

Fundación de Neurociencias

Ante ciertas limitaciones legales y estatutarias, y aún de “presentación ante la sociedad”, que tienen las asociaciones científicas en pro del desarrollo de sus tareas de compromiso para con los pacientes y para con el sector salud; para los profesionales tanto médicos, como de otras profesiones afines, las presidencias y juntas están en el desarrollo de la idea de constituir un ente que pueda adelantar tareas para las que las asociaciones tienen algún tipo de limitación.

La fórmula más razonable aparece como la de constituir un fundación, cuestión ésta a la que el gremio médico está ya acostumbrada y que goza también de general aceptación en el ámbito internacional y tiene facilidades organizativas y un adecuado grado de control por parte de autoridades estatales sin llegar a agobiar las tareas ni a tener cortapisas en el desarrollo como parece que podría ocurrir en el ámbito de las cooperativas, idea que parece descartada.

Las asociaciones que han decidido participar en este empeño son las de neurología, neurocirugía, psiquiatría, neurología infantil y Liga Colombiana contra epilepsia.

Los presidentes acompañados de asesores jurídicos y contables, se han venido reuniendo periódicamente, para examinar

tanto lo que sería el texto del estatuto que regiría a la asociación como para analizar los diversos operativos prácticos de manera que cuando la idea finalmente se formalice, su ejecución no encuentre obstáculos distintos de los imposibles de prever con la mayor diligencia.

Se debe destacar, la importancia de crear sinergias entre las asociaciones profesionales y los profesionales asociados a ellas en torno al progreso de, de las neurociencias, de los pacientes aquejados de dolencias que tienen que ver con los campos de la neurología, la neurología infantil, la neurocirugía y la epilepsia, que requieren interacciones con el sector salud, con entidades internacionales y en general con un país que cuenta con fórmulas insatisfactorias para que los servicios de salud se extiendan a quienes lo necesitan.

Por otro lado, la organización que ha de crearse tiene el propósito de producir ahorros y eficiencias en la operación de las asociaciones y crear economías de escala en la prestación de servicios comunes, lo que redundará sin duda en el beneficio de esas asociaciones de sus asociados en el sector salud y de la comunidad.

CARLOS BOTERO, ABOGADO

JESÚS H. RODRÍGUEZ, PRESIDENTE ACN

Contenido

- Fundación de Neurociencias
- Equidad para el tratamiento trombolítico del Ataque cerebrovascular
- Cambios en el plan obligatorio de salud: una oportunidad
- Estudio RELY
- Congreso colombiano de residentes de neurología y neuropediatría 2009

Equidad para el tratamiento trombolítico del Ataque Cerebrovascular

En Marzo del 2006, un grupo de neurólogos colombianos de diferentes ciudades del país y diferentes niveles de atención hospitalaria, nos reunimos en el Hotel Marriot en la Ciudad de Panamá bajo los auspicios de la Asociación Colombiana de Neurología, con el propósito de identificar las barreras a la trombólisis del ACV agudo, reconociendo que la trombólisis con rtPA había sido aprobada por FDA como tratamiento eficaz en casos seleccionados de ACV isquémico agudo 7 años atrás y que las reticencias de las autoridades regulatorias de algunos países como Canadá y Japón, se habían rendido finalmente a la evidencia.

Las encuestas realizadas en aquella reunión y el contenido de la discusión, identificaron las 7 barreras a la trombólisis en nuestro país.

La ACN ha trabajado intensamente desde entonces en contrarrestar estas barreras: el día del ACV ha sido dedicado específicamente a la identificación del ACV agudo entre las víctimas y sus acudientes, a la educación continuada al personal médico y paramédico de ambulancias y a la educación continua al personal de clasificación (triage) de los hospitales. Su efecto sobre la comunidad es difícil de medir pero la mejora en el nivel de la atención prehospitalaria y en los procesos de triage es ostensible, al menos en la ciudad de Bogotá.

