

Editorial

La nueva ley de salud

El 19 de enero de 2011 se hizo pública la ley 1438, que reforma el sistema colombiano de seguridad social en salud. A diferencia de otras reformas, usualmente desconocidas para nosotros, esta se hizo popular en razón a que reglamenta los vínculos entre el grupo médico y la industria farmacéutica. Sin embargo, el contenido de la misma abarca otros temas que son de igual relevancia para nosotros y que es necesario conocer.

Algunos ejemplos de esos otros aspectos son:

1. El artículo 27 crea la Junta Técnico Científica de Pares, la cual permite que la Superintendencia de Salud cuente con un grupo de médicos especialistas con capacidad de emitir conceptos sobre la pertinencia de los tratantes.

Comentario: en este punto y tomando el mismo concepto emitido en la reunión de sociedades científicas, es necesario resaltar ver la importancia de que estas juntas estén controladas por los grupos científicos y no por los designados del gobierno; de no ser así correríamos un alto riesgo de dejar decisiones científicas a cargo de políticos, afectando en gran medida nuestro ejercicio diario.

2. El artículo 100 toca los temas de formación del recurso humano y menciona en uno de sus apartados (100.7) que “Se debe contar con una vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa”.

Comentario: gran noticia, ya que para nadie es un secreto que los vínculos docentes hasta en las mejores y más reconocidas instituciones son tan frágiles y abstractos, que llevan la relación de los profesores con los estudiantes de pre o posgrado al plano incidental de las horas asistenciales. Es decir, en la gran mayoría de insti-

tuciones, no existen tiempos definidos para la academia o la investigación y se pretende que estos se diluyan en las horas laborales corrientes. Peor aún: en varios hospitales los residentes cubren necesidades laborales con escasa asesoría docente, convirtiéndose el grupo de aspirantes a especialistas en una indeseable mezcla de personal que paga por su formación, que no es remunerado y es utilizado con el fin de lograr los intereses económicos de las instituciones.

3. El artículo 101 también hace referencia al tema de la formación de recurso humano y dice que “Los cupos de residentes de los programas de especialización en salud se aprobarán conforme a las normas que regulan la relación docencia servicio y, en todo caso, deberán corresponder a cargos empleos temporales no sujetos a carrera administrativa creados para tal fin en las Instituciones Prestadoras de Salud.

Comentario: muy bien por la parte que menciona que los residentes tendrán la probabilidad de convertirse en empleados temporales, pero ¿de dónde vendrán los recursos? Y muy bien, porque al fin tendremos un mecanismo que permita ajustar el número de residentes a las necesidades gremiales y a las posibilidades de entrenamiento de cada hospital. A nadie le cabe en la cabeza que en el momento existan programas de neurología con más de quince residentes, con una estructura docente insuficiente que no permite estándares mínimos de formación. Creo que en Colombia considerando nuestra población hacen falta neurólogos, pero también creo que estos deben reunir unos requisitos académicos mínimos que aporten al grupo, que investiguen, que publiquen y que enriquezcan la neurología colombiana.

En conclusión, debemos conocer más detalles porque la ley es más que la regulación de la interacción entre la industria farmacéutica y el grupo médico; aspecto que debe ser tenido en cuenta puesto que si se prohíbe de

plano me pregunto: ¿quién podrá financiar la educación médica continuada? Las EPSs ¿Saludcoop, Colmédica? ... lo dudo mucho.

Con el fin de ilustrarnos en este tema, esta edición de NEUROPILO ha invitado al Dr. Carlos Botero, asesor jurídico de la ACN quien aportará una visión calificada de los alcances de la ley 1438 y su impacto en la neurología colombiana.

Escriben también en este número el Dr. Germán Pérez, nuestro editor jefe quien nos cuenta actualidades en enfermedad cerebrovascular y la Dra Carolina Ruiz, de la Universidad Javeriana, quien nos presenta la Fundación para la Demencia Frontotemporal y Trastornos Relacionados.

JOE FERNANDO MUÑOZ CERÓN MD

Neurología – Epidemiología. Secretario Editorial. Asociación Colombiana de Neurología

Comunicado Ley 1438 de 2011

Bogotá D.C, 3 de febrero de 2011

**Señores
Miembros
Asociación Colombiana de
Neurología
Ciudad**

ASUNTO: Informe reunión Asociación Colombiana de Sociedades Científicas- 2 de febrero de 2011.

