

MEDICINA

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Volumen 24 Número 1

Enero - Junio 2025

Montería - Colombia

- EDITORIAL

Desafíos educativos

- *Alergia a la proteína de la leche de vaca: un desafío diagnóstico y terapéutico*

- *Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes pediátricos con infecciones respiratorias agudas, Hospital San Juan de Sahagún, 2021 – 2024*

- *Reseña histórica de la Dermatología en Córdoba*

- *Historia de la Cirugía General en Montería*

- *Las religiones laicas del siglo XXI y la Ingeniería Social*

- *A los colaboradores*



www.unisinu.edu.co



UNIVERSIDAD DEL SINU
Elías Bechara Zainúm

EDITORIAL

Desafíos educativos

Álvaro Bustos González

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Alergia a la proteína de leche de vaca: un desafío diagnóstico y terapéutico

Cow's milk protein allergy: a diagnostic and therapeutic challenge

Fabiola Menco Contreras, Karina Susana Pastor Sierra, Nany Castilla Herrera, Rina Menco Contreras

Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes pediátricos con infecciones respiratorias agudas, Hospital San Juan de Sahagún, 2021 – 2024

Clinical-epidemiological characterization of pediatric patients with acute respiratory infections, San Juan de Sahagún Hospital, 2021 – 2024

Dayan Vanesa Ariza Villadiego, Irina Cera Barragán, Natalia Sofía Durango Quintana, Álvaro Bustos González, Ana Negrete Oquendo

ENSAYO

Reseña histórica de la Dermatología en Córdoba

Historical overview of Dermatology in Cordoba

Dr. Victor Otero Marrugo

Historia de la Cirugía General en Montería

History of General Surgery in Montería

Dr. Francisco Rodríguez Yances,

Las religiones laicas del siglo XXI y la Ingeniería Social

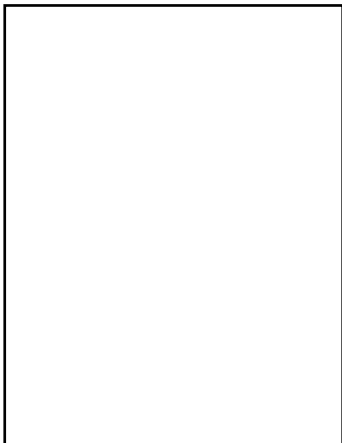
We should think more about obstructive sleep apnea, a necessary reminder for primary care

Dr. José Luis Méndez Méndez

A los colaboradores

To the collaborators

**ACUMULADO
AÑO 2025**



Revista Medicina

Vol. 24 No. 1
Enero - Junio 2025
ISSN 1692-0880

Rector - Fundador

Dr. Elías Bechara Zainúm (+)
Diciembre 10 de 1920 / +Agosto 9 de 2013

Coordinadora General - Coofundadora

Saray Castilla de Bechara (+)
Octubre 29 de 1929 / +Noviembre 28 de 2018

Rectora

Dra. Adriana Suárez de Lacouture

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Álvaro Bustos González

Director del Programa de Medicina

Dr. Heiser Arteaga Pautt

Coordinador del Área Clínica

Dr. Jorge Ordosgoitia Santana

Director - Editor

Dr. Álvaro Bustos González

Comité Científico

Dr. Pablo Rosselli Cock

Ortopedista Infantil
Universidad Javeriana, Fundación Cardio Infantil,
Instituto Roosevelt, Fundación Santafé de Bogotá
Bogotá, Colombia

Dra. Catalina Tovar Acero

Bacterióloga, Magíster en Infecciones y Salud Tropical,
PhD en Medicina Tropical
Directora, Laboratorio de Biomédicas y Biología Molecular
Universidad del Sinuj -Elías Bechara Zainúm-

Dr. Ricardo Londoño Escobar

PhD. Investigador en Regeneración de Tejidos
Universidad de Pittsburgh, USA

Dr. Jorge E. Gómez Marín

PhD. en Enfermedades Tropicales
Universidad de Montpellier, Francia
Jefe de Investigaciones, Universidad del Quindío
Armenia, Colombia

Dr. Richard O. Hoyos López

Biólogo, Magister en Ciencias Básicas
Universidad Nacional de Colombia
Montería, Colombia

Comité Editorial

Dr. Mario Negrette Guzmán

PhD. en Ciencias Bioquímicas
Universidad Nacional Autónoma de México
Investigador, Universidad Industrial de Santander
Bucaramanga, Colombia

Dra. María Fernanda Yasnot

Bacterióloga, PhD en Ciencias Básicas
Instituto de Investigaciones Biológicas del Trópico (IIBT)
Universidad de Córdoba, Montería, Colombia

Dra. Lyda Marcela Espitia Pérez

Bióloga, PhD en Biología Celular y Molecular
Universidad Río Grande Do Sul, Brasil
Investigadora, Universidad del Sinú
Montería, Córdoba

Dr. Xavier Sáez Llorens

Pediatra Infectólogo, Jefe de Investigaciones,
Hospital del Niño José Renán Esquivel
Panamá, República de Panamá

Dra. Mónica Trujillo Hoynesberg

Pediatra Infectóloga, Postdoctorada en Inmunología
Clínica Universitaria Bolivariana, Hospital Pablo Tobón Uribe
Coordinadora del Programa de Infectología Pediátrica, CES
Medellín, Colombia



INDICE

EDITORIAL	Pag
Desatinos educativos	5
<i>Álvaro Bustos González</i>	
ARTÍCULO DE REVISIÓN	
Alergia a la proteína de leche de la vaca: un desafío diagnóstico y terapéutico	6
<i>Cow's milk protein allergy: a diagnostic and therapeutic challenge</i>	
<i>Fabiola Menco Contreras, Karina Susana Pastor Sierra, Nany Castilla Herrera, Rina Menco Contreras</i>	
ARTÍCULO ORIGINAL	
Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes pediátricos con infecciones respiratorias agudas, Hospital San Juan de Sahagún, 2021 – 2024	27
<i>Clinical-epidemiological characterization of pediatric patients with acute respiratory infections, San Juan de Sahagún Hospital, 2021 – 2024</i>	
<i>Dayan Vanesa Ariza Villadiego, Irina Cera Barragán, Natalia Sofia Durango Quintana, Álvaro Bustos González, Ana Negrete Oquendo</i>	
ENSAYO	
Reseña histórica de la Dermatología en Córdoba	34
<i>Historical overview of Dermatology in Cordoba</i>	
<i>Dr. Victor Otero Marrugo</i>	
Historia de la Cirugía General en Montería	37
<i>History of General Surgery in Montería</i>	
<i>Dr. Francisco Rodríguez Yances,</i>	
Las religiones laicas del siglo XXI y la Ingeniería Social	39
<i>We should think more about obstructive sleep apnea, a necessary reminder for primary care</i>	
<i>Dr. José Luis Méndez Méndez</i>	
A los colaboradores	49
To the collaborators	

Editorial

Desatinos educativos

Es un lugar común decir que el futuro de una sociedad está en la educación de sus niños y jóvenes, pero esto suele asimilarse a una mera instrucción, sin mencionar la calidad de la formación, que tiene otras implicaciones intelectuales, académicas y éticas. Por eso, cuando se afirma que la universidad está para servirles a los estudiantes, se está cometiendo un desatino, porque ella existe es para contribuir a su formación integral, lo que implica, de parte del alumno, una actitud vocacional y una disciplina de estudio y de análisis permanente. Se habla del derecho a la educación, pero este se confunde con la posibilidad de matricularse, sin hacer alusión al derecho al conocimiento, que requiere el esfuerzo del estudiante. Algunos informes sobre el tema coinciden en que el resultado del proceso universitario depende un 50% del alumno, 30% de los profesores, 10% de lo que se aprende en el núcleo familiar y 10% de la interacción con los compañeros y el entorno social, teniendo en cuenta que el docente no es más que un ejemplo, una actitud, un criterio y una experiencia. El aprendizaje no es un acto de absorción pasiva, sino de incansable búsqueda.

En Colombia, desde que se proclamó, por parte del ministerio del ramo, la promoción automática en los niveles escolares, se sembró la semilla de la precariedad académica. ¿Cómo es posible que dicho ministerio avale la evaluación de los docentes por parte de los estudiantes, si ellos suelen calificar de acuerdo con sus resultados en la respectiva asignatura y según el nivel de requerimientos del profesor? ¿Cómo es posible que a los docentes se los evalúe según la mortalidad académica, cuando es sabido que hay disciplinas más complejas que otras y estudiantes mejores que otros? Y, finalmente, ¿de dónde habrá salido el esperpento de que los resultados de las pruebas Saber Pro se deben a los profesores y no a la capacidad cognitiva del alumno, a su solvencia para plantear juicios críticos, deducciones atinadas e inferencias, y para concebir razonamientos lógicos? A pensar no se enseña, eso hay que aprenderlo.

Mientras el ministerio del ramo insista en solicitar informes burocráticos que se asimilan a lo académico, mientras se omita la idiosincrasia juvenil y se considere que las exigencias son una fuente de desajustes emocionales en los adolescentes, el país seguirá andando en la oscuridad y el futuro carecerá de decoro y de altura de pensamiento.

Dr. Álvaro Bustos González
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad del Sinú -Elías Bechara Zainúm-
Montería, Colombia

Alergia a la proteína de leche de la vaca: un desafío diagnóstico y terapéutico

Cow's milk protein allergy: a diagnostic and therapeutic challenge

Dra. Fabiola Menco Contreras

Residente del programa de especialización en Pediatría, Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad del Sinú – Elías Bechara Zainúm, Montería, Córdoba, Colombia

Dra. Karina Susana Pastor Sierra

Grupo de Investigación Biomédica y Biología Molecular,
Universidad del Sinú - Elías Bechara Zainúm, Montería, Córdoba-Colombia

Dra. Nany Castilla Herrera

Pediatra egresada de la Universidad del Sinú – Elías Bechara Zainúm, Montería, Córdoba, Colombia.
Servicio de urgencias y hospitalización hospital San Jerónimo, Montería, Córdoba, Colombia

Dra. Rina Menco Contreras

Médico epidemiólogo egresada de la Fundación universitaria del área andina, Pereira, Risaralda, Colombia. Director de centro de excelencia en enfermedades crónicas no transmisibles- FUNCENTRA, Montería, Córdoba, Colombia

e-mail:karinapastor@unisinu.edu.co

Resumen: *Introducción: Las alergias alimentarias en niños, son un problema creciente en los últimos años, teniendo en cuenta que, en los lactantes el alimento ideal es la leche materna, en sus primeros 6 meses de vida. La alergia a la proteína de leche de vaca genera impacto en la salud mental de las madres, en la morbilidad asociada y el costo de alimentación de estos niños. En Colombia son escasos los estudios dedicados exclusivamente a esta patología. Es por eso que este, tiene como objetivo ser el primer reporte de prevalencia, características clínicas y costos en la ciudad de Montería- Córdoba, Colombia, a su vez generar impacto en los profesionales de la salud para mejorar de forma oportuna el diagnóstico y manejo, basados en las guías más recientes. Materiales y métodos: Se revisaron estudios en diferentes bases de datos sobre alergias alimentarias, particularmente la alergia a la proteína de leche de vaca, con el objetivo de sintetizar el conocimiento actual sobre la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de esta condición. El estudio descriptivo se realizó utilizando como fuente de datos las historias clínicas de los pacientes de cero a tres años diagnosticados por esta enfermedad en 4 diferentes IPS de la ciudad, durante el periodo comprendido entre 2019 a 2022, además, se realizaron entrevistas telefónicas para recopilar la información faltante haciendo un seguimiento desde el nacimiento hasta la actualidad. El análisis de costos se basó en el promedio de consumo basados en precios de fórmulas infantiles a 2023. Resultados: Se incluyeron 46 documentos para generar una síntesis del conocimiento actual sobre la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de esta condición. La prevalencia estimada fue de 0.5%. La muestra incluyó 36 pacientes, el 31% de 6 meses a 1 año de edad, seguido por aquellos de 1 mes a 6 meses con 28% y el 21% restante menores de 1 mes de vida, los factores de riesgo analizados fueron la vía del parto, alimentación previa a los síntomas, antecedente de atopia. En cuanto a los síntomas, predominó el fenotipo mixto de la enfermedad con mayor compromiso del sistema gastrointestinal 86%, seguidas de las cutáneas 58% y finalmente las manifestaciones respiratorias en un 33%. El diagnóstico se hizo en un 100% por sospecha clínica con la exclusión de proteínas de leche de vaca y confirmación con mejoría clínica. En la mayoría se utilizó fórmula extensamente hidrolizada en proteínas. La mejoría se logró en el 100% de los pacientes alimentados con lactancia materna exclusiva con dieta de eliminación, 85% en la alimentación exclusiva con fórmulas modificadas en proteínas y en el 72% de los tratados con la combinación de lactancia materna con dieta de eliminación y fórmula modificada en proteínas. El costo de aquellos pacientes tratados con fórmulas modificadas en proteínas en sus primeros 6 meses fue de \$ \$ 3.046.825 hasta \$ 9.894.553 según el tipo de fórmula.*

Palabras Claves: : Alergia alimentaria, proteína de leche, dieta de exclusión, lactancia materna.