Una de tales barreras está constituida por el hecho de que el agente trombolítico: activador de plasminógeno tisular (rtPA) no está incluido en el POS. Esta inconcebible exclusión hace que el procedimiento de trombólisis sea motivo de glosa para las instituciones cuyos neurólogos optan por ofrecer esta medida de emergencia a los pacientes que la requieran, a pesar de que el medicamento esté licenciado por el INVIMA (1) con tal indicación y a pesar de que el tratamiento trombolítico está protocolizado por el Ministerio de la Protección Social, está incluido por la ACN en sus Consensos de 2006 (2) y fue protocolizado en las Guías ISS-Ascofame de 1999 (3) y por la Red Nacional de Trombólisis (4) en un reciente consenso. Así las cosas, el rtPA estaría destinado solo a los pacientes atendidos en clínicas privadas, bajo regímenes de aseguramiento privado, violando el principio de equidad que rige el Sistema Nacional de Seguridad en Salud, por mandato constitucional.

Es respuesta a esta inequitativa situación, la ACN inició una solicitud de ingreso del rtPA al POS, usando el conducto regular ante el Ministerio de la Protección Social; para tal fin desarrolló un estudio de costo-efectividad que demostró, bajo el modelo propuesto, que el tratamiento es costo-efectivo en Colombia y presentó una extensa documentación ante el Comité Asesor de Medicamentos del Ministerio; desafortunadamente las dificultades que tuvo

la instalación de la CRES (Comisión de Regulación en Salud) y que son de público conocimiento, retrasaron una primera respuesta negativa. El contenido de esa primera respuesta fue realmente desapacible dado que de ella se deducía escaso conocimiento sobre la enfermedad y su importancia epidemiológica, y aún menos sobre las expectativas de tratamiento de la misma en el escenario agudo. Procedimos entonces a elevar un Derecho de Petición en el mismo sentido que redactado en la última semana de Octubre, abre la plena posibilidad de tratar a todos nuestros pacientes con trombólisis. La barrera ha sido derruida.

El documento 13130-302160 del 6 de Octubre del 2009 producido por el Ministerio de la Protección Social y dirigido a la ACN en cabeza de su ex presidente, acoge plenamente las directrices de la Guía ISS-ASCOFAME de 1999 y establece de manera explícita que los pacientes que requieran este tratamiento deben recibirlo a título de emergencia manifiesta, acorde con la Sentencia T760 de la Corte Constitucional. De manera razonable argumenta que, estando *ad- portas* de una profunda reforma al Plan Obligatorio de Salud que unificará el régimen contributivo con el subsidiado, no parece prudente incluir medicamentos en el POS ahora. Desde luego, la Asociación Colombiana de Neurología estará atenta a que siendo ésta, la única terapia para el ACV con Evidencia I y Grado de Recomendación A, sea incluida en el nuevo POS, para que ningún colombiano esté al margen de recibir tratamiento óptimo, si su condición clínica y paraclínica lo indica.

Los neurólogos colombianos tienen ahora el respaldo legal que hacía falta para proceder a tratamiento trombolítico en los pacientes que lo requieran, con la razonable seguridad de que el sistema responderá económicamente por los costos del procedimiento a la IPS y que su trabajo será debidamente recompensado. La ACN recomienda a todos los colegas que atienden urgencias y que por ello deberán decidir trombólisis para algunos de sus pacientes que:

1 Actualicen las Guías Institucionales para el Tratamiento del ACV, inclu-

yendo el protocolo de trombólisis. La ACN les proveerá de una Guía en el Formato de la Secretaria de Salud para su legalización si así lo desean.