En reunión durante la noche del 02 de febrero se tocaron cuatro puntos primordiales respecto a la reglamentación del sistema general de salud, ley 1438 de 2011.

1. Art. 2. Autonomía médica: se rechaza dicho artículo ya que desde el principio limita el ejercicio médico con un sentido económico, por lo tanto, se estudiará la demanda de inconstitucionalidad. Cabe anotar que está directamente relacionado con el proyecto de reforma a la ley 23 de 1981 en la cual se describe y regula la autonomía médica en Colombia, entre otros temas. Valdría la pena

pedir como Asociación la revisión, en conjunto con las demás sociedades médicas o científicas.

2. Art. 27. Junta Técnico Científica de Pares: en este sentido se solicitará al Sr. Ministro que en la reglamentación se considere a las Sociedades Científicas como el escenario natural para la resolución de las divergencias científicas en lo No Pos. Este servicio debe ser pago.

Sería importante que entre otras solicitudes se tuviera en cuenta la dirección que tomarían éstas peticiones de la Superintendencia Nacional de Salud. El artículo indica que ésta entidad tendrá una lista: debemos preguntarnos quié en levantará el listado y cuáles serán las sociedades a tener en cuenta.

Creería que lo más sano para esto es que la Superintendencia le pida el concepto a la sociedad científica de cada especialidad y ésta a su vez conteste, obviamente, con el apoyo económico que se requiere.

3. Ar. 106. Prebendas: en este caso apoyamos públicamente que exista una reglamentación de la relación entre la industria de la salud y los profesionales, pero debe aclararse la forma de soporte económico a la Educación Médica Continuada. Se ve como solución que todas las actividades de soporte se den por intermedio de las asociaciones científicas.

Cabe anotar que la intermediación entre industria farmacéutica y asociaciones científicas debe ser clara y precisa sería únicamente para Educación Médica. Otro aspecto importante es el gasto administrativo que genera la intermediación; sobre lo cual los asesores jurídicos de la industria farmacéutica seguramente ya están tomando las medidas respectivas.

Las asociaciones debemos trabajar exclusivamente por la educación médica y no por la promoción de publicidad.

NEUROPILO ISSN 1900-7035 **Volumen 25 2011.** Editor Germán Enrique Pérez R. Editor invitado Joe Muñoz.

La responsabilidad por las opiniones expresadas corresponden exclusivamente a los autores.

Asociación Colombiana de Neurología. Carrera 11B No. 99-54 Oficina 401. Teléfono: (57-1) 6112051 - 6112474

Bogotá, DC. Colombia e-mail: publicaciones@acnweb.org www.acnweb.org

4. **Resolución 5549 de 2010.** Colegio de profesionales: se solicitará al Minproteccion Social que se abra la opción de acuerdo con diferentes actores de asociaciones con el colegio médico y demás miembros del sistema, para el trámite y organización del tema de tarjeta profesional a los médicos, ya que se delega dicha función en este decreto.

Esta resolución reglamenta parcialmente el Decreto 4192 de 2010 que refiere las condiciones y requisitos para la delegación de funciones públicas en Colegios Profesionales:

El Decreto indica en el art. 2 que los colegios profesionales “son organizaciones sin ánimo de lucro, originadas en el ejercicio del derecho a la libre asociación de profesionales de la salud...”

El Decreto 4192, fue expedido para establecer las condiciones y requisitos para la delegación de funciones públicas en colegios profesionales señalados en la ley 1164 de 2007, específicamente en los art. 9 y 10 en los que señalan disposiciones en materia del talento humano.

El Art. 9 de la ley 1164 reza que, “De los colegios profesionales. A las profesiones del área de la salud organizadas en colegios se les asignarán funciones públicas...”

Es decir, existe solamente un Colegio de profesionales que representaría las profesiones del área de la salud, que para el caso sería el Colegio Médico Colombiano.