Summary: *Introduction: Food allergies in children are a growing problem in recent years, taking into account that in infants the ideal food is breast milk, in their first 6 months of life. Allergy to cow's milk protein has an impact on the mental health of mothers, on the associated morbidity and the cost of feeding these children. In Colombia, there are few studies dedicated exclusively to this pathology. That is why this objective is to be the first report of prevalence, clinical characteristics and costs in the city of Montería-Córdoba, Colombia, in turn generating an impact on health professionals to improve diagnosis and management in a timely manner. , based on the most recent guidelines. Materials and methods: Studies in different databases on food allergies, particularly allergy to cow's milk protein, were reviewed in order to synthesize current knowledge on the pathophysiology, diagnosis, and treatment of this condition. The descriptive study was carried out using as a data source the medical records of patients from zero to three years diagnosed with this disease in 4 different IPS in the city, during the period between 2019 and 2022, in addition, telephone interviews were conducted to collect missing information by tracking from birth to present. The cost analysis was based on the average consumption based on*

infant formula prices by 2023. Results: 46 documents were included to generate a synthesis of current knowledge on the pathophysiology, diagnosis, and treatment of this condition. The estimated prevalence was 0.5%. The sample included 36 patients, 31% from 6 months to 1 year of age, followed by those from 1 month to 6 months with 28% and the remaining 21% under 1 month of life. The risk factors analyzed were the route childbirth, feeding prior to symptoms, history of atopy. Regarding symptoms, the mixed phenotype of the disease prevailed with greater involvement of the gastrointestinal system 86%, followed by cutaneous 58% and finally respiratory manifestations in 33%. The diagnosis was made 100% by clinical suspicion with the exclusion of cow's milk proteins and confirmation with clinical improvement. In most of them, a formula extensively hydrolyzed in proteins was used. Improvement was achieved in 100% of patients exclusively breastfed on the elimination diet, 85% exclusively on protein-modified formulas, and 72% on combination breastfeeding on the elimination diet. and modified protein formula. The cost of those patients treated with protein-modified formulas in their first 6 months ranged from \$3,046,825 to \$9,894,553 depending on the type of formula

Keywords: : Food allergy, milk protein, exclusion diet, breastfeeding

Introducción

Las alergias alimentarias son un problema en aumento en la población mundial, en el caso de la APLV (alergia a la proteína de leche de vaca) hasta 2014 la prevalencia era del 0.6% (0.5-0.8%)¹. Se estima que la incidencia en el primer año de vida es del 2 al 3%.

Más del 90% de las alergias alimentarias en los lactantes son causadas por leche de vaca, huevo de gallina, soya, maní, nueces, trigo, pescado y mariscos².

La APLV constituye la causa más frecuente de alergia alimentaria en los primeros meses de vida. Además de predisponer a otras enfermedades atópicas como el asma, dermatitis atópica y rinitis (marcha alérgica); con deterioro de la calidad de vida y aumento en los costos del tratamiento³.

A pesar de la existencia de diferentes guías y recomendaciones sobre el manejo de niños con APLV, en Latinoamérica sigue observándose una gran variabilidad de criterios diagnósticos y terapéuticos¹. En un alto porcentaje de los casos, no existe la sospecha por parte del personal de salud, y, por lo tanto, el diagnóstico y el tratamiento se retrasan⁴.

El propósito central de este documento es crear conciencia en la comunidad médica acerca de esta patología, con el fin de mejorar las pautas de diagnóstico y tratamiento. Para lograr este objetivo, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura más actualizada, considerando el panorama de la patología con especial interés en Latinoamérica. El resultado de esta revisión se ha resumido en un documento que puede servir como una referencia de búsqueda para los profesionales de la salud. Además, se realizó el primer informe de prevalencia local, el cual servirá como punto de partida para futuras investigaciones sobre esta enfermedad. Se recopiló una muestra representativa de casos, en la cual se llevó a cabo un análisis descriptivo del proceso clínico, diagnóstico y tratamiento. Asimismo, se determinó el impacto económico asociado a su manejo.

II. Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica extensa sobre la alergia a la proteína de la leche de vaca, junto con un estudio descriptivo retrospectivo y un análisis de costos relacionados con el uso de fórmulas de leche como alimentación exclusiva en niños de 0 a 6 meses de edad.

Primero se realizó una evaluación de la literatura científica utilizando múltiples bases de datos electrónicas. Se utilizaron sinónimos, abreviaturas, variaciones ortográficas y formas plurales para abordar la pregunta de investigación "**¿Cuál es la prevalencia, los patrones de diagnóstico y los enfoques de tratamiento de la alergia a la proteína de leche de vaca en la población infantil de Montería, Colombia?**". Se incluyeron diversos tipos de estudios, como observacionales, analíticos, clínicos, epidemiológicos y descriptivos, publicados en la literatura científica. Además, se consideraron reportes de casos relacionados con enfermedades asociadas a la población de estudio. Las referencias seleccionadas se evaluaron mediante el análisis del título, resumen y texto completo, de acuerdo con los criterios de elegibilidad establecidos. Las ecuaciones de búsquedas fueron:

Ecuación de búsqueda general: ("alergia a proteína de leche de vaca") y ("alergias alimentarias")

Ecuación de búsqueda específicas: (alergia) AND ("alergias a proteínas alimentarias") y (FPIES); ("composición de leche humana y de otros mamíferos") y (colitis y dermatitis alérgicas).

Para el análisis descriptivo, se tomó la población pediátrica constituida por pacientes de 0 a 3 años en el periodo del 2019 a 2022 en 4 centros médicos de la ciudad de Montería. La información se obtuvo de las atenciones de consulta externa realizadas en las IPS EMIC; Medisinú, Acción; Salud y Hospital San Jerónimo. Se incluyeron todos los pacientes que cumplieron con el perfil del estudio, realizando un filtro de historias clínicas según los códigos CIE10: K522 colitis y gastroenteritis

alérgicas y dietéticas; L236 Dermatitis alérgica de contacto debida a alimentos en contacto con la piel; y T784 alergia no especificada. En una muestra de 36 pacientes. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico T784 que no cumplían con el cuadro clínico ni el diagnóstico; también se descartaron aquellas historias clínicas duplicadas, información incompleta y aquellas atenciones cuyos diagnósticos no estaban relacionados con la patología de estudio.

Las variables utilizadas fueron de tipo sociodemográfico y clínico, además se realizó comparación con las guías de manejo más recientes y un estudio sobre el costo de alimentación con fórmulas especiales.

Con el fin de establecer la prevalencia de la alergia a la proteína de leche de vaca, se realizó una estadística descriptiva utilizando el programa Stata 10.0 (Stata Corp., College Station, E.E.U.U. IL, USA-SPSS versión 20.0)

III. Resultados

Para la revisión bibliográfica fueron exploradas las siguientes bases de datos: PubMed, Frontiers, Clinical key, New England Journal of Medicine NEJM, UpToDate, Pediatrics y revista colombiana de gastroenterología. La búsqueda se realizó en el periodo de tiempo comprendido entre 2010 hasta 2023 a nivel mundial con el criterio de búsqueda de alergia alimentaria en pediatría, obteniendo un resultado de 7,724 resultados. Posteriormente se hizo una búsqueda más detallada utilizando términos como “alergia a proteína de leche de vaca”, “alergia a la leche”, “intolerancia a la leche de vaca”. Con lo anterior el número de estudios se redujo a 3.299 resultados. Luego se aplicó un filtro fraccionando los temas de interés para el artículo como son “epidemiología de la alergia a la proteína de leche de vaca”, “manifestaciones clínicas de alergia a proteína de leche de vaca”, “tratamiento de la alergia a proteína de leche de vaca”. Se excluyeron aquellos que incluían paraclínicos y técnicas de laboratorio no estandarizadas a nivel mundial, tratamientos alternativos e inmunoterapia para los niños con alergia a proteína de leche de vaca y edades por fuera del rango utilizado en el estudio. Con lo anterior se seleccionaron 46 artículos que cumplían con los objetivos de la revisión. (ver anexo 1).

La APLV es una patología definida como una respuesta o reacción inmunológica anormal que ocurre en las primeras semanas de vida después de la introducción de fórmulas a base de leche de vaca. También se puede

encontrar en lactantes alimentados exclusivamente con leche materna, aunque la incidencia en este grupo es baja (0,5%) y la presentación clínica no es tan severa⁵. Se produce con base en dos mecanismos: puede ser de tipo mediada por IgE, no mediada por IgE y mixta, que ocurre por exposición temprana a productos lácteos de origen bovino, sea por paso a la leche materna proveniente de la ingesta de la madre o el uso de fórmulas infantiles que contienen como proteína derivados de la leche de vaca.

Con respecto a su epidemiología, a nivel de Latinoamérica hay disparidad en cuanto a los resultados de los diferentes estudios realizados. En Argentina en un estudio en un hospital universitario de la comunidad que duró 11 años encontró una prevalencia de 0.8%, con un incremento porcentual de casos por año de 0,4% en 2004 a 1,2% en 2014⁶, estudios realizados en Brasil muestran una incidencia de APLV del 2.2% y una prevalencia del 5.4% de 9.478 pacientes evaluados⁷. En el caso de Colombia la mayoría de los estudios son amplios y abarcan en su mayoría el total de alergias alimentarias incluyendo la leche.

El estudio colombiano descriptivo más grande hasta la fecha sobre manifestaciones gastrointestinales de alergias alimentarias mostró la prevalencia estimada de 0,04 % para la población pediátrica y de 0,148 % para los menores de 5 años, mostrando que el alérgeno más frecuente fue la proteína de leche de vaca⁸, los demás estudios revisados también reportan que el alérgeno más común en los primeros meses de vida es la leche de vaca⁹⁻¹⁰⁻¹¹. Si nos ubicamos en nuestro territorio, haciendo una revisión bibliográfica, en la costa colombiana no hay registros sobre cuál es la prevalencia e incidencia estimada de pacientes con esta patología en particular.

La leche humana es el alimento de elección en lactantes porque contiene una variedad de sustancias beneficiosas, incluidos factores de crecimiento, péptidos, hormonas, prebióticos y probióticos, enzimas, citocinas, quimiocinas, elementos antiinflamatorios, antimicrobianos, y antioxidantes¹². Es un biofluido específico para cada persona e incluye varios componentes bioactivos y nutricionales: contiene proteínas denominadas caseínas, que están presentes en las isoformas α , β , gamma y kappa. El componente principal de las caseínas humanas es β -CN, que contribuye a mejorar la biodisponibilidad del calcio. Las proteínas de suero más abundantes son IgA (90%), lactoferrina, α -lactoalbúmina y lisozima¹³.

Su principal carbohidrato es la lactosa y sus grasas básicamente son triglicéridos en un 98%.

La lactancia materna genera un factor protector en cuanto al desarrollo de hipersensibilidad, posee menor contenido de proteínas extrañas, presencia de IgA (que proporciona protección pasiva frente a proteínas

extrañas y patógenos) y presencia de factores solubles (p. ej., prolactina) que pueden acelerar la maduración de la barrera intestinal y de la respuesta inmunitaria del lactante¹⁴. Favorece el desarrollo de tolerancia oral y puede evitar las alergias alimentarias y la dermatitis atópica (ver tabla 1).

Tabla 1. Composición de la leche de vaca y leche humana

Componentes	Leche humana	Leche de vaca
Agua %	87.6	87.6
Osmolaridad (mOsm)	287 a 293	350
Energía (kcal /100ml)	62-70	68
Lactosa (g/L)	63-70	44-66
Proteínas (g/L)	9-19	30-39
Grasa (g/L)	21-40	33-54
Caseína total (g/L)	2.4- 4.2	24.6- 28.0
α-Caseína	0.9-1.9	3.0- 3.9
β-Caseína	3.87	8.6-11.0
Proteínas del suero total (g/L)	6.2-8.3	5.5- 7.0
α- Lactoalbúmina	1.9-3.4	1.0-1.5
β- Lactoalbúmina	Ausente	3.2- 4.0
Proporción caseína/ proteínas del suero %	60/40	80/20
Lisozima	0.04 -0.2	Rastro
Ácidos grasos (% del total de ácidos grasos)		
Grasa saturada (SFA)	39.4-45	55.7-72.8
Ácidos grasos monoinsaturados (MUFA)	33.2-45.1	22.7-30.3
Ácidos grasos poliinsaturados (PUFA)	8.1-19.1	2.4-6.3
Ácido linoleico (C18:2)	6.0-17.7	1.2-3.0
Ácido linolenico (C18:3)	0.6-3.4	0.3-1.8
Ácidos grasos Omega 6 y Omega 3 (n-6/n-3)	7.4-8.1	2.1-3.7

En relación a la leche de vaca, componentes contamos con la caseína alfa S1, alfa S2, beta y kappa caseínas; y el suero de leche que contiene alfa-lacto albúmina (ALA), beta lacto globulina (BLG), lactoferrina bovina, albúmina de suero bovino (BSA) e inmunoglobulinas bovinas, proteínas que representan aproximadamente el 80 y el 20 % de la proteína total, respectivamente. La mayoría de los pacientes con alergia a la proteína de leche de vaca están sensibilizados a varias proteínas de la leche, incluidas BLG, caseína, ALA, BSA, lactoferrina bovina

e inmunoglobulinas bovinas. Estas proteínas pueden volverse menos alergénicas si se someten a altas temperaturas, pero en el caso de la betalactoglobulina en algunas oportunidades en presencia de temperaturas aproximadas a los 121 ° C durante más de 20 min puede incluso aumentar su alergenicidad¹⁴.

La caseína, BLG y ALA son los principales alérgenos de la leche, y la coo-sensibilización a más de uno es común⁷. (ver tabla 2).