2 Generen un código institucional asimilado al 380110 del tarifario ISS o al 3802100 del SOAT que corresponde a **Trombólisis de vasos intracraniales por vía endovascular**; la Asociación producirá en breve –si no lo hizo ya- su recomendación para el cobro de honorarios por este delicado procedimiento, documento que deberá usarse junto con el documento del Ministerio de Protección Social arriba citado, como respaldo a cualquier dificultad administrativa que surgiera con cobro del procedimiento. En breve recibirán también, una plantilla electrónica con el texto que debe adjuntarse a la historia clínica y con las órdenes medicas de seguimiento a las complicaciones. Si los procedimientos están debidamente sustentados en la historia clínica y los documentos de urgencia manifiesta para el Comité Técnico Científico de la EPS correspondiente están debidamente diligenciados, no existe posibilidad de glosa.

Como Asociación Colombiana de Neurología estamos profundamente satisfechos por esta gestión que aproxima al enfermo cerebrovascular cada vez más, al derecho que el sistema de salud le otorga, recibir el mejor tratamiento disponible para su enfermedad, no importa su forma de vinculación al sistema, ni la entidad de salud a la cual esté afiliado. El objetivo de equidad para los enfermos cerebrovasculares en Colombia está cada día mas cerca.

Referencias

1. Registro INVIMA M-010394-R1
2. Consensos en Neurología, guías de práctica clínica. Bogotá: ACN-Exlibris Editores S.A: 2001:
3. Proyecto SS Ascofame. Guías de practica clínica basadas en la evidencia. Enfermedad Cerebrovascular. <http://www.scribd.com/doc/7350503/ENFERM2>
4. Consenso Red Nacional de Trombólisis. 2008. http://vidapublica.com/rednaltrombólisis/trombólisis_acv.html

MARIO MUÑOZ, NEURÓLOGO

Cambios en el plan obligatorio de salud: una oportunidad

La corte constitucional en su sentencia T-760 de 2008 ordena un reajuste en los cubrimientos del plan obligatorio de salud, tanto para el régimen contributivo como en el subsidiado. Por esta razón la Comisión Reguladora de Salud (CRES) diseñó una estrategia de actualización del actual POS, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

Se inició con la reorganización del listado de la clasificación única de procedimientos en salud CUPS, donde se reevaluaron los procedimientos más solicitados y los que menos se realizan, considerando entonces la exclusión de algunos procedimientos, la permanencia de otros y la inclusión de unos nuevos.

Previamente se habían realizado otras modificaciones e inclusiones a los beneficios del POS, que fueron puntuales y restringidas a necesidades puntuales. En esta oportunidad se hizo una revisión general de los procedimientos incluidos según cada grupo de patologías incluídas y según la especialidad que las realice.

La intención de las reformas es actualizar los servicios a la luz de los avances científicos, en el marco de la racionalidad del recurso y orientada a cubrir las patologías que conllevan mayor carga de enfermedad para la población. Para esto se han planteado varias directrices como son el desarrollo de las Guías de Atención Integral, estudio de carga de enfermedad del 2005 y el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 donde se plantea que la prioridad en atención se centrará en la salud infantil, sexual y reproductiva, oral, mental, de enfermedades transmisibles, la situación nutricional, la discapacidad y las patologías laborales.

En cuanto a las guías, ya se han diseñado varias, como la del manejo de la Diabetes mellitus, de hipertensión arterial, de VIH/SIDA, de planificación familiar y de enfermedad renal crónica, organizadas por un grupo de científicos y patrocinadas por el Ministerio de Protección Social. En próximos días

se tendrá que realizar una convocatoria para que las diferentes asociaciones científicas participen en la realización de las guías que comprometen su especialidad, buscando que estas estén acordes con el estado del arte y el desarrollo tecnológico del país.

Posterior al diseño de estas guías, se han incluido planes específicos de atención y medicamentos especiales en el POS, sin embargo en algunas ocasiones se han convertido en limitante para el manejo de algunos pacientes especiales, que por su condición no se han ceñido a lo establecido en la guía, lo que ha generado dificultades en el cubrimiento de las necesidades de los mismos.