Un argumento para presentar al Ministerio es indicarle que como asociaciones científicas cumplimos con los requisitos esenciales para desa-

rollar esta función y que el Colegio Médico Colombiano, si bien fue creado con el ánimo de representar y reunir a todas las agremiaciones, no cumple en la práctica con esta función.

A la reunión asistieron más de 30/45 presidentes de Sociedades Científicas.

El 7 de febrero, los representantes de Sociedades Científicas se reunieron con el Ministro de la Protección Social para expresarle los puntos discutidos y detallados en este comunicado.

Le adjunto la ley 1438 de 2011, la resolución 5549 de 2010, el decreto 4192 de 2010 para su revisión y comentarios.

Cordialmente,
JESÚS H. RODRIGUEZ, MD
Presidente ACN

Informe del vicepresidente

Bogota, Febrero 15 de 2011

De: Dr. José Vargas Manotas, Vicepresidente

Para: Miembros de la Asociación Colombiana de Neurología

Estimados colegas.

Respondiendo a la solicitud del Dr. Rodrigo Córdoba, presidente de la Asociación de Sociedades Científicas, de presentar propuestas que coadyuven a redactar los decretos reglamentarios de la ley 1438 de enero de 2011, el día 13 de febrero nos reunimos en la sede la ACN, el asesor jurídico de la Asociación de Sociedades Científicas, el Dr. Carlos Botero asesor jurídico de la ACN, la señora Liliana Correa y el suscrito, para someter a un análisis pormenorizado el contenido de esta ley.

El estudio derivó hacia la necesi-

dad de dividir la tarea en: artículos altamente prioritarios, que ameritaban su estudio inmediato; prioritarios, que en el término de una semana debían ser revisados y emitida las propuestas, y otros a los que había que dar un manejo diferente, con un análisis más profundo, buscando un mayor alcance jurídico ante las altas cortes.

Fue así como se centró este análisis, y la redacción de la propuesta, en los artículos que afectarían positiva o negativamente el ejercicio de los profesionales de la salud, en especial a los miembros de la ACN y a los médicos en entrenamiento de las diferentes especialidades.

La discusión y análisis se inició con el artículo 26 de la citada ley, en donde se expone la nueva conformación de los comités técnico científicos, y en la necesidad de la presencia de los pares y del médico tratante. La preocupación sobre el contenido de este artículo gira alrededor de que se incluyó un aspecto más en el trámite para que se autoricen los medicamentos o insumos de alto costo, con la creación de la Junta Técnica Científica de Pares, bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud que fue dotada de funciones jurisdiccionales, lo que la convierte en un juez mas.

Considero que es un artículo que beneficia mucho el ejercicio, pero en el artículo 27 donde se reglamenta la conformación de esta Junta de Pares, preocupa su amplia área de influencia, que sería nacional, y su actuación como una segunda instancia, lo que entorpecería la entrega de medicamentos de alto costo, necesarios en un momento dado para garantizar la vida de un paciente.

También se propone que no existan CTC para urgencias ni UCI, sino solo para consulta externa y hospitalizaciones en piso.

El siguiente paso fue el artículo 106, que habla de prebendas y dádivas. Con-

sideramos que el término prebenda no es apropiado según la definición de la Real Academia de la Lengua y que este artículo afecta más el ejercicio de la visita médica con la promoción y otorgamiento, que el apoyo a la educación continua, que a la fecha se viene haciendo. Entrarían ahora a jugar un importante papel las asociaciones científicas, pero teniendo en cuenta que el apoyo sea para este fin, no hay inconveniente, porque en teoría esto se viene haciendo desde hace tiempo. Otro aspecto es el soborno, a través de la promoción y otorgamiento, considerado como un acto individual entre un laboratorio farmacéutico y un profesional de la salud en lo cual estamos de acuerdo que se castigue con el máximo peso de la ley.

Posterior a este estudio se asignaron las tareas de analizar otros artículos por parte de cada uno de los participantes y me correspondió revisar los artículos 97 al 103. Estos artículos se refieren a la formación del talento humano en salud y la necesidad de que se conformen verdaderos hospitales universitarios, con el cumplimiento de ciertos requisitos; las facilidades que brindarían el estado y los entes territoriales para patrocinar especialidades de acuerdo a sus necesidades y las del país; el trato decente de todos los trabajadores de la salud según los postulados de la OIT; la desaparición lejana de las cooperativas de trabajo; la obligación de crear cargos de empleos temporales en las IPS para nombrar a los residentes para que sean remunerados. Estos aspectos se deben analizar muy detenidamente .