Tabla 2. Principales proteínas de la leche de vaca relacionadas con APLV

proteína		alérgeno	% de sensibilización en APLV	Reacción cruzada	Características
caseína	α S1 caseína	Bos d 9	98	> 85% con leche de cabra y oveja	Alérgeno mayor. Termoestable
	α S2 caseína	Bos d 10	94		
	β caseína	Bos d 11	91		
	K caseína	Bos d 12	91		
Proteínas del suero	α lactoalbúmina	Bos d 4	51		Alérgeno mayor. Superfamilia de lisozimas
	β lactoalbúmina	Bos d 5	61		Alérgeno mayor. Familia de lipocalinas. Termolábil Proteína sérica más abundante No está en leche humana
Seroalbúmina		Bos d 6	43	15-20% carne de ternera	
Inmunoglobulinas		Bos d 7	36		
Lactoferrina			35		

APLV: Alergia a proteína de leche de vaca

Fuente: Adaptado de De Armentia, et al. 2018³³

Dentro de los factores de riesgo aún no se han logrado comprender en su totalidad, pero se ha logrado establecer que el riesgo de padecer esta enfermedad es mayor si tiene antecedentes familiares de atopia y aún más si este antecedente es de origen materno². No dar lactancia materna exclusiva e incluir alimentación con fórmula infantil puede aumentar el riesgo hasta 4 veces de padecer APLV¹⁶, así como también que el parto haya sido por cesárea. En muchas instituciones de salud debido a políticas de prevención de hipoglucemia y el aumento en la indicación de cesárea para finalización del embarazo, difieren la lactancia materna y se inicia una fórmula infantil como primer alimento, esto ha demostrado que aumenta el riesgo hasta 7 veces de desarrollar APLV en comparación con controles que fueron alimentados con leche materna en las primeras 24 horas¹⁷.

Contrario a lo que se pensaría que la prematuridad aumenta el riesgo de padecer esta patología, se ha evidenciado que estos pacientes tienen una incidencia relativamente baja¹⁸.

Para entender las expresiones fenotípicas de esta patología debemos reconocer las reacciones mediadas por IgE, ya que esta se encuentra en grandes cantidades en las mucosas, responsable de memoria inmunológica por lo que su activación desencadena respuestas

alérgicas rápidas de predominio en piel, sistema respiratorio y tracto gastrointestinal⁵, mientras que las reacciones no mediadas por IgE son de hipersensibilidad de tipo 4 moduladas por células tardías y pueden generar sobre todo manifestaciones gastrointestinales. También se encuentran las reacciones mixtas en la cual intervienen los dos mecanismos.

En 82% de los casos, los primeros signos y síntomas aparecen en los primeros cuatro meses de vida y en 95% durante el primer año de vida¹⁹.

Se han clasificado las manifestaciones en tres estadios, asociados con la severidad y el tiempo de la reacción como inmediatas, aquellas que se presentan dentro de los primeros 30 minutos, con manifestaciones dermatológicas como urticaria, angioedema y anafilaxia, todas estas mediadas por IgE. Mediatas con síntomas gastrointestinales desarrollados unas horas posteriores a la ingesta del alérgeno, no son mediadas por IgE. Tardías, de uno a cinco días posteriores al consumo, con manifestaciones gastrointestinales, acompañado o no de síntomas respiratorios o cutáneos. La participación de la respuesta mediada por IgE es incierta¹⁹ (ver tabla 3), y la posibilidad de comprometer más de un órgano o sistema se describe en el 26% de los pacientes¹

Tabla 3. Manifestaciones clínicas por sistemas.

Sistema comprometido	Síntomas
Dermatológicas (30-70%)	Dermatitis atópica, urticaria, prurito, eritema y exantema morbiliforme, eritema perianal Proctocolitis hemorrágica: Evacuaciones con moco y sangre, pujos, anitís. Suele aparecer antes de los 3 meses de vida Enteropatía: Diarrea, esteatorrea, mala progresión de peso, distensión abdominal, llanto, irritabilidad, cólicos, estreñimiento Reflujo gastroesofágico, vómitos, rechazo a la alimentación Aparece antes de los 2 años
Gastrointestinales (50-60%)	Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) Se desarrolla antes de los 9 meses. Criterio mayor: vómitos en el periodo de 1 a 4 h después de la ingestión de PLV y ausencia de síntomas clásicos cutáneos respiratorios mediados por IgE Criterios menores: 1. Un segundo (o más) episodio de vómitos después de ingerir PLV 2. Vómitos repetidos 1-4 h después de la ingesta de otro alimento 3. Letargia 4. Palidez marcada 5. Necesidad de acudir al servicio de urgencias 6. Necesidad de soporte de líquidos intravenoso 7. Diarrea en las 24 h (normalmente 5-10 h), siguientes a la ingesta de PLV 8. Hipotensión 9. Hipotermia
Respiratorio (20-30%)	Rinoconjuntivitis, broncoespasmo, laringoespasmos, asma, cianosis, tos crónica, neumopatías, apneas, síndrome de muerte súbita del lactante, Síndrome de Heiner
Sistémicas	Anemia, choque anafiláctico. La detención de peso y talla que se da como consecuencia de un diagnóstico no oportuno,

Fuente: elaboración propia, basado en Toca, M. C., et al (2022).¹

El verdadero reto de esta enfermedad es su diagnóstico ya que a menudo puede llevar tiempo y varias consultas médicas para sospechar, diagnosticar y tratar adecuadamente la alergia a la proteína de la leche, lo que puede causar estrés y ansiedad en los pacientes y sus familias.

Basado en una adecuada anamnesis y el examen físico, el diagnóstico de APLV es clínico y no se requiere de ningún estudio de laboratorio para corroborarlo¹. Hace aproximadamente 10 años se valía el uso de la prueba de supresión del alérgeno y la respuesta clínica favorable como suficiente para confirmar el diagnóstico, sin exponer al paciente a un factor de riesgo¹⁹. En los últimos años se ha cambiado esto en las guías más recientes y se recomienda que la prueba de exclusión-provocación son las mejores herramientas disponibles para diagnosticar la APLV no mediada por IgE (APLV-no IgE)¹⁵. La primera nos guía para sentar la sospecha diagnóstica y con la segunda logramos la confirmación diagnóstica. En casos de FPIES grave la reexposición a las proteínas de leche de vaca conlleva la posibilidad de reproducir la reacción sistémica por lo que debe evitarse. Se recomienda realizar el retiro de las proteínas de leche de vaca de la dieta que producirá la mejoría y resolución de la sintomatología en un periodo variable de tiempo: 1-5 días en las formas agudas, 1-2 semanas en casos de eccema o sangrado digestivo, y hasta 2-4 semanas en pacientes con estreñimiento, diarrea y/o afectación del estado nutricional¹. Posteriormente volver a introducirlas de forma controlada (prueba de provocación).

Se considera la prueba positiva en caso de la reaparición de las manifestaciones clínicas durante el proceso de reintroducción. Otra alternativa es un cuestionario llamado Cow'sMilk-related Symptom Score (CoMiSS)⁴⁵, Diseñada para cuantificar el número y la gravedad de los síntomas sospechosos relacionados con la alergia a las proteínas de la leche de vaca, donde se obtiene un puntaje. Si este puntaje es mayor a 12 se hace diagnóstico de la enfermedad, sin embargo, es un cuestionario extenso y requiere tiempo. En el caso de sospechar reacciones mediadas por IgE se podría realizar cuantificación de IgE específica para el alérgeno, o bien la realización de la prueba de punción cutánea y las pruebas de parche. Ninguna de estas herramientas por sí sola es diagnóstica de APLV y en algunos estudios se reporta baja sensibilidad²¹. Una IgE específica positiva indica sensibilización, pero no necesariamente alergia, por lo que se requiere correlación con la clínica y

El verdadero reto de esta enfermedad es su diagnóstico ya que a menudo puede llevar tiempo y varias consultas médicas para sospechar, diagnosticar y tratar adecuadamente la alergia a la proteína de la leche, lo que puede causar estrés y ansiedad en los pacientes y sus familias.

Basado en una adecuada anamnesis y el examen físico, el diagnóstico de APLV es clínico y no se requiere de ningún estudio de laboratorio para corroborarlo¹. Hace aproximadamente 10 años se valía el uso de la prueba de supresión del alérgeno y la respuesta clínica favorable como suficiente para confirmar el diagnóstico, sin exponer al paciente a un factor de riesgo¹⁹. En los últimos años se ha cambiado esto en las guías más recientes y se recomienda que la prueba de exclusión-provocación son las mejores herramientas disponibles para diagnosticar la APLV no mediada por IgE (APLV-no IgE)¹⁵. La primera nos guía para sentar la sospecha diagnóstica y con la segunda logramos la confirmación diagnóstica. En casos de FPIES grave la reexposición a las proteínas de leche de vaca conlleva la posibilidad de reproducir la reacción sistémica por lo que debe evitarse. Se recomienda realizar el retiro de las proteínas de leche de vaca de la dieta que producirá la mejoría y resolución de la sintomatología en un periodo variable de tiempo: 1-5 días en las formas agudas, 1-2 semanas en casos de eccema o sangrado digestivo, y hasta 2-4 semanas en pacientes con estreñimiento, diarrea y/o afectación del estado nutricional¹. Posteriormente volver a introducirlas de forma controlada (prueba de provocación).

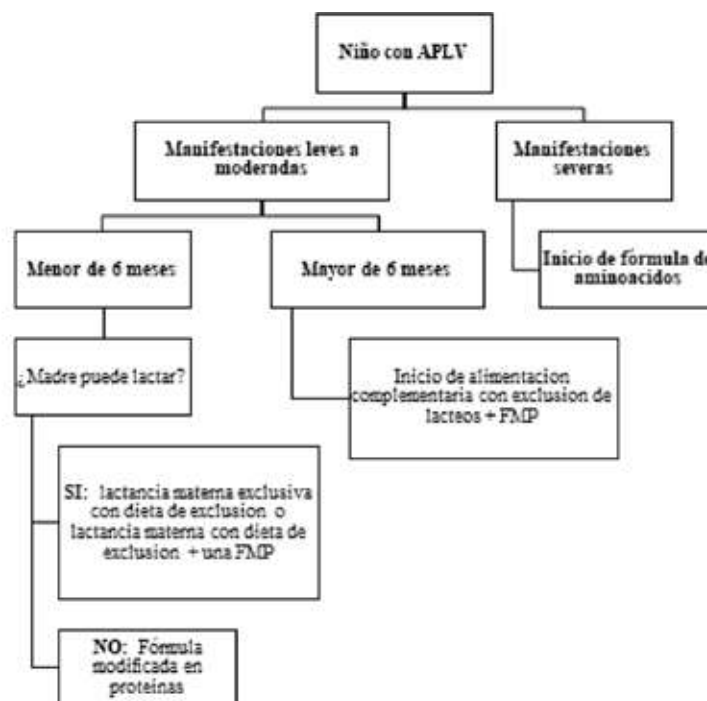
Se considera la prueba positiva en caso de la reaparición de las manifestaciones clínicas durante el proceso de reintroducción. Otra alternativa es un cuestionario llamado Cow'sMilk-related Symptom Score (CoMiSS)⁴⁵, Diseñada para cuantificar el número y la gravedad de los síntomas sospechosos relacionados con la alergia a las proteínas de la leche de vaca, donde se obtiene un puntaje. Si este puntaje es mayor a 12 se hace diagnóstico de la enfermedad, sin embargo, es un cuestionario extenso y requiere tiempo. En el caso de sospechar reacciones mediadas por IgE se podría realizar cuantificación de IgE específica para el alérgeno, o bien la realización de la prueba de punción cutánea y las pruebas de parche. Ninguna de estas herramientas por sí sola es diagnóstica de APLV y en algunos estudios se reporta baja sensibilidad²¹. Una IgE específica positiva indica sensibilización, pero no necesariamente alergia, por lo que se requiere correlación con la clínica y

en ocasiones solicitar apoyo del servicio de alergología o inmunología¹. La mayoría de los pacientes son llevados a varias consultas con realización de estudios y se tiende a etiquetar como intolerancia y alergia a la lactosa, cólico del lactante, dermatitis, enterocolitis, etc, que si bien hacen parte del diagnóstico diferencial siempre debe tenerse en cuenta la APLV como posible diagnóstico. En muchos casos se tratan los síntomas de manera aislada al no sospechar la probabilidad de esta patología como la causa de los diferentes síntomas que presenta un niño con APLV.

Finalmente, el tratamiento de los niños con APLV es la dieta de eliminación diagnóstica o dieta de exclusión hasta que el paciente desarrolle tolerancia oral a las

proteínas de leche de vaca que se logra mínimo en 6 meses y no más allá de los 3 o 4 años¹⁷. Esta consta de suprimir todo alimento que contenga leche o derivados de esta de la dieta de la madre para evitar el paso a la leche materna y el uso de fórmulas infantiles modificadas en proteínas. La terapia de eliminación dietética se dirige al sistema inmunitario adaptativo, al suprimir la respuesta de células T impulsada por antígenos²², y en el caso de las fórmulas modificadas en proteínas estas por su capacidad para reducir los síntomas alérgicos debido a la falta de epítomos de unión a IgE y además actúan sobre los ganglios linfáticos mesentéricos intestinales, aumentando el número de células Treg, que son cruciales para inducir la tolerancia²⁷. (ver imagen 1).

Imagen 1. Manejo según manifestaciones clínicas



APLV: Alergia a proteína de leche de vaca

Fuente: Adaptado de De Armentia, et al. 2018⁴³

Basados en el último consenso sobre el diagnóstico y el tratamiento de la alergia a las proteínas de la leche de vaca de la Sociedad Latinoamericana de gastroenterología, Hepatología y Nutrición del año 2022¹, tenemos tres escenarios de manejo:

1. Niños alimentados solo con leche materna:

Las madres que deciden dar solo lactancia materna exclusiva deben adherirse al régimen de exclusión dietaria (ver tabla 4) a su vez deben recibir un suplemento de 1.0 g de calcio por día y vitamina D 600 UI/día. No existen

indicadores clínicos que sugieran la necesidad de excluir otras proteínas de la dieta de la madre lactante. En caso de presentar reacción cruzada con otros alimentos debe consultarse con alergología y nutrición para evaluar las posibilidades de otras alergias alimentarias y evitar el deterioro nutricional de la madre

Tabla 4. Dieta de exclusión de lácteos.