En cuanto al POS para niños y niñas, se unificará el cubrimiento de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos y procedimientos, de acuerdo a lo ofrecido en el régimen contributivo, situación ya reglamentada desde el 1 de octubre de 2009. A partir del próximo año, cuando entren en vigencia las modificaciones planteadas por el acuerdo 003, serán éstas las que apliquen para el cubrimiento de niños y niñas menores de 12 años, independiente del régimen de afiliación al que pertenezcan.

Esto busca que no sea vulnerado el derecho a la igualdad de los niños, permitiendo el mismo acceso a estudios, medicamentos, apoyos y especialistas. Sin embargo también implicará que la unidad de pago por capitación (UPC) de los niños podría eventualmente incrementarse para cubrir los gastos que este nuevo cubrimiento genere, sin alterar el financiamiento actual del sistema. Se considerará posiblemente la ampliación del monto de la UPC en general, dada la ampliación de cobertura del POS, pero esta situación aún no ha sido definida en el Ministerio de la Protección Social.

Para el caso de neurología y neuropediatría, se incluyeron diversos procedimientos como:

- Doppler transcraneal
- Monitorización electroencefalográfica por video o radio (Telemetría)

- Electroencefalograma digital con mapeo cerebral
- Test de latencias múltiples
- Triplex Carotídeo
- Polisomnografía con CPAP
- Estudio de capacidad cognitiva
- Terapias de rehabilitación física y cognitiva
- Doppler transcraneal con monitoria 24 horas
- Resonancia magnética de pares craneanos
- Resonancia magnética con angiografía
- Resonancia magnética con estudio dinámico (cineresonancia)
- Prueba de mesa basculante
- Estudios de laboratorio clínico:
 - o Proteína C, S y C activada, angiotensina II, activador del plasminógeno, adhesividad plaquetaria
 - o Cromatografía de ácidos orgánicos en orina, de oligosacáridos, cromatografía de azúcares, hipoxantina guanina fosforibosil transferasa, transportador de glucosa 6 fosfatasa, cistina, tirosina, homocistina, ácido pirúvico, glicina, lisina, ácido orótico, fenilalanina por estímulo, ácido cítrico en orina de 24 horas, hexosaminidasa A y B en suero y leucocitos, Arilsulfatasa A en suero y leucocitos, ácidos grasos de cadena muy larga, mucopolisacáridos por electroforesis, betagalactosidasa en suero y leucocitos, Arilsulfatasa B en suero y leucocitos
 - o Carga viral de Citomegalovirus, PCR para VIH, carga viral VIH
 - o Cariotipo con bandejo G, Q, C, RT, FISH, Diagnóstico molecular de enfermedades

Se mantienen fuera del POS procedimientos y servicios como: internación en instituciones especiales (ancianatos, colegios, etc), elementos de aseo incluyendo pañales desechables, psicoterapia crónica, tratamientos paliativos o estéticos, suplementos vitamínicos, medicamentos para la memoria, entre otros.

El futuro será continuar reformando el plan, basados como se dijo antes, en

las guías de práctica clínica, en estudios más adecuados de carga de la enfermedad y en las necesidades cambiantes de la población detectadas a través de la solicitud de servicios; para esto será vital la participación de las sociedades científicas, aportando el conocimiento propio para el desarrollo de políticas que finalmente beneficiarán tanto al grupo médico como al paciente mismo.

Para ver el listado completo de los CUPS y las disposiciones aquí mencionadas puede visitar la página www.pos.gov.co

Lecturas recomendadas

1. Comisión reguladora en salud – CRES-. Acuerdo 003 de 2009. Ministerio de Protección Social.
2. Informe de la Comisión Reguladora en Salud. Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos. Actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud. Ministerio de Protección Social. Bogotá, julio de 2009.
3. Comisión reguladora en salud – CRES-. Acuerdo 004 de 2009. Ministerio de Protección Social, 30 de septiembre de 2009.
4. Comisión reguladora en salud – CRES-. Acuerdo 005 de 2009. Ministerio de Protección Social, 30 de septiembre de 2009.