Se habla de empleos temporales para los residentes y también de la facilidad para conseguir becas, que serían concedidas prioritariamente a los médicos de instituciones estatales que deseen entrenarse en especialidades que el estado considere que son necesarias para determinada región. Aquí surgen varios interrogantes: ¿de dónde saldrían los dineros para pagar los sueldos de estos empleos temporales?, ¿quién garantiza que el ingreso de estos médicos no esté sujeto a maniobras políticas?, ¿cuáles especialidades se beneficiarían más de estos dineros financiados por el estado?, ¿qué valor tendría el examen de selección si el estado exige que se reciba prioritariamente a un médico en determinada especialidad que ellos van a financiar?.

No está claro ese doble pago, de becas financiadas por el estado y los convenios firmados entre la institución universitaria y los entes regionales. Creo que habría una gran intervención política que corrompería la escogencia que hasta ahora se hace de los candidatos a determinadas especialidades.

¿Quién garantiza que después de especializado un médico en un área que es necesaria para una región, se le suministre la infraestructura física y técnica para ejercer en ella?.

Se plantea de cierta manera la unificación de programas de las diferentes especialidades que facilite el acceso de los médicos en entrenamiento y así puedan rotar en los hospitales en donde exista una especialidad determinada.

Como podrá observar hay elementos que producen intranquilidad y cuando se trata de medir el impacto y la acción e intervención en nuestro sector de muchas fuerzas, patrocinadas por el estado, el panorama no es muy claro. Ajustan más la soga al cuello de los profesionales de la salud y mejoran la intervención de los políticos dueños y accionistas de muchas EPS y del estado mismo, que se había excluido de su responsabilidad social.

Los invito a que estén muy atentos en los próximos días, porque hay un gran interés en reglamentar rápidamente esta ley, para que nuestra reacción siempre tardía, no tenga ningún efecto. Concluyo con esta revisión inicial, que es una manera muy elegante y bien maquillada de incluir los decretos de la emergencia social del gobierno anterior. No nos excluyamos de participar activamente, aportando comentarios que permitan que la reglamentación sea más favorables para la comunidad científica.

Agradezco a Carlos Botero, abogado y asesor de nuestra asociación; a Liliana Correa, por la lealtad y dedicación; por el tiempo robado a sus familias para colaborar con esta revisión y elaboración de propuestas, para estructurar los decretos reglamentarios a través de la Asociación de Sociedades Científicas.

Al Dr. Jesús Rodríguez por su confianza, para que en mi condición de Vicepresidente, tome parte activa de este proyecto.

Reflexiones inesperadas sobre la "reforma" a ley de salud

La ventaja de escribir como un asesor externo y un profesor, es la libertad de expresión, la tan deseada autonomía que queremos todos los profesionales para emitir nuestros conceptos; esto sin embargo no significa que lo que opinamos vaya a ser tomado en consideración.

La ley 1438 se sancionó en un acto al que no asistió el gremio médico, hecho poco elegante que no deja al gobierno en la mejor actitud frente a las necesidades de los profesionales de la salud.

El tránsito de la ciudad es insostenible ¿es posible hacer algo? Probablemente sí: salir más temprano, trabajar desde la casa, tener el consultorio cerca, o simplemente no salir, quedarse encerrados.

Transpolando el símil anterior a la ley 1438 avizoramos un panorama difícil ante el cual debemos adaptar nuestro ejercicio, o esperar cambios que no sucederán o tomarán mucho tiempo para que ocurran; considerando que la sanción de la ley representa una victoria de peso para el gobierno.

