo en elaborar una nueva historia clínica, prolijamente detallada, y en esencia

«autónoma» del resto de los registros clínicos. La APS por el contrario debe establecer una relación de por vida entre sus usuarios y el equipo de salud -médico, enfermera, obstetrix, odontólogo, y otros profesionales y técnicos-, los cuales abordan partes cruciales de un/a mismo/a paciente, y ofrecen aspectos complementarios de una intervención que, en esencia, es única -paquete de cuidados. Por otro lado, en la APS no existe tanto tiempo como para rehacer una historia detallada en cada contacto, y los proveedores requieren confiar en la información recogida a lo largo de la vida del paciente.

Por qué la historia clínica convencional es mejor para el hospital que para la APS?

La historia clínica convencional ha sido trabajada a lo largo de muchas generaciones de profesionales de la salud para adaptarla al trabajo hospitalario. Algunas de las características que la hacen muy adecuada en este contexto son las siguientes:

- **Enfoque diagnóstico:** Respondiendo a la aspiración de precisar el diagnóstico con la mayor exactitud posible, la historia clínica convencional permite recoger una gran profusión de datos orientados a documentar las sucesivas hipótesis que se generan, validan, descartan o aceptan, funcionando como la bitácora de un experimento diagnóstico-terapéutico individual.

- **Contexto temporal:** Dado que el periodo de hospitalización es esencialmente breve, el efecto memoria es menos importante, y notas sueltas y poco estructuradas, como las que son comunes en la historia clínica convencional, adquieran un panorama conjunto, dado que los responsables del paciente -usualmente un grupo estable y reducido de profesionales- tienen bastante vigentes todo lo relacionado con el paciente.

- **Cobertura de necesidades:** El texto plano de las notas de evolución de la historia clínica convencional funcionan bien cuando se trabaja con una sola necesidad de salud o un conjunto

muy reducido de ellas, permitiendo colocar todo el detalle de información relacionado.

En la APS, donde se requiere anotar aspectos de contexto que permitirían una mirada más amplia de la persona como un todo -no siempre directamente relacionados con el foco del experimento diagnóstico-terapéutico individual en curso-, donde el proceso continuo de atención suele englobar periodos más largos y el efecto memoria es importante, y donde suele trabajarse con múltiples necesidades de salud; la anotación de información en un texto plano, con poca estructura, y sin espacios visibles para colocar de modo relevante las quejas nuevas o diferentes del diagnóstico principal, como ocurre en la historia clínica convencional, es poco favorable.

Existe un tipo de historia clínica que se adecue mejor a la APS?

Existe. Esta es la Historia clínica orientada al problema (HCOP) -en inglés: Problem Oriented Medical Record, POMR-, un sistema ideado en los años 60 por el Dr. Lawrence Weed, en el que todos los datos que se incluyen en los registros se encuentran enlazados a necesidades de salud o condiciones que pueden afectar la calidad de vida del paciente denominados «problemas».

Como veremos a continuación, la HCOP es más adecuada para trabajar en un escenario de certeza diagnóstica en construcción y un contexto de continuidad prolongada, comunes en la APS. Además, la HCOP alienta el abordaje integral de la persona, favoreciendo la inclusión de múltiples necesidades procedentes de sus esferas biológica, psicológica y social, e incorpora los elementos de sus contextos familiar y comunitario, todo ello en el marco de un coordinado trabajo en equipo. Por todo ello, la HCOP ha sido especialmente empleada en la atención médica ambulatoria, y por médicos familiares y de APS, de una diversidad de países.

De acuerdo a la definición original del Dr. Weed, la HCOP está constituida por 4 elementos:



Cuáles son las principales diferencias en el proceso clínico en el hospital y la APS?

La Base de datos: Es la fotografía del estado del usuario/paciente. Contiene tanto información de entrada de los problemas vigentes, como los antecedentes completos -personales y familiares- y el desarrollo de los principales problemas. Todos los datos son recogidos en formatos pre-estructurados.

La lista de problemas: Incluye todos los problemas biológicos, psicológicos, sociales y demográficos, de acuerdo a los puntos que se detallarán más adelante.

Planes de trabajo: Incluye los aspectos diagnósticos -Tests de laboratorio, imágenes, screening, etc-, terapéuticos -farmacológicos, no farmacológicos, de rehabilitación- educativos -información que debe recibir sobre su enfermedad, manejo y pronóstico- y de seguimiento que se deben realizar en

respuesta a cada uno de los problemas encontrados.

Notas de Evolución: Relacionadas a los planes y sus respectivos problemas, guardando la numeración respectiva y de acuerdo al esquema SOAP -subjeto, objetivo, apreciación y plan-.

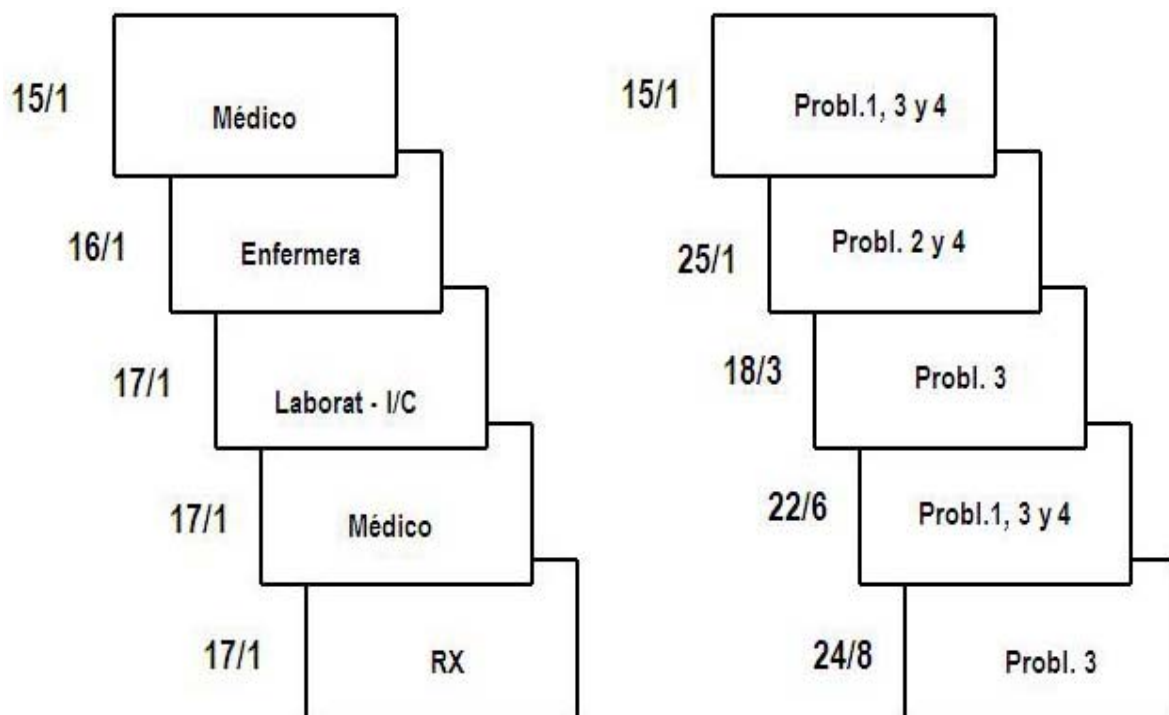
Las principales características de la HCOP, que la hacen tan apropiada para el trabajo en la APS, son las siguientes:

-Su unidad básica no es el diagnóstico, sino los problemas, cada uno de los cuales es manejado en forma independiente, constituyendo la base de toda la estructura de la HCOP.

-A diferencia de la historia convencional, que es de orientación tiempo-proveedor, esto es: fecha del encuentro y proveedor del contacto: médico, enfermera, inter-consultante, laboratorio, etc., la HCOP tiene una orientación tiempo-problema, esto es: fecha del encuentro y problema abordado -ver Esquema 3.

En consecuencia, si por ejemplo deseo ver todas las notas relacionadas al problema 4, es

Esquema Nro 3 Aproximación al proveedor y al problema en la historia convencional y en la Historia Clínica Orientada al Problema.



fácil consultar sólo las notas de los días en que dichos problemas fueron abordados.

-Se trabaja con una lista completa de los problemas del paciente o usuario, que conforma una especie de tabla de contenidos de la HCOP.

-Todas las notas de evolución son escritas en relación con los problemas previamente definidos, según la numeración empleada en la lista de problemas.

-El plan de trabajo se formula separadamente para los problemas identificados en la lista previa, y con un abordaje que no es sólo diagnóstico, sino también terapéutico y educativo.

-Todos los miembros del equipo de salud escriben en la HCOP, refiriendo sus anotaciones al problema específico, y en orden cronológico.

-Cada nota suma información a la base de datos y evalúa y propone planes de acción específicos para cada problema.

Para tener una idea de cómo funciona la HCOP, el lector puede referirse a la historia modelo que se muestra en el Anexo, y cuyo ejemplo será citado varias veces en este texto.

Por qué la HCOP alienta una mayor cobertura de necesidades de salud del paciente o usuario?

La mayor integralidad promovida por la HCOP se debe a que los problemas que se trabajan en ella son amplios, abarcando aspectos tanto físicos/orgánicos como emocionales/comportamentales, y sociales que hayan afectado, afectan o puedan afectar o la capacidad funcional del paciente o usuario –Ver cuadro 1.

Así, cualquier queja, observación, necesidad de salud o condición individual que el paciente o el médico perciben como una desviación de la normalidad, es en potencia un problema. Pero también lo son aquellas condiciones familiares, sociales o hecho presencia modifica el manejo de otros problemas, tales como el desempleo, aislamiento, pérdida de la vivienda, etc. La condición para registrarlo es que éste requiera o pueda requerir una acción por el personal de salud, ya sea de prevención, promoción, recuperación o rehabilitación.

La HCOP se inicia siempre con un inventario lo más detallado posible de todos los problemas, iniciando con los que se refieren al

Cuadro Nro 1 Tipos de problemas a ser manejados dentro de la Historia Clínica Orientada al Problema.

<i>Tipos de Problemas</i>	<i>Ejemplos</i>
DIAGNÓSTICO/ENFERMEDAD	Asma, diabetes, melanoma
DEFICIENCIA, INCAPACIDAD, MINUSVALIA	Parálisis cerebral, hemiparesia braquial derecha
SÍNTOMA	Dolor torácico, náuseas, cefalea
SIGNO	Presión arterial elevada, edema
EXAMEN COMPLEMENTARIO ANORMAL	Glicemia elevada, piocitos en orina
ALERGIA, EFECTO ADVERSO DE UN FÁRMACO	Alergia a penicilina, tos por enalapril
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Colecistectomía, apendicectomía
SÍNDROME MEDICAMENTE DEFINIDO	Síndrome de Meniere, síndrome del túnel del carpo
EFECTOS DE UN TRAUMATISMO	Hematoma, fractura
FACTOR DE RIESGO	Factor de riesgo laboral: neumoconiosis, factor de riesgo familiar: cáncer de colon, poliposis, tabaquismo
TRASTORNO PSICOLÓGICO/PSIQUIÁTRICO	Depresión, crisis de pánico
ALTERACIÓN FAMILIAR, SOCIAL O LABORAL	Padres ancianos, niño recién nacido, desocupación, guerra
SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE DE RIESGO	Paciente VIH positivo, falta de adherencia al tratamiento
SITUACIÓN NO PATOLÓGICA QUE PUEDE DETERMINAR UNA ACCIÓN	Mantenimiento de salud, embarazo, anticoncepción

mantenimiento de la salud –Ver caso en el Anexo. Ello impulsa al prestador de salud, a delinearse una mirada amplia del usuario, embarcándose en un esfuerzo por alcanzar una cobertura integral de necesidades, y no sólo concentrándose en la queja de turno.

Por qué la HCOP es más apropiada para la percepción de necesidades de salud en la

En el trabajo con la HCOP, el rotulado del problema está acorde con el nivel de conocimientos sobre el mismo, de modo que si no se cuenta aun con respaldo de exámenes o imágenes que apunten a una patología definida, es posible anotar el problema con un nombre genérico e ir progresando en su rotulación conforme se precisa el diagnóstico.

Ejemplo: El problema inicial de un paciente puede ser «escleras amarillas», hasta poder confirmar un examen de laboratorio alterado, en cuyo caso el problema cambia de nombre a «ictericia», y sólo adquiere el rótulo de «Hepatitis viral B» cuando hay evidencia en ese sentido. En la siguiente sección se verá como este modificación del rótulo opera en la lista de problemas.