ANGELICA M. USCATEGUI DACCARETT
NEUROPEDIATRA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Estudio RELY INTRODUCCION

Un grupo de pacientes con indicación de anticoagulación para la prevención primaria o secundaria de enfermedad vascular y de ataque cerebral agudo, en especial quienes tienen fibrilación auricular crónica o paroxística, no puede beneficiarse de ella por alto riesgo de sangrado. Este riesgo proviene de interacciones medicamentosas o dietaras o de dificultades en el manejo por deterioro cognoscitivo, red social etc., inherentes al uso de los antagonista de vitamina k.

Un medicamento que ofrezca una igual tasa de prevención con una menor cantidad de complicaciones, entre ellas, no necesitar controles de INR, es ahora una realidad gracias al esfuerzo de las compañías farmacéuticas y al inmenso trabajo realizado por el Population Health Research Institute de la universidad de Mc-Master (Canadá) con más de 18000 pacientes, que demostró como el nuevo medicamento, dabigatrán, no es menos efectivo en la prevención de eventos vasculares y tiene menores tasas de sangrado que los derivados cumarínicos.

El estudio comparó dos ramas asignadas al azar y cegadas de dabigatrán a dosis fijas de 110 ó 150 mgrs dos veces al día con una rama abierta de warfarina, en la cual se realizaron ajustes hasta alcanzar un INR de 2.0 a 3.0; en

todas las ramas se puso a criterio de los médicos tratantes usar ASA. El desenlace primario del estudio fue la incidencia de ACV o embolia sistémica y el secundario fue hemorragia mayor. El beneficio clínico neto se determinó mediante un desenlace compuesto de ACV, embolia sistémica, embolia pulmonar, infarto del miocardio, muerte y hemorragia mayor. Los desenlaces secundarios fueron ACV, embolia sistémica y muerte. El análisis primario consistió en evaluar si las dosis administradas de dabigatrán no eran inferiores a warfarina, utilizando un modelo de riesgos proporcionales de Cox. Todos los análisis se basaron en el principio de intención de tratar (ITT, intention to treat).

RESULTADOS

En el estudio RE-LY se enrolaron 18.113 pacientes. Los 3 grupos de tratamiento (dabigatrán 150 mg bid, dabigatrán 110 mg bid, warfarina) fueron similares en cuanto a sus características demográficas y clínicas en la línea basal. La edad promedio de los pacientes fue de 71 años y 63,6% fueron varones. La duración media del tratamiento fue de 2,0 años y el seguimiento completo cubrió al 99,9% de los pacientes ingresados. Se registraron desenlaces como ACV o embolia sistémica en 182 pacientes del grupo de dabigatrán 110 mg (1,53% por año), 134 pacientes del grupo dabigatrán 150 mg (1,11% por año) y 199 pacientes del grupo warfarina (1,69% por año). (Figura 1). Ambas dosis de dabigatrán no fueron inferiores respecto a warfarina ($P < 0,001$). Además, la dosis de 150 mg de dabigatrán demostró ser superior a warfarina (riesgo relativo-RR: 0,66; intervalo de confianza (IC) de 95%: 0,53 a 0,82; $P < 0,001$). La dosis de 110mg de dabigatrán demostró no ser inferior pero sin alcanzar a demostrar superioridad respecto a warfarina (RR: 0,91; IC de 95%: 0,74- 1,11; $P = 0,34$). Las tasas de ACV hemorrágico fueron de 0,38% por año en el grupo warfarina, comparado con 0,12% por año en el grupo de dabigatrán 110 mg (RR: 0,31; IC 95%: 0,17 a 0,56; $P < 0,001$) y 0,10% por año en el grupo de dabigatrán 150 mg (RR: 0,26 ;IC 95%: 0,14 a 0,49; $P < 0,001$). Las tasas de mortalidad global (cualquier causa) fueron de 4,13% por año con warfarina, comparado con 3,75% por año con dabigatrán 110 mg (RR: 0,91; IC 95%: 0,80 a 1,03; $P = 0,13$) y 3,64% por año con dabigatrán 150 mg (RR: 0,88; IC 95%: 0,77 a 1,00; $P = 0,051$). La tasa de hemorragia mayor fue de 3,36% por año en el grupo de warfarina, comparado con 2,71% por año en el grupo de dabigatrán 110 mg (RR: 0,80; IC 95%: 0,69 a 0,93; $P = 0,003$) y 3,11% por año en el grupode dabigatrán 150 mg (RR: 0,93; IC 95%: 0,81 a 1,07; $P = 0,31$). Las tasas de hemorragia amenazante para la vida, hemorragia intracraneana y hemorragia mayor o menor fueron superiores con warfarina (1,80%,