Alimentos a excluir	
Leche entera, deslactosada, descremada, etc.	Helados
Suero de leche	Arequipe
Crema agria, crema de leche	Pre y prebióticos derivados de leche
yogurt	Tortas, turrone, panes, galletas
Quesos, cuajada, requesón	Algunos jamones, chocolates y salsas
mantequilla	Nota: se deben revisar las etiquetas de los alimentos a ingerir así como evitar la contaminación cruzada en la preparación de alimentos
Sabor artificial a mantequilla	

Fuente: elaboración propia, basado en Rodríguez et al., 2023.⁴²

2. Niños alimentados con lactancia materna y fórmula modificada en proteínas:

Es la exclusión de la proteína de leche de la dieta materna y sustitución de fórmula modificada en proteínas.

3. Niños cuyas madres no pueden dar lactancia materna:

Se continuará una fórmula infantil modificada en proteínas.

La elección de la fórmula depende de la edad del paciente, las condiciones clínicas y la posibilidad de la madre de lactar a su niño. El retiro sistemático

de la lactosa en el manejo de la APLV no tiene sustento y solo se debe llevar a cabo en aquellos que tengan una intolerancia transitoria por enteropatía.

Dentro de las formulas modificadas en proteínas tenemos: (ver tabla 5)

Tabla 5. Formulas infantiles recomendadas y no recomendadas en el manejo de la APLV

hidrolizadas (FEH)	La palatabilidad depende del tipo de proteína, del grado de hidrólisis y de la Presencia o ausencia de lactosa. Las FEH son fórmulas de inicio para el Tratamiento de la APLV y dan una solución a más del 90 % de los pacientes Con manifestaciones clínicas leves a moderadas. Las FEH de arroz son una alternativa cuando no hay respuesta a otras FEH. No se consideran una primera opción.
Fórmulas de aminoácidos libres (FAA)	Ningún componente de una FAA se deriva de la leche de vaca, los AAF se Consideran 100 % efectivos en el tratamiento de la APLV Se recomiendan cuando: No hay respuesta con el uso de las FEH. Existe una alergia alimentaria múltiple. APLV con sintomatología severa: anemia, hipoalbuminemia, desnutrición. Cuando los síntomas no mejoran en un paciente con lactancia exclusiva y con las restricciones realizadas a la madre. Esofagitis eosinofílica. FPIES, anafilaxia o Síndrome de Heiner
Formulas infantiles no recomendadas en APLV	
Formulas parcialmente hidrolizadas FPH:	Son fórmulas en las cuales los péptidos conservan epítopos de péptidos, capaces de producir reacciones alérgicas.
Formula a base de soya y bebidas vegetales (almendras, avena, etc.)	Existe riesgo de reacción con la soya, Pero Puede ser considerada una opción de Manejo en niños mayores de 6 meses que no reciben leche humana de forma exclusiva y con APLV mediada por IgE. El jugo de estas mal llamadas leches no es nutricionalmente adecuado

Fuente: Elaboración propia, adaptado de Vandenplas., et al 2021²²

La mayoría de las guías recomiendan que las FEH se utilicen inicialmente en la dieta de eliminación diagnóstica¹⁻²⁰⁻²⁵. Si las manifestaciones clínicas no remiten en dos semanas, se recomienda retirar las FEH y sustituirlas por FAA. El paciente debe recuperarse en un máximo de 2 a 4 semanas. Se considera que las FAA son 100% efectivas para controlar las manifestaciones clínicas de APLV. Por tanto, la persistencia de las manifestaciones clínicas durante una dieta de exclusión con FAA debería motivar nuevas investigaciones para explicar las manifestaciones clínicas y descartar el diagnóstico de APLV1.

Después de hacer todo el proceso de diagnóstico e iniciado el manejo, este debe mantener hasta que el niño desarrolle la tolerancia oral, 3-6 meses en las formas leves y proctitis, 12-18 meses en los FPIES y formas graves¹. En general se espera al año de vida. En los casos de APLV de aparición tardía, mediada por IgE, con manifestaciones cutáneas, entre otras, la APLV puede ser persistente y no debe requerir una evaluación alérgica adicional antes de la edad de 1 año²⁴. Dependiendo del mecanismo de alergia y de las reacciones presentadas por el niño este puede ser realizado intrahospitalariamente o en el domicilio de forma gradual y paulatina, idealmente en 4 semanas iniciando con productos horneados como galletas o panes, a la segunda semana yogurt natural, luego quesos y por último ofrecer la leche en pequeñas proporciones e ir aumentando (idealmente que tolere 200 ml), en caso de presentar alguna reacción, se debe suspender y consultar inmediatamente al especialista²³.

Tras un periodo de exclusión prolongado, niños con sintomatología inmediata, antecedentes personales de atopia y FPIES pueden desarrollar un mecanismo mediado por IgE frente al alimento excluido. Antes de efectuar la prueba de adquisición de tolerancia en estos casos es aconsejable realizar un prick test o una determinación de IgE específica frente a PLV.

Es común que la APLV se resuelva con el tiempo, esta resolución no siempre es completa y algunos niños que se consideran libres de APLV pueden conservar una "enfermedad residual", por lo que no pueden tolerar una ingesta "normal" de leche y productos lácteos productos más adelante en la vida²⁴.

Si la APLV persiste después del primer año, se requiere el uso de fórmulas especiales diseñadas para esa edad. No se conoce en el momento actual ninguna medida

de prevención eficaz de la alergia alimentaria. Ni las intervenciones dietéticas en la madre durante la gestación o la lactancia, ni el uso de fórmulas hidrolizadas en lactantes de riesgo ni el uso de probióticos o prebióticos han demostrado con suficiente evidencia que puedan prevenir el desarrollo de APLV.²⁵⁻⁴⁴

Análisis descriptivo

Se obtuvo una prevalencia del 0.5% y de acuerdo a los resultados obtenidos se observó que, con respecto a la edad, el 31% de los pacientes se encontraban en grupo de 6 meses a 1 año de edad, seguido del grupo de 1 mes a 6 meses con 28% y el 21% restante corresponde a los menores de 1 mes de vida.

Existe un predominio en cuanto al sexo dado que el 61% de los pacientes son del sexo femenino.

En el 94% de los casos los pacientes residen en el municipio de Montería y solo el 6% en otros municipios del departamento de Córdoba (Lorica y Ciénaga de Oro).

Del total de la población atendida con los diagnósticos susceptibles de la patología de estudio el 53% fueron atendidos en Medisinú IPS, en Acción salud IPS 25%, 19% en EMIC y en el hospital San Jerónimo el 3 %. El mayor porcentaje se atendió en Medisinú, la cual tiene mayor población a cargo y además es una IPS que atiende exclusivamente población del régimen subsidiado, que abarca casi la totalidad de los municipios del alto Sinú.

En su mayoría los pacientes fueron diagnosticados y tratados por gastroenterología pediátrica en un 61 %, mientras que por parte de pediatría el porcentaje fue de 39%.

Al no existir un código CIE-10 para la alergia a la proteína de la leche de vaca, Dentro del proceso de recolección de datos se evidenció que existe un inadecuado registro documental con una variabilidad en los códigos utilizados para su diagnóstico. En su mayoría se tomó el código K522 (colitis y gastroenteritis alérgicas y dietéticas) como el más frecuente. Es muy probable que exista un subregistro de casos, debido a la variabilidad de los códigos CIE 10 que se utilizan para realizar los diagnósticos. (ver tabla 6)

Tabla 6. Variables sociodemográficas

Edad	Menos de 1 mes	8	22
	De 1 mes a 6 meses	10	28
	De 6 meses a 1 año	11	31
	Mayor de 1 año	7	19
Sexo	Femenino	22	61
	Masculino	14	39
Municipio	Ciénaga de Oro	1	3
	Lorica	1	3
	Montería	34	94
IPS de atención, Especialidad tratante y diagnostico CIE-10 asigando			
Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
IPS de atención	Acción Salud	9	25
	EMIC	7	19
	Hospital San Jerónimo	1	3
	Medisinú	19	53
Especialidad tratante	Gastroenterología pediátrica	22	61
	Pediatría	14	39
	K219	1	3
Código CIE-10 Dx Principal	K522	31	86
	L236	2	6
	P788	1	3
	Z761	1	3

En el análisis de los factores de riesgo estudiados fue evidente en cuanto a la vía del parto que predominó el parto por cesárea en un 97%, siendo el parto vaginal correspondiente al 3% de los nacimientos en este grupo de estudio. El 86% de los pacientes nacieron a término y el 14% pre término. El promedio de edad materna al momento del parto fue de 37.4 años. Otro factor de riesgo fue el antecedente familiar de atopia de origen materno o de primer grado, observándose que en el 33%

de los pacientes se presentó el antecedente de atopia de origen materno y el tipo de atopia más común presentada fue asma, dermatitis atópica y rinitis alérgica. En el caso de hermanos atópicos también se observó que el 11 % de los pacientes tenía algún hermano atópico, siendo el 45% la dermatitis atópica, seguido de rinitis alérgica 27%, 18% asma y en el 9% se presentó APLV entre hermanos (ver tabla 7)

Tabla 7. Factores de riesgo: vía del parto, Prematurez, edad materna, antecedentes de atopia.

Factor de riesgo		Frecuencia	Porcentaje (%)
Vía de parto	Cesárea	35	97
	Parto vaginal	1	3
Prematurez	No	31	86
	Si	5	14
Edad materna al parto en años	Menor de 18 años	2	6
	De 19 a 30 años	17	47
	Mayor de 30 años	17	47
Antecedente de Atopia Materna	No	24	67
	Si	12	33
Tipo de Atopia	Asma	3	25
	Dermatitis atópica	2	17
	Dermatitis atópica y Rinitis Alérgica	3	25
	Rinitis Alérgica	3	25
	Rinitis Alérgica y Asma	1	8
Hermano Atópico	No	25	69
	Si	11	31
	APLV	1	9
Tipo de Atopia	Asma	2	18
	Dermatitis atópica	5	45
	Rinitis alérgica	3	27

APLV: Alergia a proteína de leche de vaca

Con respecto al tipo de alimentación desde el nacimiento y previo a los síntomas, en su mayoría los pacientes fueron alimentados con la combinación de leche materna y leche de fórmula en el 53% de los casos, seguido de

lactancia materna exclusiva 31% y leche de fórmula exclusiva en el 17% (ver tabla 8)

El promedio de días de lactancia materna exclusiva fue de 29 días

Tabla 8. Factores de riesgo: alimentación previa a los síntomas

Alimentación previa a los síntomas		Frecuencia	Porcentaje(%)
Recibió lactancia materna exclusiva (LME)	No	25	69
	Si	11	31
Recibió solo leche de fórmula (LF)	No	30	83
	Si	6	17
Recibió alimentación mixta (LM+LF)	No	17	47
	Si	19	53
Leche de vaca	No	36	100
	Si	0	-
	LF	6	17
Alimentación previa al inicio de síntomas	LM+LF	19	53
	LME	11	31

LF: leche de fórmula

LME: lactancia materna exclusiva

LM+LF: lactancia materna + leche de fórmula

Tabla 9. Variables clínicas: edad de inicio de síntomas, requerimiento de hospitalización y estancia hospitalaria

Variable	categorías	Frecuencia	Porcentaje (%)
¿Requirió hospitalización?	No	19	53
	Si	17	47

Estadística	Edad de inicio de síntomas en días	Estancia Hospitalaria en días
Mínimo	3	1
Q1	13,75	5
Mediana	30	7
Q3	60	10
Máximo	365	20
Promedio	50,78	7,71
Desviación	69,88	4,73

De acuerdo a lo hallado en cuanto a síntomas de los pacientes con APLV de la ciudad de montería, el 97% de los pacientes presentaron síntomas mixtos que abarcaban manifestaciones gastrointestinales, dermatológicas y respiratorias. De los tres el que más síntomas produjo fue el gastrointestinal donde predominó la diarrea con un 86%, seguido del dolor abdominal en el 83%, distensión y sangre en deposiciones con 58% respectivamente, vómito 56%, reflujo 39%, disfagia 6% y estreñimiento como el menos

frecuente con un 3%. Dentro de las manifestaciones dermatológicas el 56% de los pacientes presentó rash cutáneo, seguido del eritema perianal en 44% y dermatitis atópica en el 31%. No se presentó la anafilaxia ni el angioedema. Los síntomas respiratorios fueron los menos comunes y dentro de ellos el más frecuente fue la rinorrea en el 31%, seguido de tos, estridor y sibilancia. Llama la atención que el 42% de los pacientes presento pérdida de peso al momento del diagnóstico (ver tabla 10).

Tabla 10. Manifestaciones clínicas.

Gastrointestinales		
Variable	Frecuencia	porcentaje
Distensión	21	58
Reflujo	14	39
Disfagia	2	6
Vomito	20	56
Diarrea	31	86
Sangre en deposiciones	21	58
Dolor abdominal	30	83
Estreñimiento	1	3
Cutáneas		
Rash cutáneo	20	56
Dermatitis atópica	11	31
Eritema perianal	16	44
Anafilaxia	0	-
Angioedema	0	-
Respiratorias		
Tos	3	8
Rinorrea	11	31
Estridor	2	6
Sibilancia	1	3
Compromiso sistémico		
Pérdida de peso	15	42

El diagnostico presuntivo se realizó con base en la sospecha clínica en el 100% de los pacientes. En el 97% no se tomó en cuenta realizar la IgE, pero si se realizaron en el 66% de los pacientes paraclínicos como hemograma, uroanálisis, coprológico, sangre oculta en

materia fecal, azúcares reductores y ecografía abdominal para descartar otras patologías y hacer diagnóstico diferencial. Una vez sentada la sospecha clínica, se hizo la exclusión de la proteína de leche de vaca y se dio manejo según lo expuesto en la tabla 11.

Tabla 11. Manejo de la alergia a la proteína de leche de vaca.