En la HCOP, para cada problema se prepara un plan inicial con las siguientes partes: Plan diagnóstico, Plan terapéutico, Plan de seguimiento y Plan de educación –Ver cuadro 2.

Dicho plan, formulado independientemente del nivel de progreso diagnóstico en el que el problema se encuentre, asegura que se ofrecerá un abordaje terapéutico y educativo – incluso preliminar- que permitirá alivio al paciente, así como le ofrecerá estrategias de afrontamiento y lo acompañará en el logro de metas razonables para la convivencia con sus dolencias en su rutina cotidiana.

Cuadro Nro 2 Estructura de plan de trabajo que debe plantearse para cada problema de la Historia Clínica Orientada al Problema.

Plan Diagnóstico	Mayor información diagnóstica para aclarar un problema; por interrogatorio, exámenes, imágenes, etc.
Plan Terapéutico	Se registran las indicaciones terapéuticas planteadas para la resolución de los problemas que presenta el paciente: medicamentos, dietas, cambios de hábitos. Recuperación y rehabilitación
Plan de Seguimiento o Monitoreo	Se exponen los planes ideados para controlar la evolución de cada problema.
Plan de Educación	Breve descripción de la información que se da al paciente acerca de su enfermedad, manejo y pronóstico.

Porque la HCOP es más apropiada para la percepción de necesidades de salud en la APS?

En la práctica continua y prolongada desarrollada en la APS, los problemas o necesidades de salud van apareciendo, van resolviéndose o se reconvierten en otros problemas con un diagnóstico más preciso.

Ejemplo: En la sección anterior se vio un problema que inicialmente era «escleras amarillas», pasó a ser «ictericia», y luego a «hepatitis viral B».

Ejemplo: En el caso del anexo se ve que una toma aislada de «presión alta», luego de la confirmación respectiva se convierte en una «hipertensión»

La HCOP ayuda al trabajo continuo al permitir el registro dinámico de los problemas conforme ellos se van activando o inactivando. En la HCOP, los problemas se inactivan cuando se han resuelto porque fueron curados por el

tratamiento indicado -como puede ser en el caso de una infección o un problema quirúrgico- o al ser reemplazados por otros de mayor precisión diagnóstica. Esta inactivación se consigna colocando la fecha del fin de un

problema, y un comentario del problema en que éste se convierte. Para un ejemplo de como se modifica la notación de los problemas ver el cuadro 3.

**Cuadro
Nro 3**

Ejemplo de modificación del rotulado de problemas, conforme se esclarece el diagnóstico, en la Historia Clínica Orientada al Problema.

Problemas Agudos

Nro	Problema	Fch 1	Fech 2	Comentario
A	Escleras amarillas	12/2		Pasa al Problema 4

Problemas Crónicos

Nro	Problema	F.Reg	F.Fin	Comentario
4	Ictericia	18/3	25/3	Pasa al Problema 5. HsB (+).
5.	Hepatitis Viral B	25/3		

Por qué la HCOP recoge mejor información sobre el contexto del paciente para la APS?

El contexto del paciente está mejor retratado en la HCOP, entre otros aspectos, porque sus notas de evolución no tienen restricciones en cuanto al origen de la información que se coloca en cada sección, manejando aspectos más amplios que los estrictamente relacionados al entorno físico individual. Para mantener una estructura amplia, que permita el recojo de datos múltiples, las notas en la HCOP están encabezadas por el nombre y el número o letra del problema, y su contenido se divide en 4 secciones que forman el acrónimo SOAP (subjeto, objetivo, apreciación y plan):

SUBJETIVO: información subjetiva. Registra los cambios en el paciente o su contexto, e impresiones subjetivas del médico, del paciente o de su familia.

OBJETIVO: información objetiva. Registra los cambios en signos del paciente, datos positivos del examen físico y exámenes auxiliares, datos negativos importantes

APRECIACIÓN: Interpretación y reevaluación del problema en función de las secciones previas

PLAN: Plan de seguimiento. Se estructuran como los planes iniciales en sus 4 secciones, programando acciones en la persona y su contexto.

En el esquema anterior, es posible registrar dentro de la S del SOAP, tanto la información referente a la persona, como aquella relacionada con su familia o entorno social, y ser trabajadas de manera articulada entre sí. Adicionalmente, la O del SOAP puede retratar cambios objetivos que acontecen en su contexto familiar y comunitario, e incluir la planificación de intervenciones de corte más amplio en la P del SOAP.



Por qué la HCOP es más adecuada para el trabajo en equipo existente en la APS?

A diferencia de la historia clínica convencional que tiene instrumentos separados para cada profesional de salud, en la HCOP, diferentes miembros del equipo de salud pueden trabajar concatenadamente sobre una necesidad de salud específica, al registrar todos ellos la información en un mismo instrumento, empleando los problemas como un índice que une los aportes de todos ellos. Ello favorece que todos los miembros del equipo compartan información más activamente.

En el ejemplo del anexo, el abordaje de la obesidad podría ser enfocado tanto por el médico, como por el nutricionista y algún terapeuta físico. Los tres profesionales podrían anotar sus apreciaciones, plan y avances logrados bajo el mismo rótulo del problema: «obesidad». Con ello, si alguno de los profesionales quiere acceder a información de lo trabajado por sus colegas, para ajustar su propia conducta terapéutica, podría hacerlo fácilmente, revisando todas las notas de evolución referidas a dicho problema.

Por qué la HCOP alienta una mayor cobertura de necesidades de salud del paciente o usuario?

La HCOP permite recuperar la identidad única de las necesidades de salud de cada paciente o usuario, y que se traduce en la suma de los problemas que porta. El abordaje coordinado y continuo de esa combinación de necesidades, es la esencia de la atención integral.

Ejemplo: En relación al caso del anexo, pueden haber muchos pacientes con hipertensión, pero

la secuencia de problemas que la acompaña para una persona en particular es lo que lo hace único.

La atención integral se concreta cuando el equipo de salud se esfuerza por ir resolviendo y «fusionando», permanentemente los problemas de la persona, con el objetivo de que el paciente tenga todos sus problemas resueltos o bajo control. La lista de problemas entonces, debe ser el «disparador» de la atención integral de salud del paciente.