Es bien curioso que la ley ordinaria que comentamos, se hubiere expedido antes que la estatutaria que es de

mayor alcance y jerarquía que la 1438, pero estamos en Colombia donde las cosas funcionan con cierto grado de originalidad contraproducente. Mantenemos la esperanza de encontrar espacios a través de la ley estatutaria que permitan corregir los errores de la 1438, a sabiendas de que la primera requiere una revisión obligatoria ante la corte constitucional, (organismo que ha demostrado independencia suficiente como para declarar inconstitucional la reelección) frente a la cual el gremio médico puede intervenir institucionalmente sin acudir a “grandes amigos” en las cámaras que, o son amigos en verdad, o carecen de grandeza.

Posiciones tipo “rechazamos con vigor esta ley” o “no aceptamos que se diga nada en relación con autonomía”, no son sostenibles frente a la comunidad ni al gobierno, quien hábilmente presentó la ley como un gran alivio para los pacientes y una corrección al sistema de salud. Ese es “el imaginario popular”: una ley para beneficio del paciente quien ahora adquirió el penoso apelativo de “usuario”, cual individuo transportado en los buses del sistema transmilenio.

El gobierno en forma amable y gentil, “abrió un espacio” para reglamentar la ley invitando al gremio médico a participar en ello, sin embargo, este espacio brindado es tan amplio como el lapso aceptado para el tratamiento agudo de los pacientes con infarto cerebral. Allí no hay lugar para manifestar desacuerdos, lo que se impone es hacerse sentir con firmeza y actuar dentro de la reglamentación por los canales institucionales más apropiados, en forma coordinada entre las diversas agrupaciones del gremio.

La ley es un caparazón que para operar debe ser reglamentada en más de cuarenta y siete artículos en el transcurso de este año y principios del próximo. A finales del 2012 habrá una apreciable confusión, pues quedarán vigentes: la ley 100 modificada por esta (modificada no substi-

tuida, porque lo que ocurrió fue un ajuste); la ley 1122 que también en parte fue modificada por esta; la ley 1164 de talento humano médico de la que se recogieron algunos aspectos como lo relacionado con residentes; esta nueva ley más todos los decretos que las reglamenten que sin duda incurrirán en un sin número de contradicciones que será necesario obtener el título de ABOGADO para ejercer medicina ¡que horrible! pero así es la cosa.

Mi invitación es confrontar la realidad y tratar de modificarla dentro de lo posible; por ejemplo actuar en la reglamentación, pedirle al gobierno una compilación oficial de las normas que rigen el sistema.

La ley tiene oportunidades: actuar en los CTC, hacerse parte de las juntas de pares, trabajar en la expedición de guías y protocolos, que serán realmente fundamentales, hacerse parte de la institución que los expedirá, trabajar en redes, en fin, una serie de asuntos que ya deberían estar explorando los médicos ante el hecho indiscutible de que esta ley 1438 tiene un margen tendiente a cero en cuanto la posibilidad de ser modificada por lo menos en corto y mediano plazo

Esta es una invitación a nuestros asociados a leer la ley una y varias veces, a encontrar las oportunidades, a usarlas, a actuar frente al gobierno de manera firme y amable, pero sobre todo a no permitir que la interpretación de los aseguradores, si de verdad haga imposible la autonomía y que las luchas frente a las glosas terminen en “negociaciones” que hacen estéril el trabajo y las opiniones de los profesionales

La cosa es de aplicación, de mecánica, de sistema, de organización, no de lo que en el derecho se denomina “fetichismo legal” que consiste en creer que una ley soluciona un problema (objeto que evoca el placer), no, la cuestión es de cómo y no de qué; cómo vamos a hacer para que la ley beneficie a los pacientes y no perjudique al gremio?

He ahí el desafío

Bienvenidos al futuro!

CARLOS BOTERO BORDA

Abogado Pontificia Universidad Javeriana

Las opiniones de este artículo solo son responsabilidad de su autor y de su criterio autónomo y profesional y no comprometen a la línea editorial de esta publicación

Citicolina en la enfermedad cerebrovascular: avances recientes

En diversos foros internacionales (ISC y ESC del 2010) y publicaciones de reconocida importancia (Stroke, Cerebrovascular Diseases del 2011) se ha debatido la utilidad y eficacia de la neuroprotección y en particular el rol de la citicolina (CDP-colina o citidina-5'-difosfocolina), el fosfolípido más abundante en el cerebro, a su vez intermediario limitante en la síntesis de la

fosfatidilcolina y donante de colina en la biosíntesis del neurotransmisor acetilcolina (1).