Tipo de manejo	Frecuencia	Porcentaje(%)
Lactancia materna exclusiva con dieta de exclusión (LME + DE)	7	19.40
Se administró suplencia de calcio a la madre	0	-
Se explicó la dieta de exclusión	7	100
Adherencia a la dieta de exclusión	7	100
Mejoría	7	100
Promedio en días para alcanzar la mejoría	19.2	
Alimentación con Fórmula modificada en proteínas exclusivamente (LFM)	7	19.4
Pacientes tratados con fórmula modificada exclusivamente	6	85.70
Tipo de fórmula		
• FEH	4	57.1
• FPH	1	14.2
• FAA	2	28.5
Pacientes tratados con FM + otro tipo de alimentación	1	14.20
Mejoría	6	85.70
Promedio en días para alcanzar la mejoría	17	
No mejoría	1	14.20
Alimentación mixta (LM+DE+FM)	22	61.10
Se administró suplencia de calcio a la madre	1	4.5
Se explicó la dieta de exclusión	22	100
Adherencia a la dieta de exclusión	15	72.7
Mejoría	15	72.7
Promedio en días para alcanzar la mejoría	17	
Tipo de fórmula		
• FEH	16	72
• FPH	5	22.7
• FAA	1	4.5
No mejoría	7	31.80
No adherencia a la dieta de exclusión	6	
Abandono de lactancia materna	7	
Resumen del manejo		
Tipo de manejo	Frecuencia	Porcentaje
LFMP	7	19.4
LM+DE+LFMP	22	61
LME + DE	7	19.4

LME: Lactancia materna exclusiva

DE: Dieta de exclusión

LFMP: Leche de fórmula modificada en proteínas

FAA: Fórmula a base de aminoácidos libres

FEH: Fórmula extensamente hidrolizada de proteínas

FPH: Fórmula parcialmente hidrolizada de proteínas

Según los resultados de la muestra de pacientes podemos inferir el 80% de las madres decidió continuar la lactancia materna exclusiva con dieta de exclusión y el 19.4% optó por alimentación solo a base de leche de formula.

Podemos observar que los pacientes que fueron alimentados con lactancia materna exclusiva las madres fueron adherentes en el 100% a la dieta de exclusión lo cual llevo a una mejora del 100% de los pacientes en un promedio de 19 días.

Los pacientes a los que se les dio manejo con leche de fórmula, inicialmente fueron 7 pero a uno se le dio adicionalmente al manejo agua de arroz, lo cual se vio reflejado en que mejoraron el 85% de los pacientes con un promedio de días de 17. El 57.1% utilizó formula extensamente hidrolizada, el 28.5% formula a base de aminoácidos y el 14.2% formula parcialmente hidrolizada. El 61% de los pacientes optaron por combinar lactancia materna exclusiva con dieta de exclusión y leche de formula modificada en proteínas. De estos el 4.5 % de

las madres recibieron suplencia de calcio, al 100% se les explicó la dieta de exclusión. Se observó una mejoría del 72.7% con un promedio de mejoría de 17 días. Del grupo de pacientes que no mejoraron se evidencio que, de esos pacientes, 6 no eran adherentes a la dieta de exclusión y en algún momento 7 decidieron abandonar la lactancia materna y solo continuar con leche de formula exclusiva.

En el 100% de los pacientes se tomó la mejoría clínica como confirmación diagnóstica.

El diagnostico se basó en la sospecha clínica, la eliminación de proteínas de leche de vaca y la mejoría clínica como confirmación diagnóstica de la patología. Durante el seguimiento de los pacientes desde los 6 meses hasta el año de vida se observó que los pacientes en el 97% de los casos continuaron la exclusión de la leche de vaca, del 3% no adherente presentaron manifestaciones de predominio gastrointestinal como diarrea y pérdida de peso en el 3%, diarrea con sangre en el 6%. (tabla 12)

Tabla 12. Seguimiento de los 6 meses a 1 año.

Manejo posteriorl diagnóstico			
inicio de alimentación complementaria (AC) a los 6 meses		Frecuencia	Porcentaje
Inicio de AC con restricción de lácteos	Si	35	97
	No	3	8
Hubo adherencia la exclusión de lácteos	Si	32	89
	No	1	3
Si no hubo adherencia que síntoma presentó			
Diarrea con sangre		2	6
Diarrea y pérdida de peso		1	3

Al cumplir el año de vida de aquellos pacientes cuya observación se logró llevar a esta edad, 27 de 28 pacientes se les probó la tolerancia oral a la leche de vaca que corresponde al 75% de total de la muestra analizada que ingreso al estudio. De este grupo el 96% realizó el ejercicio de tolerancia en casa y el 4% restante corresponde a pacientes que por la severidad de síntomas decidió diferir el reto. Respecto a cómo se dio por primera vez la leche se prefirieron los productos de panadería en un 42%, seguido por formulas parcialmente hidrolizadas 30% (en aquellos que venían recibiendo formula extensamente hidrolizada), seguidos de leche entera 19% y por ultimo lácteos fermentados (queso, yogurt) 7.6% (ver tabla 13)

El 63% toleró la exposición a leche de vaca adecuadamente y corresponde a pacientes que hicieron la primera exposición con productos procesados que contienen leche de vaca como horneados, productos de panadería, queso o yogurt, los que no toleraron fueron pacientes a quien se les dio leche directamente como primer intento.

De lo pacientes que no toleraron la prueba de exposición se encontró que el 23.5% presento rash cutáneo, el 17% distensión abdominal y diarrea, el vómito y la diarrea con sangre se presentaron cada uno en una proporción del 5.8%.

Tabla 13. Seguimiento al año de vida y prueba de tolerancia oral.

Tolerancia al año de vida		Frecuencia	Porcentaje (%)
Se probó tolerancia al año de vida	No	1	4
	Si	27	96
En casa	No	1	3.7
	Si	26	96
Intrahospitalario	No	26	96
	Si	1	3.7
Con que se probó tolerancia	Lácteos fermentados (queso, yogurt)	2	7.6
	FPH	8	30
	Leche	5	19.2
	Producto de panadería	11	42
Tolero la exposición a leche de vaca	SI	17	63
	NO	10	37
Se hizo IgE	No	27	75
	Si	1	22
Valor de IgE	Bajo	1	3
	Normal	1	3

FPH: formulas infantil parcialmente hidrolizada
IgE: Inmunoglobulina

Dentro de las complicaciones presentadas en estos pacientes posterior al año de vida vemos descrito en la tabla 14 que hasta en un 16% se desarrolló un trastorno disfuncional del tracto gastrointestinal como el

estreñimiento, seguido de la rinitis alérgica en un 11%, persistencia de la APLV más allá del año de vida en un 8.3%, dermatitis atópica 5.5% y finalmente el asma en un 3%

Tabla 14. Complicaciones presentadas posterior al año de vida

Patología	Porcentaje (%)
Constipación	16
Rinitis alérgica	11
Continuación de APLV	8.3
Dermatitis atópica	5.5
Asma	3

En el análisis de costos de estos pacientes que solo recibieron leche de fórmula, se determinó que basados en una revisión de precios en el mercado actual colombiano que normalmente un lactante sano alimentado con leche de formula exclusiva etapa 1, gasta un promedio de \$52.130 pesos por cada lata de formula por 400gr, lo que genera un acumulado a los 6 meses de \$ 2.215.525 pesos. En el caso de las leches modificadas en proteínas formuladas para niños con APLV estas aumentan el precio

hasta 3 veces con respecto a las leches convencionales. Un lactante alimentado con FEH tiene un costo a los 6 meses de \$ 4.865.960, uno con FPH \$ 3.046.825 y un lactante con formula de aminoácidos es de \$ 9.894.553. Los costos de tratamiento de los pacientes estudiados fueron de \$ 19.463.840 para los alimentados con FEH, \$ 3.046.825 para los que recibieron FPH, y \$19.789.106 aquellos alimentados con FAA (ver tabla 15 y 16)

Tabla 15. Costo general del manejo con fórmulas modificadas en proteínas en los primeros 6 meses en Colombia 2023

Fórmulas	Mínimo	Máximo	Promedio
FPH	\$ 2.939.290	\$ 3.154.360	\$ 3.046.825
FEH	\$ 4.865.960	\$ 4.865.960	\$ 4.865.960
FAA	\$ 9.545.333	\$ 10.243.772	\$ 9.894.553

APLV: Alergia a proteína de leche de vaca
Fuente: elaboración propia, basados en precios actuales en Colombia 2023

Tabla 16. Costo acumulados del manejo de APLV de los pacientes incluidos en el estudio.

FPH	14.2 %	\$ 3.046.825
FEH	57.1%	\$ 19.463.840
FAA	28.5 %	\$19.789.106

APLV: Alergia a proteína de leche de vaca
Fuente: Historias clínicas revisadas

Discusión

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de la APLV en un grupo de pacientes en la ciudad de montería, encontrando que esta fue de 0.5%, similar a lo encontrado en diferentes estudios realizados en países de Latinoamérica y Europa 1-9.

En relación a la muestra analizada, se encontró que la edad más frecuente de presentación por grupo etario fue en el de lactantes de 6 meses a 1 año de edad, que concuerda con lo encontrado por Cuevas et al, en el 2020 en México, en una cohorte similar en un hospital privado35. En general no existe un predominio hacia un determinado sexo para el desarrollo de las diferentes alergias alimentarias, en Colombia dentro de los estudios realizados las proporciones son similares27, sin embargo en la población estudiaba predominó el sexo femenino sobre el masculino.

De acuerdo a los hallado los pacientes en su mayoría fueron manejados por gastroenterología infantil y pediatría, ningún paciente fue diagnosticado por medicina general, y a su vez como se mencionó en los resultados, se cree que, al no existir un código CIE-10 universal para alergia a proteína de leche de vaca, existe la posibilidad que haya un subregistro significativo de pacientes con esta patología.

Los factores de riesgo que más tienen impacto en el desarrollo de la enfermedad, es el antecedente de atopia, el parto por cesárea, la edad materna al momento del parto, el uso de fórmulas infantiles y no dar lactancia materna19-29-29-30. Nuestros resultados arrojaron que el parto por cesárea y el uso de formula infantil con o sin lactancia materna tuvieron mayor impacto en el desarrollo de la enfermedad.

La cesárea es un factor de riesgo ampliamente estudiado como elemento asociado al desarrollo de alergias alimentarias, asma y rinitis. La cesárea interrumpe el proceso de transferencia de microbiota procedente del canal vaginal, alterando así la colonización bacteriana del intestino. Se ha demostrado que la flora intestinal alterada de los niños nacidos por cesárea prolonga la inmadurez inmunológica y, por lo tanto, aumenta el riesgo de enfermedades alérgicas31-32. Además que el parto por cesárea retrasa el inicio de lactancia matema, favoreciendo el inicio de fórmulas infantiles.

La mayoría de los pacientes estudiados que tenían alimentación mixta fueron los que más desarrollaron la enfermedad, siendo esto ampliamente reconocido como factor de riesgo ya que al contener proteínas extrañas favorece el desarrollo de alergias y no permite el beneficio protector de la lactancia materna exclusiva16. Si bien el antecedente materno o de primer grado de atopia es el más importante para el desarrollo de APLV, en nuestro caso no fue predominante, pero si se asoció a mayor compromiso gastrointestinal y en el desarrollo de atopia más allá del año de vida.

De acuerdo a los estudios realizados sobre la alergia a la proteína de leche de vaca y la muestra analizada, se ha determinado que los sistemas más afectados están en orden de frecuencia, son el gastrointestinal, cutáneo y respiratorio. Estos resultados respaldan la evidencia existente en relación a los síntomas característicos de esta patología.1-2-10-28-30-33.

En nuestra muestra, el sistema gastrointestinal fue el más afectado, al igual que lo reportado en otros estudios9-10, siendo el síndrome de enteropatía el que más se presentó. En cuanto al compromiso multisistémico se encontró que el 97% de los pacientes compartían síntomas en más de un sistema, lo que permite inferir que el fenotipo mixto es el que predomina en nuestra población.

Tanto el Consenso sobre el diagnóstico y el tratamiento de la alergia a las proteínas de la leche de vaca de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición 1, y las demás guías revisadas, 4-9-15-20 concuerdan que actualmente el método diagnóstico ideal es el de exclusión y provocación en pacientes con sospecha de APLV no mediada por IgE, sin embargo en nuestros pacientes la supresión del alérgeno y la posterior mejoría de síntomas era suficiente para establecer el diagnóstico como se venía realizando anteriormente¹⁹. Algunos recomiendan limitar el reto de exclusión y provocación solo en casos de duda diagnóstica²⁶. En los casos donde se sospechaba reacciones mediadas por IgE, se manejaban de la misma manera, dado el bajo rendimiento de estas pruebas para el diagnóstico 4-21-34

El diagnóstico y el manejo en esta patología van de la mano, ya que se hace necesario la exclusión de las proteínas de leche de vaca de la alimentación del lactante y su adherencia a esta para poder obtener resultados,¹ en este estudio aquellos que fueron adherentes a la exclusión de proteínas de leche de vaca sea por lactancia materna o de fórmulas con modificación de proteínas se observó una mejoría, tomando esto como la confirmación diagnóstica de la patología, en aquellos casos donde no hubo mejoría se observó que no eran adherentes a la dieta de exclusión y presentaban trasgresiones alimentarias, dejando esto como evidencia que el principal determinante para lograr la mejoría es la adherencia a la exclusión de proteínas de origen bovino. Siguiendo las recomendaciones actuales se optó en la mayoría de los pacientes por fórmulas extensamente hidrolizadas para el control de síntomas. Está demostrado que los pacientes que utilizan fórmulas extensamente hidrolizadas desarrollan una recuperación nutricional y tolerancia a la leche de vaca en un alto porcentaje si utilizan una FEH a base de suero²⁸⁻³⁵.