0,74% y 18,15%, respectivamente) que con dabigatrán 110 mg (1,22%, 0,23% y 14,62%, respectivamente) o dabigatrán 150 mg (1,45%, 0,30% y 16,42%, respectivamente, ($P < 0,05$ para todas las comparaciones de dabigatrán versus warfarina).

El resultado de beneficio clínico neto, compuesto por eventos vasculares mayores, hemorragia mayor y mortalidad, mostró tasas de 7,64% por año con warfarina, comparado con 7,09% por año con dabigatrán 110 mg (RR: 0,92; IC 95%: 0,84 a 1,02; $P = 0,10$) y 6,91% por año con dabigatrán 150 mg (RR: 0,82; IC 95%: 0,82 a 1,00; $P = 0,04$).

COMENTARIOS

El estudio de RE-LY demostró que dos regímenes de dabigatrán con dosis fijas de 110 mg y 150 mg bid, frente a la administración de warfarina con dosis ajustadas según INR en pacientes con fibrilación auricular y riesgo de ACV; no fueron “inferiores” a warfarina en prevención de ACV o embolia sistémica. Además, el estudio demostró que la dosis de 150 mg bid de dabigatrán fue superior a warfarina en cuanto al punto final primario de ACV o embolia sistémica, mientras que la dosis de 110 mg bid fue superior en cuanto a las tasas de hemorragia mayor.

Según los autores, el beneficio de dabigatrán puede ser explicado en parte por el régimen de dosificación dos veces al día. Dado que la vida media de eliminación de dabigatrán es de 12 a 17 horas, la administración dos veces al día reduce la variabilidad del efecto anticoagulante. A diferencia de la warfarina que inhibe ampliamente diversos pasos de la coagulación (Factores II, VII, IX y X, y proteínas C y S); el dabigatrán, en cambio, inhibe selectivamente la trombina con adecuada eficacia antitrombótica mientras que preserva otros mecanismos hemostáticos del sistema de la coagulación y de esta forma se limita el riesgo potencial de hemorragia.

El resultado del beneficio clínico neto, medición global del beneficio y del riesgo, fue similar con ambas dosis de dabigatrán, debido a un menor riesgo de

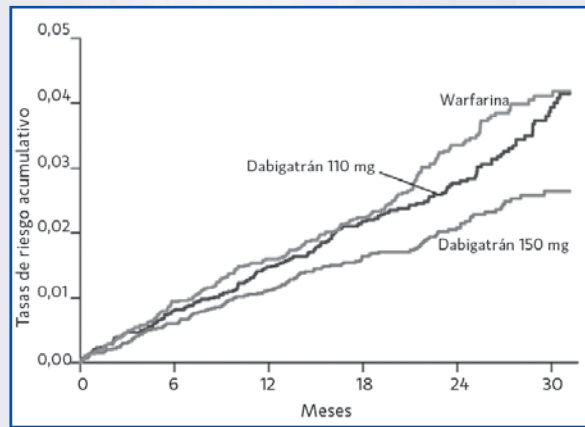


Figura 1. Estudio RE-LY. Tasas de riesgo acumulativo para el resultado primario de ACV o embolia sistémica en pacientes asignados en forma randomizada a dabigatrán 110 mg bid, dabigatrán 150 mg bid o warfarina. Datos de seguimiento hasta 30 meses. Adaptado de Connolly et al. NEJM 2009.