La CDP-colina que se presenta en tabletas (500 mgr), en ampolla de uso IV y en ampulas para beber (250-500 mgr), se ha probado en más de 11000 personas entre pacientes y voluntarios, demostrando pocos e infrecuentes efectos secundarios como: cefalea, llenura e inquietud.

El suplemento de Stroke de enero de 2012 (2), resume la evidencia disponible sobre el manejo actual y la prevención del ataque cerebrovascular (ACV), de él se han extraído tres artículos que presentan la evidencia disponible sobre el uso de citicolina en esta circunstancia, que continúa siendo responsable de la segunda (o tercera) causa de mortalidad y de la primera de discapacidad en los adultos mayores en el mundo entero (3).

De manera sucinta y profunda, A. Dávalos y J. Secades revisan la evidencia clínica y experimental disponible al momento sobre citicolina. Entre ella, conviene resaltar que en experimentación animal se ha comprobado el efecto benéfico de la citicolina en la reducción del tamaño del infarto en diversos modelos animales de ACV, y se puede afirmar que su aplicación, a razón de 300-500 mg/kg, disminuye hasta en 28% el tamaño de la lesión (IC95% 19-38), con un mejor desempeño en los modelos de isquemia transitoria, evidencia que soporta bien el uso de este fármaco como neuroprotector en estudios clínicos con humanos (4). De igual manera los estudios experimentales que cuantifican la presencia de células muertas por apoptosis después de un ACV, demostraron una disminución significativa de ellas, mediante el uso de la coloración TUNEL, en los animales tratados con citicolina, efecto comparable al causado por la aplicación de células madre mesenquimales (4).

Entre los estudios clínicos, el meta-análisis realizado por Saver para establecer el beneficio de tratar paciente con ACV con citicolina, fue evaluado

mediante las tasas de muerte o discapacidad en seguimiento al largo plazo (superior a 6 meses). El uso de la citicolina se asoció con menor discapacidad y mortalidad, es decir con un riesgo relativo indirecto de 0.64 (IC95% 0.54-0.77), sin que se hallaran diferencias en los efectos secundarios entre los grupos tratados o no. A su vez, un estudio clínico realizado en Corea con 3736 pacientes, confirmó la eficacia de la citicolina en pacientes con ACV tratados prontamente, al medir a las 6 semanas un índice combinado de NIHSS; Barthel y Rankin modificado. Hallazgos similares se han obtenido por el uso combinado de citicolina y trombólisis con rt-PA (4).

En el campo de la neuro-reparación, diversos estudios han demostrado que la citicolina preserva la función neurocognoscitiva de los pacientes que han sufrido ACV (5). La revisión de Hurtado y colaboradores establece que además de las ya citadas acciones de la citicolina, ella ejerce una acción anti-excitotóxica en neuronas y astrocitos en los cuales incrementa los niveles de adenosin-5'-trifosfato y reduce la liberación de glutamato. De igual manera la citicolina aumenta la neuroplasticidad post-ACV (6).

El uso de citicolina 2g/día por 6 semanas se asoció con una mejor atención y orientación temporal (7). Sobre este asunto recaba el artículo que sobre ACV y demencia vascular presentan Gustavo Román y José Alvarez-Sabín en el mismo suplemento (8), y en cual se analizan diversos estudios, muchos de ellos realizados en EE.UU, que demuestran la utilidad de la citicolina en la recuperación neurocognoscitiva post-ACV, como lo confirmó una revisión Cochrane, en la cual a pesar de diversos tipos de estudios y de dosis diferentes se demostró una mejor memoria y conducta en los paciente que recibieron la medicación. Se han propuesto diversos mecanismos para explicar esta acción y entre ellos el ya referido de la acción sobre las células madre.

En el momento se llevan a cabo dos estudios prospectivos, controlados con placebo y asignación al azar, para confirmar la eficacia de la citicolina en el trauma de cráneo (COBIT), y en el ACV isquémico; se esperan noticias de sus avances en la European Stroke Conference del 2011.

GERMAN E. PÉREZ R.