La exclusión de proteínas se continuó hasta el año de vida como se recomienda debido al tiempo esperado en el que el niño desarrolle la tolerancia oral a la proteína de leche vaca¹⁷⁻³⁴.

Una vez alcanzado este punto, se llevó a cabo la prueba de tolerancia oral a la leche de vaca, en la cual se recomienda una introducción gradual de este producto en la alimentación de los pacientes. Durante este proceso, se evalúa semanalmente la capacidad del niño para tolerar diferentes formas de proteína de leche de vaca sometidas a diferentes procesos, como calor y

fermentación. Se recomienda comenzar con productos horneados que contengan proteína de leche de vaca y evaluar la respuesta del lactante. Es importante monitorear cuidadosamente cualquier reacción adversa durante este proceso y ajustar la dieta según la tolerancia individual del niño. Se debe tener en cuenta que aquel paciente con manifestaciones graves debe ser realizado intrahospitalariamente.³⁵

Del grupo de pacientes que llegaron a este punto de la observación, el 96% hizo el reto en casa bajo supervisión de los padres, el 4% lo realizó intrahospitalariamente por tratarse de un caso de APLV severa al debut con estancia hospitalaria por 20 días y manifestaciones mixtas, con realización de IgE previo a la prueba. Sin embargo, la paciente no toleró el paso de fórmula de aminoácidos a fórmula extensamente hidrolizada, presentó vómito y distensión abdominal a los pocos minutos de la ingesta y aún persiste con síntomas de APLV.

De los pacientes que hicieron el reto en casa, el 63% toleraron la prueba, aquellos pacientes que no toleraron fueron a los que no se les escalonó la ingesta, presentando síntomas predominantemente cutáneos y de aparición rápida. Es importante recordar que un porcentaje de pacientes va a desarrollar un mecanismo tipo IgE al tiempo por lo cual es recomendable realizar en este caso la cuantificación de la IgE¹.

El tratamiento de la Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca (APLV) en Colombia implica un proceso riguroso para que los lactantes puedan recibir fórmulas modificadas en proteínas. Para ello, es necesario que un profesional en medicina registre estas fórmulas en el aplicativo MIPRES del Ministerio de Salud. Una vez completado este registro, se requiere la autorización correspondiente, y la EPS establece una fecha de entrega para el suministro de las fórmulas.

Es importante resaltar que los costos del tratamiento son asumidos por el sistema de salud del gobierno. Sin embargo, se ha observado que, durante los primeros seis meses de tratamiento exclusivo con diferentes fórmulas modificadas en proteínas, los costos oscilan entre \$3.046.825 y \$9.894.553 pesos, generando un impacto significativo en la economía comparado con la lactancia materna con dieta de exclusión y con aquellos que usan fórmulas infantiles convencionales.

Los gastos asociados con la alergia alimentaria son amplios e incluyen mas que solo el que generan las

fórmulas, como las consultas médicas frecuentes, las pruebas de diagnóstico, el seguimiento nutricional, los cambios en la dieta y la adquisición de alimentos especiales o alternativos. Además, puede haber costos indirectos, como la pérdida de productividad laboral de los padres debido a consultas médicas y el cuidado del niño.

Este patrón se repite en muchas partes del mundo, lo que destaca la necesidad de abordar tanto los aspectos médicos como los económicos de las alergias alimentarias. Es crucial mejorar el acceso a diagnósticos precisos, tratamientos adecuados y opciones de alimentación alternativas, al tiempo que se trabaja en la concientización y educación para reducir los costos asociados y mejorar la calidad de vida de quienes se ven afectados por esta condición³⁷⁻³⁸⁻⁴⁰.

Esta descrito la persistencia de la APLV más allá del año de vida, nuestros resultados arrojaron la persistencia de esta en un 8.3%, sin embargo, Se ha considerado de mal pronóstico solo si persiste más allá de 3 a 4 años de edad, cuando los síntomas son mediados por IgE y se asocia a otra alergia alimentaria¹⁷⁻³⁴. El 35% restante tenía otro tipo de atopia desarrollada en relación al antecedente familiar de atopia, siendo el más común la rinitis alérgica. En cuanto al desarrollo posterior de estados gastrointestinales disfuncionales, se ha descrito que los desencadenantes inflamatorios alérgicos en la vida temprana, especialmente si se prolongan, pueden inducir síntomas digestivos posteriores. Hasta la fecha, pocos estudios epidemiológicos han evaluado la asociación entre APLV y el riesgo posterior de desarrollar trastornos disfuncionales más adelante en la infancia⁴⁶. En nuestro caso el 16% de los pacientes desarrolló constipación.

Conclusiones

El análisis de la información revela que la APLV (Alergia a la Proteína de Leche de Vaca) es una patología multisistémica. Esto significa que afecta a múltiples sistemas del cuerpo y se manifiesta a través de diversas manifestaciones clínicas. Sin embargo, existe una tendencia a interpretar de forma aislada estas manifestaciones clínicas, lo que puede provocar confusiones en el diagnóstico.

Como se había expresado anteriormente las manifestaciones fenotípicas de la enfermedad dependen del mecanismo inmunológico causante, teniendo en

cuenta lo anterior podemos inferir que en la mayoría de los pacientes analizados existe un fenotipo mixto de enfermedad que involucra síntomas generados por mecanismos de hipersensibilidad IgE y no IgE.

Aunque se considera una patología de baja prevalencia, el interés radica, en hacer un diagnóstico precoz para mitigar las morbilidades asociadas, la angustia generada en los padres y los altos costos del diagnóstico, ya que la mayoría de los pacientes han requerido manejo interdisciplinario y hospitalización antes de llegar al diagnóstico definitivo.

Si bien el tamaño de la muestra no puede ser suficiente para obtener resultados estadísticamente significativos, este estudio descriptivo tiene como objetivo ser el punto de partida para una estrategia educativa que permita visibilizar la patología y promover la realización de más estudios epidemiológicos al respecto.

Recomendaciones:

Indicar la cesárea como vía del parto solo cuando exista contraindicación del parto vaginal.

Favorecer el contacto piel a piel del niño con la madre, en los primeros minutos de vida en los recién nacidos sanos, y ofrecer como primer alimento la leche materna y continuar esta como único alimento en los primeros 6 meses de vida.

Iniciar el tratamiento de esta patología por el pediatra tratante, sin ocasionar retrasos por la espera de la atención del gastroenterólogo pediatra.

Se recomienda en lo posible utilizar el método de exclusión y provocación para la confirmación diagnóstica de la patología

Continuar un acompañamiento médico hasta que el niño logre realizar la transición a alimentos que contengan leche de vaca

Realizar estudios futuros en búsqueda de la asociación de las patologías gastrointestinales desarrolladas después del año de vida con la APLV

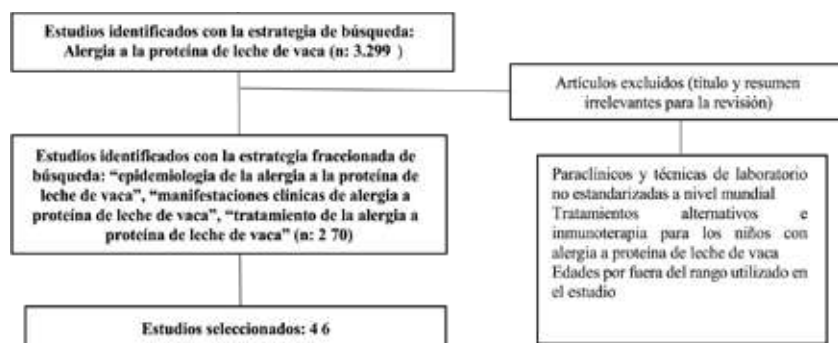
Se sugiere que en futuras investigaciones se evalúe el impacto de la adición de probióticos a las leches de fórmula en la mejora de los síntomas en niños con alergia a la proteína de la leche de vaca.

Consideraciones éticas

La presente investigación se considera una investigación sin riesgo de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas

y administrativas para la investigación en salud, en sus capítulos 1 y 11. No se hizo una interacción directa con los pacientes, ni se expusieron a intervenciones, dada la naturaleza retrospectiva.

Anexo 1. recolección de dato



Bibliografía

1. Toca, M. C., Morais, M. B., Vázquez-Frias, R., Becker-Cuevas, D. J., Boggio-Marzet, C. G., Delgado-Carbajal, L., Higuera-Carrillo, M. M., Ladino, L., Marchisone, S., Messere, G. C., Ortiz, G. J., Ortiz-Paranza, L. R., Ortiz-Piedrahita, C., Riveros-López, J. P., Sosa, P. C., & Villalobos-Palencia, N. C. (2022). Consenso sobre el diagnóstico y el tratamiento de la alergia a las proteínas de la leche de vaca de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. *Revista de gastroenterología de México*, 87(2), 235–250. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.03.007>
2. Carlos Alberto Velasco-Benítez, m.d: Epidemiología de la alergia alimentaria en la edad pediátrica, *Revista Gastrohnp* año 2012 volumen 14 número 2: 62-65
3. Zuluaga Velásquez, L. C., Ramírez Rodríguez, N., Mejía Pérez, L. K., & Vera Chamorro, J. F. (2018). Desenlaces del tratamiento con una fórmula extensamente hidrolizada a base de suero en lactantes con alergia a la proteína de leche de vaca. *Revista colombiana de gastroenterología*, 33(2), 111. <https://doi.org/10.22516/25007440.253>
4. Cubides-Munevar, A. M., Linero-Terán, A. S., Saldarriaga-Vélez, M. A., Umaña-Bautista, E. J., & Villamarín Betancourt, E. A. (2020). Alergia a la proteína de leche de vaca. Enfoque diagnóstico y terapéutico. *Revista colombiana de gastroenterología*, 35(1), 92–103. <https://doi.org/10.22516/25007440.379>
5. Baillieu, F. (s/f). Inmunoglobulina e: revisión y actualización de su rol en la salud y enfermedad inmunoglobulin e: review and update their role in health and disease. *Com.ar*. Recuperado el 16 de abril de 2023, de http://adm.meducatum.com.ar/contenido/articulos/100500054_13/pdf/100500054.pdf
6. Mehaudy, R., Parisi, C. A. S., Petriz, N., Eymann, A., Jauregui, M. B., & Orsi, M. (2018). Prevalencia de alergia a la proteína de la leche de vaca en niños en un hospital universitario de la comunidad. *Archivos argentinos de pediatría*, 116(3), 219–223. <https://doi.org/10.5546/aap.2018.219>
7. Vieira, M. C., Morais, M. B., Spolidoro, J. V. N., Toporovski, M. S., Cardoso, A. L., Araujo, G. T. B., Nudelman, V., & Fonseca, M. C. M. (2010). A survey on clinical presentation and nutritional status of infants with suspected cow' milk allergy. *BMC Pediatrics*, 10(1), 25. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-10-25>
8. Vista de Alergia alimentaria gastrointestinal: prevalencia, caracterización y costos directos en un centro de remisión en Bogotá. (s/f). *Revistagastrocol.com*. <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/789/1374>
9. Cubides-Munevar, A. M., Linero-Terán, A. S., Saldarriaga-Vélez, M. A., Umaña-Bautista, E. J., & Villamarín Betancourt, E. A. (2020). Alergia a la proteína de leche de vaca. Enfoque diagnóstico y terapéutico. *Revista colombiana de gastroenterología*, 35(1), 92–103. <https://doi.org/10.22516/25007440.379>
10. Giraldo-Giraldo, N., & Deossa-Restrepo, y. G. (s/f). ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. *Edu.co*. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/25329/1/GiraldoNubia_2020_AlergiaProteinasLeche.pdf
11. Cervantes-De La Torre, K., Guillen Grima, F., Aguinaga Ontoso, I., & Mendoza Mendoza, A. (2018). Presencia de alergias en menores por consumo temprano de alimentos en Barranquilla, Colombia. *Revista de salud pública (Bogotá)*

Colombia), 20(2), 177–181. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.62997>

12. Hatmal, M. M., Al-Hatamleh, M. A. I., Olaimat, A. N., Alshaer, W., Hasan, H., Albakri, K. A., Alkhafaji, E., Issa, N. N., Al-Holy, M. A., Abderrahman, S. M., Abdallah, A. M., & Mohamud, R. (2022). Immunomodulatory properties of human breast milk: MicroRNA contents and potential epigenetic effects. *Biomedicine*, 10(6), 1219. <https://doi.org/10.3390/biomedicine10061219>

13. Cimmino, F., Catapano, A., Villano, I., Di Maio, G., Petrella, L., Traina, G., Pizzella, A., Tudisco, R., & Cavaliere, G. (2023). Invited review: Human, cow, and donkey milk comparison: Focus on metabolic effects. *Journal of Dairy Science*, 106(5), 3072–3085. <https://doi.org/10.3168/jds.2022-22465>

14. Hugh A. Sampson, 2021. capítulo 10: Alergias alimentarias, Eds. Mark Feldman & Lawrence S. Friedman & Lawrence J. Brandt. *Enfermedades digestivas y hepáticas* (pag 148)

15. Kirsi M. Jarvinen-Seppo, MD, PhD (10 de mayo 2022) Milk allergy: Clinical features and diagnosis. Scott H Sicherer, MD, FAAP (Ed), Elizabeth TePas, MD, MS (Ed), UpToDate. UpToDate. (s/f). Uptodate.com. Recuperado el 16 de abril de 2023, de https://www.uptodate.com/contents/milk-allergy-clinical-features-and-diagnosis?search=alergia%20a%20la%20proteina%20de%20leche%20de%20vaca&source=search_result&selectedTitle=1~141&usage_type=default&display_rank=1

16. Saad, Khaled, Ahmad, Ahmad, Eltellawy, Mohamed, El-Ashry, Amira, Abdelsalam, Eman, Alruwaili, Thamer, El-Houfey, Amira, 2020/12/18, Cow milk protein allergy: clinical phenotype and risk factors. *Current Trends in Immunology*

17. Navarro, D., Arrieta, A., López, K., Belandria, K., Quintana, B., Enicar, P., Figueroa, C., Rossell, A., & Nogales, A. (2013). Desarrollo de tolerancia oral en niños con alergia a la proteína de leche de vaca: Seguimiento de 10 años. *G.E.N.*, 67(3), 127–132. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032013000300002

18. Jiang Yanan, Xing Yan. Avances en el diagnóstico y tratamiento de la alergia a la proteína de la leche de vaca en bebés prematuros [J]. *Revista china de medicina preventiva*, 2021, 55(5): 583-591. DOI: 10.3760/cma. j.cn112150-20210301-00204.