Naturalmente, alcanzar estos objetivos depende del profesional de salud que ofrezca sus servicios al paciente. De él depende enfocarse en el cuidado del paciente como un todo, respondiendo a la diversidad de problemas que posee, y no solo a lo prioritario. Así, si bien, los problemas identificados son una guía para el manejo integral del paciente,

Bibliografía

depende del proveedor de servicios no volverlo fragmentado por el encasillamiento de cada problema como si no estuviera relacionado con la persona en su conjunto, sino usarlo como un puente para el abordaje de la persona como una entidad bio-psico-social indivisible.

1. Rubinstein A. et al, Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Buenos Aires. Ed Médica Panamericana, 2003.

2. Mc Whinney Ian, Medicina de Familia. New York, Ed. Mosby/Doyma Libros, 1995.

3. Cantale C, Historia clínica orientada a problemas. Centro Privado de Medicina Familiar, 2003.

4. Rakel R. Textbook of Family Practice, 5th USA, W.B. Saunders Company, 1995.

Caso ejemplo: José de 52 años consulta por un cuadro de dolor lumbar de 2 días de evolución, refiere fumar una cajetilla por día y su padre tiene cáncer de colon. En el examen físico tiene un registro alto de presión arterial,

un índice de masa corporal de 30 y dolor a la digitopresión en región lumbar.

A partir de los datos de la historia elaboramos la siguiente lista de problemas que se coloca en la página inicial de la HCOP:

LISTA DE PROBLEMAS						
Nombre:			HC N°:			
PROBLEMAS CRÓNICOS						
Nº	PROBLEMA	FECHA DE INICIO	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE FIN	COMENTARIOS	
1	Mantenimiento de salud		21/03/2005			
2	Tabaquismo	1995	21/03/2005			
3	Obesidad	1998	21/03/2005			
4	Hipertensión Arterial	12/04/2005	12/04/2005			
5						
6						
PROBLEMAS INACTIVOS						
a	Padre con cáncer de colon		21/03/2005			
PROBLEMAS AGUDOS						
Nº	PROBLEMA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	COMENTARIOS
A	Lumbalgia Aguda	21/03/2005	//			
B	Registro alto de PA	21/03/2005	01/04/2005	12/04/2005		PASA A 4
C						
D						

Puede verse que se consideran problemas crónicos y agudos y activos e inactivos.

También se aprecia la evolución en la notación de los problemas según la precisión alcanzada en su diagnóstico.

PLAN				
PROBLEMA	PLAN DIAGNÓSTICO	PLAN TERAPÉUTICO	PLAN DE SEGUIMIENTO	PLAN EDUCACIÓN
1 Mantenimiento de salud	Perfil lipídico Glicemia	Vacuna Antitetánica		Consejería sobre enf. Cardiovasculares
2 Tabaquismo				Consejería
3 Obesidad		Dieta hipocalórica 1200 calorías Ejercicio programado	Control mensual de peso	Educación alimentaria Estilos de vida saludables
4 Padre con cáncer de colon	Sangre oculta en heces			
A Lumbalgia Aguda		Analgésicos Medios físicos		Hábitos posturales
B Registro alto de presión arterial	Control ambulatorio de PA			

Correo de los lectores

En este espacio esperamos publicar las cartas o e-mails que los lectores envíen a nuestro Comité editorial para hacernos llegar sus comentarios, quejas, observaciones, sugerencias, dudas o cualquier otro que consideren que debe ser compartido con los Equipos de Atención Primaria de Salud, y en general con nuestros lectores. El correo postal de IDEFI-PERU, sede del comité editorial de RAMPA es Jr. JJ Pazos 106, Lima21 (Pueblo Libre), y el e-mail de RAMPA para esta correspondencia es: correo_lectorampa@idefiperu.org o al e-mail de RAMPA: rampa@idefiperu.org.

Anuncios

En este espacio esperamos publicar anuncios relacionados a Eventos científicos, oportunidades de trabajo, Becas u otros servicios de interés para los Equipos de Atención Primaria de Salud. Los invitamos a que nos envíen sus anuncios para publicarlos en este espacio de RAMPA. El correo postal de IDEFI-PERU, sede del comité editorial de RAMPA es Jr. JJ Pazos 106, Lima21 (Pueblo Libre), y el e-mail de RAMPA para esta correspondencia es: correo_lectorampa@idefiperu.org o al e-mail de RAMPA: rampa@idefiperu.org.

Congreso Regional WONCA Iberoamericana CIMF

Se realizó los días 11 al 14 de Octubre de 2006 en el Sheraton Hotel de la espectacular ciudad de Buenos Aires, Argentina, el I Congreso Regional de WONCA Región Iberoamericana CIMF, V Congreso de la FAMFyG y IV Congreso de la AAMFyG. A este magno evento asistieron más de una docena de colegas peruanos de Lima, Trujillo y Arequipa. La delegación peruana estuvo encabezada por el Dr. Ivan Vega Berrocal, vocal de la Sociedad Peruana de Medicina Familiar Integral y Gestión en Salud (SOPEMFIG).

En dicho congreso se reunieron los diferentes países miembros de la Regional de WONCA - Región iberoamericana CIMF, contándose con la participación de más de un representante del Consejo Mundial del WONCA (World Organization of Family Doctors). WONCA, es la organización que agrupa los intereses de todos los médicos de familia/ médicos generales del mundo. El Perú tiene un asiento en dicho Consejo a través de la Sociedad Peruana de Medicina Familiar Integral y Gestión en Salud (SOPEMFIG), el cual en esta oportunidad fue ocupado por el Dr. Vega, quien acudió en nuestra representación.

Juramentación y toma de cargo del Consejo Directivo Nacional de la SOPEMFIG

A mediados de este año asumió un nuevo Consejo Directivo para la Sociedad Peruana de Medicina Familiar Integral y Gestión en Salud (SOPEMFIG), el cual está encabezado por el Dr. Martín Tantaleán como presidente, quien se acompaña del Dr. Nicolás Reto como Secretario, Dra. Luz León como Directora de Asuntos Económicos, Dra. Patricia Polo como Directora de Asuntos Científicos, Dra. Nilda

Osorio como Directora de Relaciones Públicas, la Dra. Julia Torero, el Dr. Ivan Vega como vocal y otros miembros.