Profesor Universidad Nacional de Colombia

Miembro Grupo ECV Asociación Colombiana de Neurología

REFERENCIAS

1. Secades JJ, Lorenzo JL. Citicolina: Pharmacological and clinical review 2006 Update. *Methods Find Exp Clin Pharmacol*.2006;28 (SupplB):1-56
2. Stroke 2011;42(Suppl 1):1-43
3. Muñoz-Collazos M, Gutiérrez AM, Londoño D, Bayona H, Herrán S, Pérez GE. Uso del Activador de Plasminógeno recombinante (rt-PA) en el Ataque cerebrovascular isquémico (ACVi) en Colombia: un estudio de costo-efectividad. *Acta Neurol Colomb* 2008; 24:158-173.
4. Dávalos A, Secades J. Citicolina Preclinical and Clinical Update 2009-2010. *Stroke* 2011;42(Suppl 1):S316-S39.
5. Saver JL. Citicolina: update on a promising and widely available agent for neuroprotection and neurorepair. *Rev neurol Dis*.2008;5:167-177
6. Neuroprotection and Recovery. Recent data at the bench on Citicolina. *Stroke* 2011;42(Suppl 1):S133-S35.
7. Ortega G, Jacas C, Quintana M, Ribó M, Santamarina E, Maisterra O, Molina C, Montaner J, Román G, Alvarez-Sabín J. Citicolina treatment prevents neurocognitive decline after a first ischemic stroke. *Cerebrovas Dis* .2010; 29(Suppl 2):268.
8. Román C G, Alvarez-Sabín J. Citicolina in Vascular Cognitive impairment ans Vasacular Dementia after Stroke. *Stroke* 2011;42(Suppl 1):S41-S43.

Congreso Itinerante de Epilepsia, 2011

De manera similar a 2010, año en el cual se llevó a cabo este evento en las ciudades de Neiva, Bogotá, Cali, Barranquilla y Bucaramanga; en enero de 2011 las ciudades de Cartagena, Pereira, Bogotá y Cali sirvieron de anfitrionas para la reunión científica que congregó en cada región a pacientes, pedagogos y médicos a cargo de esta patología de prevalencia importante en nuestro país.

Esta vez tuvimos el privilegio de contar con los doctores Andreas Alexopoulos y Norman So, de Cleveland Clinic, quienes junto con los conferencistas locales Daniel Nariño, Luz Stella Caicedo, Lina Tavera, Walter González, Alexander Paz, Martín Torres, Liliana Correa, Luis Carlos Mayor, Luis Polo, Irma Caro, María F. Lengua, Edgar Castillo, Luisa Márquez, Enrique Urrea, Guido Ujueta, Andrés Quintana, Yamile Bocanegra, Santiago Cruz, Guillermo Barrios, Juan Fernando Gómez y Jhon P. Meza ilustraron los aspectos pertinentes a esta patología y su impacto en la sociedad.



De izquierda a derecha los doctores Carlos Botero, Jesús Hernán Rodríguez, Norman So, Guillermo Barrios.

Fundación colombiana de demencia fronto temporal y desórdenes asociados (FCDFT)

En noviembre de 2010 se creó en Bogotá, con carácter nacional, la Fundación Colombiana de Demencia Fronto Temporal y Desórdenes Asociados (FCDFT), producto de la iniciativa y el trabajo conjunto de un grupo fundador constituido, principalmente, por familiares de pacientes diagnosticados con algún tipo de demencia fronto temporal (DFT) y liderado por las neuropsicólogas Diana Matallana y Patricia Monta-

ñez. Por su parte, el equipo de especialistas de la Clínica de Memoria de la Pontificia Universidad Javeriana, con sede en el Hospital Universitario de San Ignacio, ha venido trabajando desde hace más de 13 años en el diagnóstico y la investigación de enfermedades demenciales y durante los últimos años, con mayor énfasis aún, en el diagnóstico, manejo e investigación de las diversas entidades que configuran la DFT. A pesar de que la enfermedad de Alzheimer constituye la primera causa de demencia, en los últimos años se ha observado un incremento marcado en la identificación y el diagnóstico de los casos de DFT y todos los desórdenes asociados a esta heterogénea entidad.