19. Cervantes Bustamante, R., Cervantes, R., María, D., Sánchez, P., Bacarreza, D., Erika, D., Barrios, M., Flora, D., Mondragón, Z., Mata, N., Margarita, D., Campos, G., Francisco, J., León, C., & Ramírez, J. A. (s/f). Artículos de revisión. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revenfnped/eip-2007/eip074f.pdf>

20. Alergia a las proteínas de leche de vaca no mediada por IgE Documento de consenso de la Sociedad

Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica(SEGHNP), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP) Recuperado el 16 de abril de 2023, de <https://www.seghnp.org/documentos/documento-de-consenso-sobre-alergia-proteinas-de-leche-de-vaca-no-mediada-por-ige>

21. Díaz, M. C., Lavrut, A. J., Slullitel, P., & Souza, M. V. (2022). Usefulness of analytic tests for the diagnosis of cow's milk protein allergy. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 120(1), 21–29. <https://doi.org/10.5546/aap.2022.eng.21>

22. D'Auria, E., Salvatore, S., Pozzi, E., Mantegazza, C., Sartorio, M. U. A., Pensabene, L., Baldassarre, M. E., Agosti, M., Vandenplas, Y., & Zuccotti, G. (2019). Cow's milk allergy: Immunomodulation by dietary intervention. *Nutrients*, 11(6), 1399. <https://doi.org/10.3390/nu11061399>

23. Mérida, J. G., & Espín, B. (s/f). Alergia a las proteínas. Aepap.org. Recuperado el 5 de mayo de 2023, de https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/239-246_alergia_a_las_proteinas_de_la_leche.pdf

24. Dupont C, Chouraqui JP, Linglart A, Bocquet A, Darmaun D, Feillet F, Frelut ML, Girardet JP, Hankard R, Rozé JC, Simeoni U, Briand A; Committee on Nutrition of the French Society of Pediatrics. Nutritional management of cow's milk allergy in children: An update. *Arch Pediatr*. 2018 Apr;25(3):236-243. doi: 10.1016/j.arcped.2018.01.007. Epub 2018 Mar 22. PMID: 29576253.

25. Documento de consenso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP) 2018 ERGON. C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

26. Cuevas Rivas, A. P., Iglesias Leboireiro, J., Bernárdez Zapata, I., Martina Luna, M., Venegas Andrade, A., & Koretzky, S. G. (2020). Diagnóstico y tratamiento de la alergia a proteínas de la leche de vaca en un hospital privado de la Ciudad de México. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 11(1), 6–11. <https://doi.org/10.35366/100322>

27. Laignelet Hernández, H. H., & Hernández Mantilla, N. (2022). Alergia alimentaria gastrointestinal: prevalencia, caracterización y costos directos en un centro de remisión en Bogotá. *Revista colombiana de gastroenterología*, 37(2), 145–154. <https://doi.org/10.22516/25007440.789>

28. Bagés, M. C., Chinchilla Mejía, C. F., Ortíz Piedrahita, C., Plata García, C. E., Puello Mendoza, E. M., Quintero Hernández, O. J., Riveros López, J. P., Sosa Giraldo, F. J., Wilches Luna, A., & Vera Chamorro, J. F. (2020). Recomendaciones sobre diagnóstico y tratamiento de la alergia a la proteína de la leche de vaca en población pediátrica colombiana. Posición de expertos. *Revista colombiana de gastroenterología*, 35(1), 54–64. <https://doi.org/10.22516/25007440.405>
29. Arancibia, M. E., Lucero, Y., Miquel, I., Marchant, P., Rodríguez, L., Aliende, F., Ríos, G., & Maturana, A. (2020). Association of cow's milk protein allergy prevalence with socioeconomic status in a cohort of Chilean infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 71(3), e80–e83.
30. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002787>
Saad, Khaled & Ahmad, Ahmad & Eltellawy, Mohamed & El-Ashry, Amira & Abdelsalam, Eman & Alruwaili, Thamer & El-Houfey, Amira. (2020). Cow milk protein allergy: clinical phenotype and risk factors. *Current Trends in Immunology*. 2020.
31. Chu, S., Zhang, Y., Jiang, Y., Sun, W., Zhu, Q., Wang, B., Jiang, F., & Zhang, J. (2017). Cesarean section without medical indication and risks of childhood allergic disorder, attenuated by breastfeeding. *Scientific Reports*, 7(1), 9762. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-10206-3>
32. Yang, X., Zhou, C., Guo, C., Wang, J., Chen, I., Wen, S. W., Krewski, D., Yue, L., & Xie, R.-H. (2022). The prevalence of food allergy in cesarean-born children aged 0-3 years: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 1044954. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.1044954>
33. Mehaudy R, Jáuregui MB, Vinderola G, Guzmán L, et al. Alergia a la proteína de la leche de vaca; nuevos conocimientos desde una visión multidisciplinaria. *Arch Argent Pediatr* 2022;120(3):200-208.
34. Sackesen, C., Altintas, D. U., Bingol, A., Bingol, G., Buyuktiryaki, B., Demir, E., Kansu, A., Kuloglu, Z., Tamay, Z., & Sekerel, B. E. (2019). Current trends in tolerance induction in cow's milk allergy: From passive to proactive strategies. *Frontiers in Pediatrics*, 7, 372. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00372>
35. Zuluaga Velásquez, L. C., Ramírez Rodríguez, N., Mejía Pérez, L. K., & Vera Chamorro, J. F. (2018). Desenlaces del tratamiento con una fórmula extensamente hidrolizada a base de suero en lactantes con alergia a la proteína de leche de vaca. *Revista colombiana de gastroenterología*, 33(2), 111. <https://doi.org/10.22516/25007440.253>
36. García Mérida MJ, Espín Jaime B. Alergia a las proteínas de la leche de vaca no mediada por IgE. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 239-245.
37. López, L. L. C. (s/f). Impacto en la economía familiar por uso de sucedáneos de leche materna en bebés sanos y uso de fórmulas especiales 2010. Medigraphic.com. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2010/pm101e.pdf>
38. Sladkevicius, E., & Guest, J. F. (2010). Modelling the health economic impact of managing cow milk allergy in South Africa. *Journal of Medical Economics*, 13(2), 257–272. <https://doi.org/10.3111/13696998.2010.482904>
39. Sladkevicius, E., & Guest, J. F. (2010a). Budget impact of managing cow milk allergy in the Netherlands. *Journal of Medical Economics*, 13(2), 273–283. <https://doi.org/10.3111/13696998.2010.482909>
40. Cawood, A. L., Meyer, R., Grimshaw, K. E., Sorensen, K., Acosta-Mena, D., & Stratton, R. J. (2022). The health economic impact of cow's milk allergy in childhood: A retrospective cohort study. *Clinical and Translational Allergy*, 12(8), e12187. <https://doi.org/10.1002/clt2.12187>
41. Vargas-Zarate, M., Becerra-Bulla, F., Balsero-Oyuela, S. Y., & Meneses-Burbano, Y. S. (2020). Lactancia materna: mitos y verdades. Artículo de revisión. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*, 68(4). <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.74647>
42. Rodríguez González, M., & Mendoza-Hernández, D. A. (s/f). Dieta de exclusión de leche de vaca... ¿cómo? Medigraphic.com. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2016/al163a.pdf>
43. De Armentia, S. L. L. (s/f). Alergia a proteínas de leche de vaca. *Pediatríaintegral.es*. Recuperado el 5 de mayo de 2023, de https://www.pediatríaintegral.es/wp-content/uploads/2018/xxii02/02/n2-076-086_SantiLapena.pdf
44. Linhart B, Freidl R, Elisyutina O, Khaitov M, Karaulov A, Valenta R. Molecular Approaches for Diagnosis, Therapy and Prevention of Cow's Milk Allergy. *Nutrients*. 2019 Jun 29;11(7):1492. doi: 10.3390/nu11071492. PMID: 31261965; PMCID: PMC6683018.
45. García Mérida MJ, Espín Jaime B. Alergia a las proteínas de la leche de vaca no mediada por IgE. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 239-245.
46. Pensabene, L., Salvatore, S., D'Auria, E., Parisi, F., Concolino, D., Borrelli, O., Thapar, N., Staiano, A., Vandenplas, Y., & Saps, M. (2018). Cow's milk protein allergy in infancy: A risk factor for functional gastrointestinal disorders in children? *Nutrients*, 10(11), 1716. <https://doi.org/10.3390/nu10111716>

Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes pediátricos con infecciones respiratorias agudas, Hospital San Juan de Sahagún, 2021 – 2024

Clinical-epidemiological characterization of pediatric patients with acute respiratory infections, San Juan de Sahagún Hospital, 2021 – 2024

Dayan Vanesa Ariza Villadiego

Universidad del Sinú, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Medicina

Irina Cera Barragán

Universidad del Sinú, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Medicina

Natalia Sofia Durango Quintana

Universidad del Sinú, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Medicina

Dr. Álvaro Bustos González

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Sinú -Elías Bechara Zainúm

Dra. Ana Negrete Oquendo

Auxiliar de Investigación

Universidad del Sinú, Facultad de Ciencias de la Salud

Programa de Medicina

Montería, Colombia – 2025

e-mail:abustos59@hotmail.com

Resumen:

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población pediátrica a nivel mundial. Estas enfermedades afectan principalmente a niños menores de cinco años, quienes son especialmente vulnerables debido a la inmadurez de su sistema inmunológico. **Objetivo:** Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes pediátricos con infecciones respiratorias agudas atendidos en el Hospital San Juan de Sahagún entre 2021 y 2024. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en el análisis de historias clínicas de pacientes pediátricos diagnosticados con infecciones respiratorias agudas (IRA) en el Hospital San Juan de Sahagún, durante el período comprendido entre enero de 2021 y diciembre de 2024. **Resultados:** La rinosfarinitis aguda fue el diagnóstico más frecuente (74,5%), especialmente en menores de 5 años, mientras que la neumonía representó la principal causa de hospitalización (10,9%). El 46,5% de los pacientes recibió antibióticos y el 23,2% presentó comorbilidades relevantes como asma y desnutrición. **Conclusiones:** Las infecciones respiratorias agudas afectan principalmente a niños menores de 5 años, con alta carga de rinosfarinitis y neumonía que requiere hospitalización. Estos resultados evidencian que se debe fortalecer la prevención, el uso racional de antibióticos y el abordaje integral de comorbilidades en poblaciones vulnerables

Palabras clave: infecciones respiratorias agudas, pediatría, hospitalización, antibióticos.

Abstract

Introduction: Acute respiratory infections (ARI) are one of the leading causes of morbidity and mortality in the pediatric population worldwide. These diseases primarily affect children under five years of age, who are especially vulnerable due to the immaturity of their immune systems. **Objective:** To clinically and epidemiologically characterize pediatric patients with acute respiratory infections treated at the San Juan de Sahagún Hospital between 2021 and 2024. **Methodology:** An observational, descriptive, and retrospective study was conducted based on the analysis of medical records of pediatric patients diagnosed with acute respiratory infections (ARI) at the San Juan de Sahagún Hospital, during the period between January 2021 and December 2024. **Results:** Acute rhinopharyngitis was the most frequent diagnosis (74.5%), especially in children under 5 years of age, while pneumonia was the main cause of hospitalization (10.9%). 46.5% of patients received antibiotics, and 23.2% had significant comorbidities such as asthma and malnutrition. **Conclusions:** Acute respiratory infections primarily affect children under 5 years of age, with a high burden of rhinopharyngitis and pneumonia requiring hospitalization. These results demonstrate the need to strengthen prevention, rational antibiotic use, and a comprehensive approach to comorbidities in vulnerable populations.

Keywords: acute respiratory infections, pediatrics, hospitalization, antibiotics

1. Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población pediátrica a nivel mundial. Estas

enfermedades afectan principalmente a niños menores de cinco años, quienes son especialmente vulnerables debido a la inmadurez de su sistema inmunológico. Se estima que, anualmente, las IRA son responsables de aproximadamente 700,000 muertes infantiles en todo

el mundo, a pesar de los avances en vacunación y tratamientos antibióticos (1).

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud considera que las IRA son la principal causa de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, afectando especialmente a niños, adultos mayores y personas con sistemas inmunológicos comprometidos (1). En países de bajos ingresos, donde el acceso a atención médica es limitado, las IRA pueden alcanzar tasas de mortalidad alarmantes.

En Colombia, según el Instituto Nacional de Salud (INS), hasta la semana epidemiológica 14 de 2023, se notificaron un total de 9,190 casos de IRA en el país, con una tasa de mortalidad de 17.78 por cada 100,000 habitantes (2). A nivel nacional, la tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años ha mostrado variaciones en los últimos años. En 2019, esta tasa fue de 11.14 por cada 100,000 niños, mientras que en 2020 se observó una disminución, posiblemente influenciada por las restricciones de movilidad implementadas durante la pandemia de COVID-19 (3).

En Bogotá, durante el primer semestre de 2024, se confirmaron tres casos de tos ferina en menores de cinco años, lo que representa una incidencia de 0.04 casos por cada 100,000 niños en este grupo etario (4). Aunque esta cifra es baja en comparación con otras enfermedades respiratorias, sugiere la necesidad de reforzar la cobertura de vacunación y la detección temprana de casos.