Felicitaciones a todos ellos y el deseo que durante su gestión despegue la especialidad en la medida en que todos deseamos.

Juramentación y toma de cargo de la Filial Trujillo de la SOPEMFIG

En Junio de este año asumió su cargo como presidenta de la Filial Trujillo de la Sociedad Peruana de Medicina Familiar Integral y Gestión en Salud (SOPEMFIG) la Dra. Ana Chiang. La acompañan en el cargo prestigiados colegas de la especialidad de Medicina Familiar como la Dra. Evelyn Goicochea Ríos, la Dra. Isabel Torres y el Dr. Freddy Cabrera Díaz, entre otros colegas.

En la página siguiente pueden verse algunas fotos de la juramentación y posterior cena de confraternidad, que gentilmente nos hicieron llegar a esta redacción.

El Colegio Médico del Perú e IDEFIPERU coorganizan los cursos gratuitos: Fundamentos básicos de la Medicina Familiar y Fundamentos intermedios de la Medicina Familiar

Como consecuencia del éxito de los cursos sobre Medicina Familiar co-organizados por el Colegio Médico del Perú e IDEFIPERU en Julio y Agosto del presente año, estas dos instituciones están coorganizando los cursos Fundamentos básicos de la Medicina Familiar y Fundamentos intermedios de la Medicina Familiar, a realizarse los días 27 y 28 de enero y 3 y 4 de febrero del 2007 en el auditorio del Colegio Médico. Los cursos son gratuitos. Mayores informaciones pueden encontrarse en las páginas web de ambas instituciones.



Se abrió el Diplomado en Atención Primaria de Salud organizado por la Universidad Cesar Vallejo en Trujillo.

Con singular éxito se viene desarrollando en la ciudad de Trujillo, desde la primera mitad de este año, y ya está próximo a culminar. El diplomado se inició en mayo del presente año y es organizado por la Escuela de Medicina de la Universidad Cesar Vallejo. La coordinadora es la Dra. Evelyn Goicochea.

Se reabre la especialidad de Medicina Familiar en la UPCH: Se ofertarán 12 Vacantes en la modalidad de destaque para el 2007.

La Universidad Cayetano Heredia (UPCH) ofrece 12 vacantes para la Residencia de Medicina Familiar en la modalidad de destaque, para el año 2007. Éstas se dirigen a médicos nombrados en el MINSA, ESSALUD o Sanidades.

Puede verse la información básica sobre la residencia en el siguiente enlace:

http://www.upch.edu.pe/famed/postgrado/a_presenta.asp

y ahí buscar el botón con el link de la especialización en Medicina Familiar.

Dirección de Postgrado de la UPCH ofrece 6 semi-becas en curso de preparación, para médicos nombrados que el 2007 postulen a la especialidad de Medicina Familiar en el concurso a la Residencia.

La UPCH está ofreciendo 6 medias becas para el curso de preparación para el examen de admisión a la Residencia 2007, a médicos nombrados en el MINSA o ESSALUD que estén ABSOLUTAMENTE SEGUROS de presentarse a Medicina Familiar (MF) el próximo año.

Los participantes en este proceso que ganen las semibecas participarán del curso, de enero a abril del 2007. Estos semi-becados pagaran sólo la mitad del costo del curso (hay facilidades para pagarse mensual o trimestralmente). Pueden ver la información sobre el curso en el siguiente enlace:
www.upch.edu.pe/famed/emc

Los requisitos para participar del proceso de selección para las semibecas son: enviar su Curriculum vitae por e-mail, e-mail y teléfono de un colega que les sirva de referencia y declaración de estar apto para postular a la residencia médica. Y posteriormente a su selección, firmar una carta de compromiso de postular a la residencia de Medicina Familiar.

Cronograma:

Recepción y revisión de documentos: hasta el 30 de diciembre del 2006.

Evaluación de candidatos: hasta el 3 de enero del 2007.

Comunicación y matrícula de los semi-becados: hasta el 8 de enero del 2007.

Los interesados en las becas comunicarse con los e-mails properu18@hotmail.com y/o migsuarezb@yahoo.com para cualquier información o envío de sus documentos.

UPCH y Sociedad Peruana de Medicina Familiar co-organizan curso introductorio en Medicina Familiar: Enero 2007

La UPCH y la Sociedad Peruana de Medicina Familiar (SOPEMFIG) coorganizan el Curso Introductorio en Medicina Familiar: 18, 19 y 20 de enero del 2007.

Por el espíritu de difusión de estos cursos los precios son sumamente módicos.

Pueden ver la información sobre el curso en el siguiente enlace:

www.upch.edu.pe/famed/emc

La información detallada de todos los anuncios incluidos en esta sección son ampliados en el blog de noticias de RAMPA:

<http://idefi.blogspot.com/>

INSTRUCCIONES PARA LOS PARTICIPANTES DEL CADEC

PRESENTACIÓN

Como parte de su política de favorecer las oportunidades formativas para los miembros de los Equipos de Atención Integral (Equipos AIS), IDEFI PERU impulsa, con el auspicio de la Sociedad Peruana de Medicina Familiar integral y gestión en salud (SOPEMFIG), el **“Curso a distancia de Educación Continua en Atención Integral y Salud Familiar para los Equipos AIS”** (CADEC), lanzado como una sección fundamental de RAMPA.

Con este curso se busca proveer una introducción al conocimiento de herramientas técnicas para el ejercicio de la Medicina Familiar y la Atención Integral de Salud, preparando al equipo de salud para el cambio de paradigmas en sus actividades, proveyéndoles de una nueva visión del proceso salud enfermedad, y mostrándoles el camino para obtener competencias que les permitan responder a las necesidades de salud emergentes de la persona, familia y comunidad, contribuyendo así a elevar la calidad de vida de la población, y logrando con ello una mayor eficiencia y eficacia en sus acciones. Los contenidos a presentarse en el CADEC están programados para servir específicamente a médicos, enfermeras, odontólogos y obstetras aunque con una adaptación individual y pueden ser válidos para todos los profesionales de los equipos AIS⁽¹⁾.

Los contenidos del CADEC serán ofrecidos como entregas que se integran como una sección más de RAMPA, pero sirven como insumos para actividades complementarias tales como: evaluaciones periódicas, talleres, exámenes de fin de curso y otras que posibilitarán a sus participantes alcanzar la respectiva certificación al final del proceso educativo.