trombosis con la dosis de 150 mg y un menor riesgo de hemorragia con la dosis de 110 mg. Comparado con la dosis de 110 mg, la dosis de 150 mg de dabigatrán redujo el riesgo de ACV o embolia sistémica ($P = 0,005$). Esta diferencia se debió principalmente a una disminución de la tasa de ACV de causa isquémica o inespecífica, mientras que las tasas de ACV hemorrágico fueron similares en ambos grupos de dabigatrán. No se observaron diferencias significativas en las tasas de mortalidad global ni en las tasas de mortalidad vascular entre ambas dosis de dabigatrán. Además, no se encontraron evidencias de hepatotoxicidad con ninguna de las dosis de dabigatrán. El beneficio clínico neto fue casi idéntico con las dos dosis de dabigatrán y no se apreciaron diferencias significativas en los análisis de subgrupos. Estos hallazgos sugieren que la dosis de dabigatrán podrían ajustarse tomando en consideración las características del riesgo de cada paciente en forma específica.

CONCLUSIÓN

El estudio de Connolly *et al* comparó dos dosis de dabigatrán frente a warfarina en pacientes con fibrilación auricular y riesgo de ACV. La dosis de 110 mg de dabigatrán se asoció con tasas similares de ACV y embolia sistémica y menores tasas de hemorragia mayor. Por otra parte, en comparación con warfarina, la dosis de 150 mg de dabigatrán se asoció con menores tasas de ACV y embolia sistémica y una tasa similar de hemorragia mayor. Vale decir que para prevenir un ACV no hemorrágico, con 150 mgrs bid de dabigatrán (en lugar de warfarina) se requiere poner en tratamiento a 537 personas (NNT); los paciente con alteración establecida de la función hepática o con daño renal que cause filtración glomerular menor de 30 no deben recibir este medicamento.

GERMÁN ENRIQUE PÉREZ, MD, MSc. NEURÓLOGO

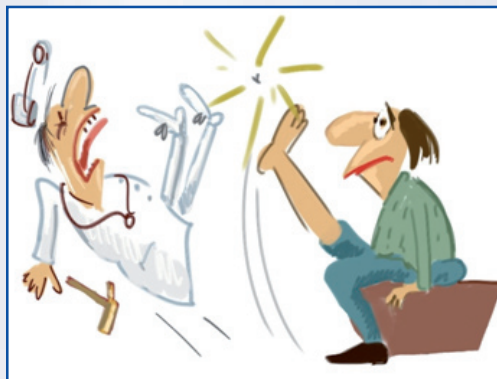


ILUSTRACIÓN DE “COVO”.
EXTRAÍDA DEL MANUAL DE
ESCLEROSIS MÚLTIPLE, DEL DR.
PEDRO COVO. CON PERMISO
DEL EDITOR.

VII Congreso Colombiano de Residentes de Neurología y Neuropediatría

El 20 y 21 de noviembre se llevó a cabo una nueva edición del congreso colombiano de residentes que convoca año tras año a la totalidad de programas de Neurología y Neuropediatría del país. Nuevamente es organizado por la Asociación Colombiana de Neurología y la Asociación Colombiana de Neurología Infantil y sigue un derrotero acordado con el Honorable Comité Consultivo de la ACN, constituido por los Jefes de cada uno de los programas de nuestras especialidades en el país.