De allí surgió la necesidad de constituir una fundación médica que velara por asistir, informar y apoyar a los pacientes y a sus respectivos familiares y cuidadores, en la búsqueda de un mayor bienestar. Otro objetivo que se ha trazado

es capacitar, por medio de la divulgación del conocimiento, a todo el personal interno del área de la salud y al público en general, acerca de la identificación temprana y el manejo adecuado terapéutico o paliativo de la DFT. Un propósito adicional es incentivar la investigación científica interdisciplinaria, la educación, la capacitación y el desarrollo de actividades académicas, asistenciales y científicas para promover y divulgar el conocimiento acerca de la DFT.

Conviene subrayar que la FCDFT nació a partir de la permanente labor interdisciplinaria, centrada en la investigación, de un grupo de especialistas en el tema, que ha logrado la creación de estatutos, la conforma-



Equipo interdisciplinario de Clínica de Memoria de la Pontificia Universidad Javeriana, con sede en el Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia.

ción de un comité científico, y el desarrollo de investigaciones, publicaciones y conferencias. Como evento particular se realizó la exposición y venta de obras de arte originales donadas a la FCDFT por la familia Iriarte, que fueron exhibidas y puestas a la venta en la Galería de Arte de la Fundación Santillana, en Bogotá.

Los fondos recolectados por tal concepto, se destinarán a la creación y desarrollo de programas de investigación sobre la DFT. Entre ellas figuraban obras originales de arte colonial y trabajos de Eduardo Ramírez Villamizar, Juan Antonio Roda, Gustavo Zalamea, Marcos Roda, Antonio Grass, Mónica Meira, Luciano Jaramillo, Otto Cavalcante, Joan Josef Thorats, Álvaro Delgado y Brigitte Vierkart, entre otras. Algunas de estas aún se hallan disponibles para la venta.

En la página www.demenciafrontotemporal.com puede consultarse toda la información sobre la FCDFT: su historia, los miembros de la fundación, sus estatutos, eventos, publicaciones, investigaciones en curso, integrantes del comité científico, artículos, cartas de los familiares y la exhibición virtual de las obras de arte ya mencionadas. donadas por

CAROLINA RUIZ DE SÁNCHEZ

Neuróloga. Clínica de Memoria. Pontificia Universidad Javeriana.

1.er Simposio EM – Clínica Colombia

Con el auspicio de laboratorios Merk-Serono tuvo lugar el 1er Simposio Nacional de Esclerosis Múltiple organizado por el Servicio de Neurología de la clínica Colombia. El evento se llevó a cabo en la ciudad de Cartagena durante los días 10 y 11 del pasado diciembre y reunió representantes de la especialidad de todas las regiones de nuestro país. Se discutieron aspectos que corresponden al diagnóstico imagenológico y a las alternativas terapéuticas que estarán disponibles en el futuro cercano.

Los conferencistas: Carlos Navas MD. Coordinador Servicio de neurología Clínica Colombia. Bogotá. Jaume Sastre Garriga MD, neurólogo y director adjunto del Centro de Esclerosis Múltiple de Cataluña. España. Carolina Tramoncini MD. Servicio de neuroradiología clínica Colombia. Bogotá.

Epilepsia y Demencia: Workshops 2010

En octubre y noviembre de 2010, Janssen Latinoamérica norte dio comienzo a los Workshops de Neurología en adultos.

Las ciudades escogidas fueron Santamarta, en donde se realizó la reunión de epilepsia, y Valledupar, sede del taller de demencia.

Los conferencistas invitados en epilepsia fueron Daniel Nariño, Luis Carlos Mayor, José Luis Bustos y Walter González. En demencia nos acompañaron Carlos Cano, Mauricio Medina y Jorge Holguín.

Algunos de los asistentes en el Parque de la Leyenda Vallenata: Ramón Quintero, Jorge Celiz, Nohemí Meza, Joe Munoz, Daniel Nariño, Juliana Coral, Carolina Ruiz,



Felipe Pretelt, Yuri Takeuchi, Ruth Salcedo, Jairo Pareja, Olga Lucía Pedraza, Erick Sánchez, Leonardo Hernández, Jorge Holguín y Dora Meza. Fotografía: Yíneith Villezcas.