(1) Denominamos Equipos AIS, a los equipos locales y regionales de profesionales y técnicos del primer nivel de atención, y profesionales de la medicina ambulatoria no especializada del segundo y tercer nivel de atención; los cuales deben encarar el desafío de ofrecer Atención Integral de Salud a las personas en todas sus etapas de vida y en el contexto de su familia y comunidad.

OBJETIVOS DEL CURSO A DISTANCIA

OBJETIVO GENERAL

-Ofrecer a los miembros profesionales de los equipos de salud locales y regionales, conocimientos y nuevas competencias que les sean útiles para ofrecer una Atención Integral de Salud en el marco de la Medicina Familiar.
-Contribuir al avance y la difusión de la Atención Integral de salud y de la Medicina Familiar, así como a brindar una mejor calidad de vida a la comunidad.

OBJETIVOS EDUCACIONALES

Al finalizar el curso los participantes habrán :

-Ampliado sus conocimientos sobre diversos tópicos concernientes a la disciplina de la Medicina Familiar, los cuales les serán útiles para ofrecer una adecuada Atención Integral de Salud.

-Fortalecido su capacidad para analizar las prácticas y procesos prestacionales y de gestión, y adaptarlos innovadoramente para ofrecer una adecuada Atención Integral de Salud en el marco de la Medicina Familiar.

-Desarrollado capacidades conceptuales y metodológicas en Medicina Familiar, que los habiliten para ofrecer una adecuada Atención Integral de Salud.

DIRIGIDO A

El Curso a distancia está dirigido a:

-Médicos, enfermeras, odontólogos y obstetras que ejerzan su práctica principal o alterna en la Atención Primaria de Salud (Primer nivel de atención y medicina ambulatoria no especializada del segundo y tercer nivel de atención), o tengan programado ejercerla.

-En general, todos los médicos, enfermeras, odontólogos y obstetras interesados en los conocimientos de la Atención Integral y Medicina Familiar.

Un desafío importante para el curso es abordar los aspectos generales de la atención integral, para los cuales es posible un enfoque compartido por los distintos profesionales de salud, tanto como aquellos aspectos específicos de cada disciplina profesional, y que son su aporte al trabajo multidisciplinario.

FORMATO DEL CURSO

INSCRIPCION

El curso actualmente se encuentra en reestructuración, por lo que las instrucciones originalmente publicadas están siendo modificadas. Invitamos a los interesados a participar en el curso a pre-inscribirse en el enlace disponible en www.idefiperu.org, y posteriormente se les hará llegar la información correspondiente a su dirección electrónica.

METODOLOGIA

El CADEC, tiene una metodología de aprendizaje que gira en torno a la lectura y asimilación de materiales escritos que el alumno recibe, y los cuales serán posteriormente evaluados.

Los textos del curso serán siempre ofrecidos a través de RAMPA, pero existen materiales adicionales que podrán ser descargados en la página web del curso, y sobre los cuales los participantes inscritos serán alertados oportunamente.

El participante deberá tomar contacto con el material entregado, a través de la lectura de los contenidos ofrecidos, y posteriormente enviar sus inquietudes, preguntas, comentarios y opiniones a los docentes.

La interacción docente-alumno es no presencial e íntegramente a través del INTERNET. Esta se desarrollará por tres medios: vía e-mail, vía chat-messenger según una programación específica y vía los foros de debate en la modalidad de e-groups o grupo virtual a través de los cuales se desarrollará la interacción con la comunidad académica.

Al foro de discusión público se accede ingresando al grupo yahoo:

http://es.groups.yahoo.com/group/RAMPA_CADEC/

Adicionalmente existen otros foros internos preparados para el curso en la página web de IDEFI-PERU.

ORGANIZACIÓN

El curso actualmente se encuentra en reestructuración, por lo que los contenidos pueden variar en relación a los inicialmente publicados, sin embargo, deben abordarse temas de los 4 bloques de contenidos del curso, los cuales son:

Bloque 1: Bases de la Atención Integral y la Medicina Familiar

Se abordan aspectos clave para comprender los contenidos de las siguientes unidades, incorporando tanto aspectos conceptuales (Principios, estrategias y acciones tanto de la Atención Integral como de la Medicina Familiar) como instrumentales (Abordajes, Herramientas, Medicina basada en evidencias, etc.).

Bloque 2: Acciones de Salud en el Establecimiento de Salud y la Comunidad

Explora algunos de los múltiples contenidos necesarios para implementar la Atención Integral de Salud y la Medicina Familiar en el Establecimiento de Salud y la Comunidad, abordando tanto acciones a desarrollar en el contexto de la acción intra-mural (calidad, gestión, lectura de indicadores, etc.) como extra-mural

Bloque 3: Acciones de Salud en la Familia

Desarrolla aspectos básicos que requieren ser asimilados por los profesionales que desean ofrecer una atención integral a la familia, presentando algunos conceptos básicos de la aproximación sistémica a la familia, herramientas elementales que se emplean para este abordaje (famiograma, APGAR familiar), e incluso describe algunos problemas típicos en familias que se presentan en la práctica cotidiana.

Bloque 4: Acciones de Salud en la Persona

Se presenta por etapas de vida y con contenidos adaptados o diversificados de acuerdo a la rama profesional. Se trabajarán las siguientes etapas del Ciclo Vital de la Persona:

- Adulto Mayor
- Adulto y Gestante
- Niño y Adolescente.

DURACIÓN DEL CURSO

El curso actualmente se encuentra en reestructuración, por lo que no está definido el período en que se desarrollará, no obstante se estima que su lanzamiento se realice durante el primer semestre del 2007.