En esta oportunidad la cita fué en el Club la Hacienda de Cajicá y tuvo una jornada científica el día viernes 20 y una lúdica integracionista el sábado siguiente. En este congreso participaron los 7 programas de Neurología y de los 3 de Neuropediatría, cada uno con 2 trabajos en la modalidad de protocolo o trabajo en curso y de estudios ya culminados.

De igual manera se invitó a un selecto jurado formado este año por la Doctora Claudia Jaramillo, médica, internista, cardióloga y epidemióloga de la Fundación Abood Shaio, por el Profesor Juan Gabriel Ruíz, médico, pediatra y epidemiólogo de la Universidad Javeriana y por nuestro querido colega el Doctor Marco Venegas, médico, neurólogo, somnólogo y epidemiólogo de la Clínica Palermo. La escogencia de cada uno de ellos obedeció a su trayectoria, experiencia en investigación y clínica, formación epidemiológica y tipo de especialidad para asegurar una evaluación objetiva, imparcial y competente sobre la totalidad de los trabajos presentados.

En los últimos años el congreso de residentes de Neurología y Neuropediatría ha alcanzado un sitio en el concierto de las especialidades médicas del país por su calidad y poder de convocatoria, por lo que somos hoy ejemplo para otras sociedades hermanas.

Este año la Junta Directiva de la ACN y su Honorable Comité Consultivo

comisionó a la Dra. María Eugenia Toro de la ciudad de Medellín y a este ex presidente de la ACN la Presidencia del evento, honor que espero haber cumplido a cabalidad todas las expectativas del grueso de nuestra colegiatura.

Apoyos académicos

ABBOTT. Ganador: Gabriel Torres. Universidad Nacional.

BIOTOSCANA. Ganador: Maria Angelica De La Hoz. Universidad Militar. Neurologia

BOEHRINGER INGELHEIM. Ganador: Diego Alberto Castaño. Universidad de Antioquia

GRUNENTHAL. Ganador: Alejandro Sanclemente. Universidad Javeriana

JANSSEN CILAG. Ganador: Gustavo Barrios. Universidad El Bosque

NOVARTIS. Ganador: Andres Franco Chica. Universidad de Antioquia.

OTROS PREMIOS

Camara Digital: Juan Camilo Vargas. Universidad Nacional.

Camara Digital: Katherine Mantilla. Universidad Nacional.

Computador Portatil: Oscar David Martínez. Universidad de Antioquia.

Premios trabajos

PROTOCOLO

1er. Puesto

Autor: Sandra Catalina Mesa

Nombre: trastorno de Guilles de la Tourette: características clínicas, polisomnografías y prevalencias de los trastornos del sueño en niños y adolescentes menores de 18 años: estudio controlado 2009 – 2011.

Universidad de Antioquia

2do. Puesto

Autor: Javier Dario Triana

Nombre: disfunción autonómica en un cohorte de pacientes con ataque cerebrovascular isquémico (ACVI) agudo como predictor de mortalidad o nuevo evento vascular a tres meses.

Universidad Nacional

3er. Puesto

Autor: Oscar David Martínez

Nombre: prevalencia de cefalea en pacientes sometidos a polisomnografía en el Instituto Neurológico de Antioquia (indea).

Universidad de Antioquia

TERMINADO

1er. Puesto

Autor: Gabriel Fernando Torres

Nombre: indicaciones y cuidado y cuidado perioperatorio de los pacientes sometidos a timectomía en miastemia gravissim evidencia de timoma.

Universidad Nacional

2do. Puesto

Autor: William Cornejo

Nombre: feb1 y feb3 ligados a las convulsiones febriles en familias

Universidad de Antioquia

3er. Puesto

Autor: Edgar Osuna

Nombre: frecuencia de presentación del síndrome de piernas inquietas y su asociación con apnea obstructiva del sueño.

Universidad El Bosque

MENCION DE HONOR

Autor: Andres Quintana

Nombre: examen neurológico del niño escolar

Universidad de Antioquia

JAVIER TORRES ZAFRA, MD.

EX PRESIDENTE ACN.