BIBLIOGRAFIA

Jack Medalie Family Medicine principles and practice. USA, The Williams and Wilkins, 1978

Richard B. Birrer y col/. Urban Family medicine USA Ed Sringer-verlag, 1987

The practice of family medicine / London, Ed. E &S Livingstone,1971

E.Gallo Vallejo y col. Manual del residente de Medicina familiar y comunitaria. 2da Edición. España . SEMFIC, 1998

Ernest Yen. Revisión y evaluación de la Medicina de Familia. Venezuela. Univ. Los Andes, 1995

Lisa M. Slatt. Essential of family Medicine. USA, The Williams and Wilkins 1988

Family Therapy complementary Frameworks of theory and practice. Vol. 1 y 2 Arnen Ventomin / London ,The British council, 1982

Jhon Fry, Common Diseases: their nature and incidence and care, London 1979, TP Press limited 1979

R. Barruto Cruz, Atención Primaria de salud: Medicina familiar y educación Médica Bolivia Univ. San Andres 1998

McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación familiar en Atención Primaria: Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona Ed Sringer-verlag. 1998

Robert Rakel, Text Book of family practice. 5 th Ed. USA, W.B. Saunders company, 1995

Luis de la Revilla, Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. España, Doyma. 1998

B Sackett, Epidemiología Clínica una Ciencia básica para la medicina clínica. / Madrid, Ed. Diaz Santos 1989

Adolfo Rubinstein, et al Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Argentina Ed. Médica Panamericana, 2003

Ian R. Mc Whinney Medicina de Familia, Doyma libros SA. 1995

Robert B. Taylor, Manual of Family Practice, Williams and Wilkins 2002

Robert B. Taylor, Family Medicine. Principles and Practice. 6ta edición, Springer 2003

Jeannette E. South-Paul, et al. Current Diagnosis & Treatment in Family Medicine, Mc Graw-Hill, 2004



INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES DE RAMPA

DEL ESTABLECIMIENTO DE LA COLABORACIÓN

Para iniciar la colaboración con la Revista de Atención Integral de Salud y Medicina Familiar para la Atención Primaria (RAMPA), basta con una carta o un e-mail del autor en el que haga llegar su intención de redactar un artículo para alguna de las secciones de la revista. Para ello por favor considerar que RAMPA es una revista que prioritariamente trata sobre temáticas relacionadas a la Medicina Familiar, la Atención Integral de Salud, la Atención Primaria, la Salud de la Familia, el Cuidado de la Salud por Etapas de Vida, el Trabajo Comunitario, la Prevención y Promoción de la Salud, la Atención intercultural a poblaciones vulnerables (etnias amazónicas, población quechua-hablante, etc.), Gestión de la Salud en la atención primaria, y otros temas relacionados.

Igualmente considerar, al momento de plantear su contribución que RAMPA inicia sus actividades con las siguientes secciones:

- Tema para el Debate.
- Fascículos CADEC
- Recomendaciones basadas en la evidencia para el equipo de Atención Primaria de Salud
- Actualizaciones (Artículos de Revisión)
- Artículos Originales (Investigaciones)
- Experiencias en Medicina Familiar y Atención Integral de Salud
- Noticias de la Atención Integral de Salud
- Puntos de vista en Atención Primaria de Salud
- Conceptos en Medicina Familiar y Atención Integral de Salud
- Correo de los lectores
- Anuncios

Si bien su participación es bienvenida en cualquiera de dichas secciones, pueden crearse nuevas secciones a solicitud de los lectores y autores.

Aceptado el tema de la colaboración y la sección en la que ella será publicada, el equipo de Editores de RAMPA se pondrá en contacto por vía electrónica con el autor solicitante para viabilizar su participación para uno de los siguientes números de la revista. Este soporte debe conducir al envío oficial de su

colaboración en los términos que se presentan en este documento. IDEFI-PERU como institución responsable de la RAMPA se compromete a reconocer la colaboración de los autores o co-autores con certificados de participación donde se especifique la magnitud de la colaboración recibida.

DE LAS CONDICIONES DE LA COLABORACION

Los textos que los autores envíen se consideran una colaboración voluntaria a IDEFI-PERU, concordante con el valor gratuito de las suscripciones a RAMPA. Dado que se trata de una publicación de "acceso libre" los derechos del autor son retenidos por los autores colaboradores y no pertenecen a IDEFI-PERU. Ello implica que los autores pueden publicar estos textos por cualquier otro medio, sin para ello requerir autorización alguna de IDEFI-PERU.

Por su lado, IDEFI-PERU se compromete éticamente a no utilizar para fines comerciales los textos recibidos, no pudiendo reproducirlos en forma íntegra para su venta, sin la expresa autorización de los autores. Sin embargo, existe la posibilidad de que se desarrollen nuevos materiales para posteriores publicaciones o cursos, tomando como base los materiales producidos, en cuyo caso los autores tendrán la primera opción para participar en la nueva edición y aparecer nuevamente como autores. En caso de que los autores originales no acepten participar en esta nueva edición, IDEFI PERU podrá permitir que el material sea adaptado por otros autores y en consecuencia los autores originales ya no figurarán en la autoría de los nuevos textos, aunque serán citados correspondientemente.

Lógicamente, IDEFI PERU como institución sin fines de lucro requiere ingresos para cubrir sus costos, especialmente porque RAMPA es gratuita. En consecuencia es posible que se desarrollen mecanismos que deriven parcialmente de los materiales producidos, los cuales no están contemplados en el compromiso del párrafo anterior.

DE LA ELABORACIÓN ORIGINAL Y
EDICIÓN DE LA COLABORACIÓN

Se espera que al momento de redactar sus materiales, los autores se ajusten a las pautas descritas en estas Instrucciones. IDEFI-PERU a través del equipo de editores de RAMPA se reserva el derecho de editar los materiales producidos en toda la extensión que se requiera para acercarse a los perfiles técnicos que IDEFI-PERU respalda y se aplican en RAMPA.

En consecuencia, el equipo de editores de RAMPA revisará y, si es necesario, propondrá las modificaciones que se requieran a los textos revisados. Siempre que lo anterior ocurra, se enviará por e-mail la edición con las correcciones sugeridas a los autores para su revisión. Si el autor está de acuerdo con las modificaciones propuestas deberá enviar su conformidad por e-mail, mientras que si no concordara con ellas, se podrán negociar los aspectos a modificar, y sólo como última posibilidad se tendrá la posibilidad de retirar su colaboración.

DE LA CORRESPONDENCIA DERIVADA
DE LAS COLABORACIONES

Dado que se busca una importante interacción a partir de los materiales publicados, se incentivará el envío de correspondencia (Preguntas, comentarios, añadidos, etc.) en relación a las temáticas abordadas. Como dirección para la correspondencia se darán siempre los e-mails de IDEFI-PERU y en la mayoría de los casos, la correspondencia será publicada en las secciones respectivas de la página web de IDEFI-PERU o en los medios de comunicación con los alumnos.

La institución se compromete a derivar a los autores toda correspondencia referente a las colaboraciones de su autoría. Los autores tendrán un plazo prudente para responder esta correspondencia.

En aquellas situaciones en las cuales no se reciba esta respuesta de parte de los autores, y considerando que los materiales aprobados para su publicación pasan por un proceso de edición extensa que compenetra al equipo de editores de IDEFI PERU con las temáticas abordadas, éstos podrá responder la correspondencia motivada por los trabajos en cuestión, siempre que los autores no hayan enviado la respuesta respectiva.

DEL CUMPLIMIENTO Y LA
OPORTUNIDAD DE LAS
COLABORACIONES

Establecida la colaboración entre el autor o co-autor e IDEFI-PERU, los editores de RAMPA informarán al autor en que número de la revista se espera que salga su colaboración y se procederá a enviarles un cronograma para el desarrollo de las colaboraciones el cual establece para cuando se espera que envíen su primer borrador, su segundo borrador (con la edición propuesta) y cuando se espera que el material ya esté integrado a los otros materiales de RAMPA. El autor se compromete a entregar sus colaboraciones al artículo en las fechas propuestas.

Si para las fechas acordadas, el autor o co-autor no cumple con entregar los materiales respectivos, entonces los editores de RAMPA podrán postergar para el siguiente número su participación. En el caso de haber reincidencia, IDEFI-PERU podrá dar por cancelada la colaboración.

DE LAS NORMAS PARA LA
REDACCIÓN DE LAS
COLABORACIONES

El equipo de editores de RAMPA dedicamos mucho tiempo a la lectura de borradores y documentos preliminares de los autores o co-autores y por esto valoramos positivamente los trabajos fáciles de editar.

En tal medida las siguientes recomendaciones contenidas en este documento establecen el marco general y los principios básicos a seguir en la preparación de los borradores y materiales para RAMPA.

Siempre que sea posible, al presentar los temas se deberá utilizar la estructura que se adapta al tipo de artículo a desarrollar. Una vez definido el tema de la colaboración y el tipo de artículo, el equipo de editores de RAMPA le hará llegar al colaborador instrucciones específicas con el tipo de estructura a emplear, de acuerdo al artículo a redactar.

Los artículos deben tener la longitud media que se especifica para cada sección y que se les hará llegar en instrucciones específicas. Excepcionalmente y analizando cada caso, se considerarán colaboraciones con longitudes superiores a ésta.

revisión. Si el autor está de acuerdo con las modificaciones propuestas deberá enviar su conformidad por e-mail, mientras que si no concordara con ellas, se podrán negociar los aspectos a modificar, y sólo como última posibilidad se tendrá la posibilidad de retirar su colaboración.

Idealmente el texto debe adecuarse a los patrones de la redacción académica convencionales, semejantes a cualquier libro de texto en materias de salud, aunque dentro de lo posible debe mantenerse lo más amigable posible. Ello significa que, sin emplear lenguaje coloquial que pueda reducir la credibilidad de nuestros materiales, debemos emplear ejemplos, frase cortas, evitar términos innecesariamente complejos, cuando pueden ser usados otros más accesibles, etc. Dentro de lo posible no utilizar términos que no hayan sido previamente introducidos, guardando una secuencia lógica de gradual complejidad en la presentación de los materiales novedosos. Dado que la revista se dirige a los Equipos de Atención Integral de Salud se solicita no emplear terminología conocida exclusivamente por los médicos.

RAMPA emplea la notación del sistema métrico universal con comas decimales y puntos en la separación de miles.

Se sugiere como medios para mejorar la redacción de los materiales, que antes de ser enviados al equipo de editores de RAMPA, los autores o co-autores lean en voz alta los contenidos redactados, e introduzcan las modificaciones de estilo necesarias para hacerlos más comprensibles.

DE LA BIBLIOGRAFÍA

Se emplearán las normas que se adhieren a las recomendaciones de Vancouver, y que se encuentran en la siguiente página web:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Para favorecer nuestra credibilidad como equipo sólo usaremos referencias que los autores hayan efectivamente leído y aprobado en su contenido. Un modo de demostrar esto (a los editores y al público al que se dirige el material) es no sólo mostrar una lista de referencias al final, sino siempre tenerlas encadenadas a las citaciones numeradas en el texto, e idealmente incluir el nro de página del que específicamente se sacó la cita.

En lo referente a citas a información obtenida a través de INTERNET, sólo se deben citar páginas web cuyo contenido es avalado por los autores y sea constatado por el equipo de editores de RAMPA.

En la versión final adoptaremos la nomenclatura americana de colocar en el texto la numeración de las referencias en el orden de su aparición. Sin embargo, para el primer y segundo borrador agradeceremos seguir la nomenclatura británica, colocando en el punto del texto donde se hará la referencia, entre paréntesis el nombre del autor, y si hubiera más de un artículo, el año de publicación. Se introducirá la nomenclatura americana sólo al momento de organizar el ejemplar final.

TABLAS Y FIGURAS

Las tablas y figuras deben ir numerados y preferentemente entregarse tanto en los textos enviados como en archivos aparte. Esto es especialmente para las figuras que pueden requerirse ser editados, por lo que deben ser enviadas como un archivo en el formato original (JPG, BMP, etc.). Tanto las tablas como las figuras deberán incluir las fuentes de las cuales han sido obtenidas para hacer la citación respectiva.

DE LA EVALUACIÓN

Cuando se trate de colaboraciones al CADEC, será necesario enviar conjuntamente con su colaboración un conjunto de 8 preguntas estructuradas, las cuales servirán para las diferentes pruebas que se aplicarán a los alumnos del CADEC.

Conjuntamente con las preguntas se enviará el solucionario estimado para las mismas el cual facilitará la calificación y el feedback que se enviará a los alumnos.

En el caso en el que los autores no hayan enviado las preguntas, o cuando algunas de éstas hayan sido consideradas no satisfactorias por al equipo de editores la RAMPA, éste se encontrará en libertad de preparar las preguntas que sean necesarias para completar el grupo de preguntas requerido.

En todos los casos, la aplicación de las evaluaciones y calificación de los alumnos