Por otro lado, en Antioquia, hasta la semana epidemiológica 24 de 2024, se registraron 447,903 atenciones por IRA en los diferentes servicios de salud, lo que evidencia la alta carga de estas enfermedades en la región (5).

En el departamento de Córdoba, las infecciones respiratorias agudas (IRA) han mostrado un incremento notable. Según el reporte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila), hasta la semana 20 de 2024 se registraron 99,297 casos de IRA en la región, siendo la población entre 5 y 19 años la más afectada, con 23,856 casos reportados. Le sigue el grupo de 40 a 59 años, con 18,078 casos. Los municipios con mayor incidencia por cada cien mil habitantes son Chinú, Sahagún y Puerto Libertador (6).

La caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes pediátricos con IRA atendidos en el Hospital San Juan de Sahagún entre 2021 y 2024 es relevante, dado que permitirá comprender mejor el comportamiento de estas infecciones en la región. Este análisis permitirá identificar factores de riesgo, agentes etiológicos predominantes y patrones de resistencia antimicrobiana de la población

atendida, información importante para el diseño de estrategias de intervención efectivas.

Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo general caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes pediátricos con infecciones respiratorias agudas atendidos en el Hospital San Juan de Sahagún entre 2021 y 2024.

II. Metodología

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en el análisis de historias clínicas de pacientes pediátricos diagnosticados con infecciones respiratorias agudas (IRA) en el Hospital San Juan de Sahagún, durante el período comprendido entre enero de 2021 y diciembre de 2024.

Población y muestra

La población de estudio correspondió a todos los pacientes pediátricos (de 1 a 17 años) atendidos en consulta externa o servicio de hospitalización del Hospital San Juan de Sahagún con diagnóstico clínico de infección respiratoria aguda durante el periodo de estudio. Se incluyó una muestra de 866 historias clínicas que cumplieran con los criterios de inclusión definidos y presentaban información completa para el análisis.

Criterios de inclusión

- Pacientes de 1 a 17 años.
- Diagnóstico médico de infección respiratoria aguda (según CIE-10: J00-J06, J12-J18).
- Atención brindada en el Hospital San Juan de Sahagún entre enero de 2021 y diciembre de 2024.
- Registro clínico completo con las variables de interés.

Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico infeccioso no respiratorio o con comorbilidad infecciosa grave concomitante.
- Registros incompletos o ilegibles que impidieran el análisis.
- Pacientes con egreso por traslado cuyo diagnóstico definitivo no se consignó.

Variables estudiadas

Se recolectaron las siguientes variables a partir de las historias clínicas:

- **Datos sociodemográficos:** edad, sexo, grupo etario (primera infancia, infancia, adolescencia), régimen de afiliación en salud.
- **Diagnóstico clínico de IRA:** faringitis aguda, rinofaringitis aguda, neumonía, laringofaringitis aguda.
- **Tipo de atención:** ambulatoria u hospitalaria.
- **Uso de antibióticos:** prescripción consignada en la

evolución médica.

- **Comorbilidades registradas:** asma, desnutrición, prematuridad, cardiopatías congénitas.
- **Evolución clínica:** alta sin complicaciones o con complicaciones (cuando se consignaba).

Fuentes de datos y recolección

La fuente principal de información fue el archivo físico y digital de historias clínicas del Hospital San Juan de Sahagún. Se realizó una revisión sistemática de las historias clínicas por parte del equipo investigador, con previo permiso de la institución. Los datos se registraron en una base de datos en Microsoft Excel®, garantizando la confidencialidad de la información mediante la eliminación de datos personales identificables.

Análisis estadístico

El análisis de datos se realizó utilizando IBM SPSS Statistics versión 26. Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas (edad: media, desviación estándar, mínimos y máximos) y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Para explorar asociaciones entre variables categóricas (sexo, grupo etario) y diagnóstico clínico se aplicaron pruebas de chi-cuadrado de Pearson. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos elaborados en Excel® y SPSS®, organizados para mostrar la caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes pediátricos con IRA en el periodo de estudio.

III. Resultados

Se incluyó una muestra de 866 historias clínicas de pacientes pediátricos que cumplieron con los criterios de inclusión y diagnóstico de infecciones respiratorias agudas en el Hospital San Juan de Sahagún, durante el periodo 2021-2024. La edad de los pacientes varió entre 1 y 17 años, con un promedio de 4,85 años y una desviación estándar de 3,68 años. El grupo etario predominante fue el de primera infancia (0 a 5 años) con un 63,9%. Respecto al sexo, se observó un mayor predominio del sexo masculino (52,8%) en comparación con el sexo femenino (47,2%). En cuanto al régimen de salud se halló que el 87,2% pertenecía al subsidiado (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes pediátricos con infecciones respiratorias agudas.

Edad promedio	4,85	
Desv. Estándar	3,68	
Edad mínima	1	
Edad máxima	17	
GRUPOS ETARIOS	N	%
Primera infancia (0 a 5 años)	553	63,9
Infancia (6 a 11 años)	274	31,6
Adolescencia (12 a 18 años)	39	4,5
SEXO		
Masculino	457	52,8
Femenino	409	47,2
RÉGIMEN		
Subsidiado	755	87,2
Contributivo	111	12,8
TOTAL	866	100

Fuentes: Elaboración propia. Base de datos Hospitales San Juan de Sahagún, 2021-2024. N:Frecuencia.

Se observó que la rinofaringitis aguda fue la entidad clínica más frecuente, con 645 casos, que representan el 74,5% del total de las infecciones respiratorias agudas diagnosticadas en la población pediátrica atendida. Le siguió la neumonía con 178 casos (20,6%), constituyendo la principal causa de infección respiratoria baja en este grupo. La faringitis aguda representó un 4,8% de los casos, mientras que la laringofaringitis aguda tuvo una presentación poco frecuente (0,1%) (Gráfico 1).

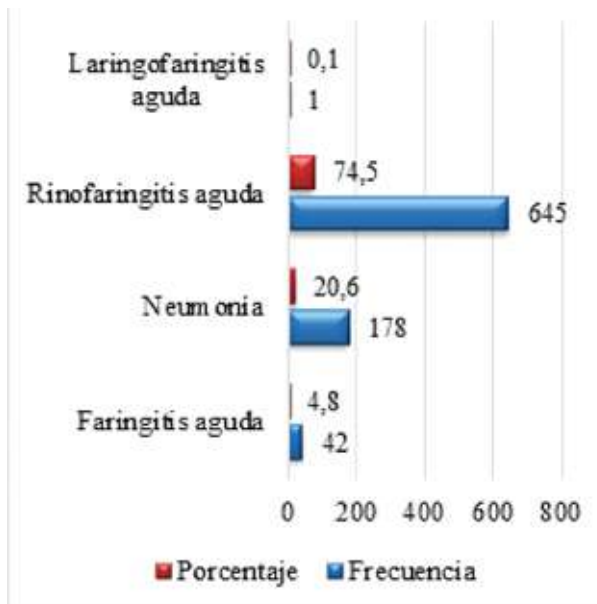


Gráfico 1. Distribución de diagnósticos de infecciones respiratorias agudas en los pacientes pediátricos.

Fuentes: Elaboración propia. Base de datos Hospitales San Juan de Sahagún, 2021-2024. N:Frecuencia.

Se observó que tanto en varones como en mujeres la rinofaringitis aguda fue el diagnóstico más frecuente (338 y 307 casos, respectivamente). La neumonía fue el segundo diagnóstico más común, con 96 casos en

el sexo masculino y 82 en el femenino. La faringitis aguda mostró una distribución equilibrada entre sexos (22 casos en varones y 20 en mujeres), mientras que la laringofaringitis aguda se presentó solo en un caso masculino. El análisis estadístico mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson arrojó un valor de chi-cuadrado de 1,029 con 3 grados de libertad y una significancia de $p = 0,794$. Esto indica que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los diagnósticos entre el sexo masculino y femenino en la muestra estudiada (Tabla 2).

Tabla 2: Distribución de diagnóstico de infecciones respiratorias agudas según sexo en pacientes pediátricos

DIAGNÓSTICO	SEXO	
	M	F
	N (%)	N (%)
Faringitis aguda	22 (2,5)	20 (2,3)
Neumonía	96 (11,1)	82 (9,5)
Rinofaringitis aguda	338 (39,0)	307 (35,5)
Laringofaringitis aguda	1 (0,1)	0 (0,0)
TOTAL	457 (52,8)	409 (47,2)
Chi-cuadrado	1,029	
df	3	
Sig.	0,794	

Fuente: Elaboración propia. Base de datos Hospital San Juan de Sahagún, 2021-2024: Frecuencia, M: Masculino, F: Femenino.

La rinofaringitis aguda fue el diagnóstico más frecuente en todos los grupos, con predominio en la primera infancia, con 416 casos (48,0%), seguida de la infancia con 203 casos (23,4%) y la adolescencia (26 casos). La neumonía presentó una mayor proporción en la primera infancia (117 casos), disminuyendo en la infancia (51 casos) y adolescencia (10 casos). La faringitis aguda se distribuyó de manera relativamente similar en la primera infancia, con 20 casos (2,3%) e infancia (19 casos), con menor frecuencia en adolescentes (3 casos). La laringofaringitis aguda se presentó en un solo caso en el grupo de infancia. El análisis estadístico mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson arrojó un valor de 8,457 con 6 grados de libertad y un nivel de significancia de $p = 0,207$. Estos resultados indican que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de diagnósticos entre los distintos grupos etarios (Tabla 3).

Tabla 3: Distribución de diagnóstico de infecciones respiratorias agudas según grupo etario en pacientes pediátricos.

DIAG.	GRUPO ETARIO		
	(0 a 5 años)	(6 a 11 años)	(12 a 17 años)
	N (%)	N (%)	N (%)
Faringitis A.	20 (2,3)	19 (2,2)	3 (0,3)
Neumonía	117 (13,5)	51 (5,9)	10 (1,1)
Rinofaringitis A.	416 (48,0)	203 (23,4)	26 (3,0)
Laringofaringitis A.	0 (0,0)	1 (0,1)	0 (0,0)
TOTAL	553 (63,9)	274 (31,6)	39 (4,5)
Chi-cuadrado	8,457		
df	6		
Sig.	0,207		

Fuente: Elaboración propia. Base de datos Hospital San Juan de Sahagún, 2021-2024: Frecuencia.

Se observó que la mayoría de los pacientes recibió manejo ambulatorio (81,2%), mientras que el 18,8% requirió hospitalización, indicando un perfil mayoritario de enfermedad leve a moderada, pero con una proporción relevante de casos graves o complicados (Gráfico 2).

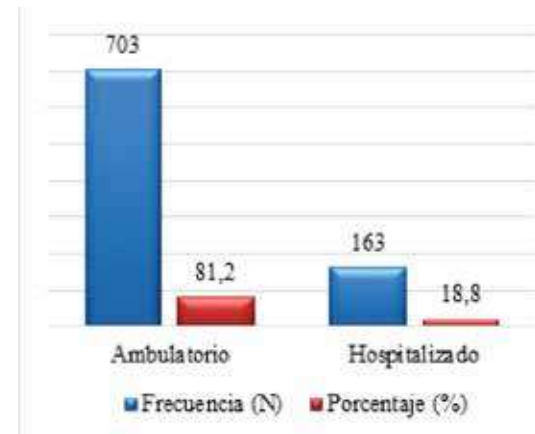


Gráfico 2. Distribución según tipo de atención (hospitalizado vs ambulatorio).

Fuentes: Elaboración propia. Base de datos Hospitales San Juan de Sahagún, 2021-2024.

La neumonía fue el diagnóstico más asociado a hospitalización, con 94 casos (10,9% del total), representando más de la mitad de las hospitalizaciones. En contraste, la rinofaringitis aguda predominó en el manejo ambulatorio, aunque hubo 69 casos hospitalizados (8%). Faringitis y laringofaringitis fueron principalmente de manejo ambulatorio (Tabla 4).

Tabla 4: Distribución de diagnóstico según hospitalización.

Diagnóstico	Ambulatorio	Hospitalizado
	N (%)	N (%)
Faringitis aguda	41 (4,7)	1 (0,1)
Neumonía	84 (9,7)	94 (10,9)
Rinofaringitis aguda	576 (66,5)	69 (8,0)
Laringofaringitis aguda	1 (0,1)	0 (0,0)
Total	703 (81,2)	163 (18,8)

Fuentes: Elaboración propia. Base de datos Hospitales San Juan de Sahagún, 2021-2024. N: Frecuencia.

El 46,5% de los pacientes recibió tratamiento antibiótico. La neumonía presentó la mayor proporción de prescripción antibiótica (95,5% de sus casos), como corresponde a su etiología bacteriana predominante. En la rinofaringitis aguda usaron antibióticos en 30% de los casos, sugiriendo un posible sobrediagnóstico bacteriano y abuso empírico de los antibióticos (Tabla 5).

Tabla 5: Uso d antibióticos según diagnóstico.

Diagnóstico	Con antibiótico N (%)	Sin antibiótico N (%)
Faringitis aguda	38 (4,4)	4 (0,5)
Neumonía	170 (19,6)	8 (0,9)
Rinofaringitis aguda	194 (22,4)	451 (52,1)
Laringofaringitis aguda	1 (0,1)	0 (0,0)
Total	403 (46,5)	463 (53,5)

Fuentes: Elaboración propia. Base de datos Hospitales San Juan de Sahagún, 2021-2024. N: Frecuencia.

El 23,2% de los pacientes presentó al menos una comorbilidad relevante. El asma fue la más frecuente (11,8%), seguido de desnutrición (5,4%), prematuridad (3,8%) y cardiopatías congénitas (2,2%) (Gráfico 3).

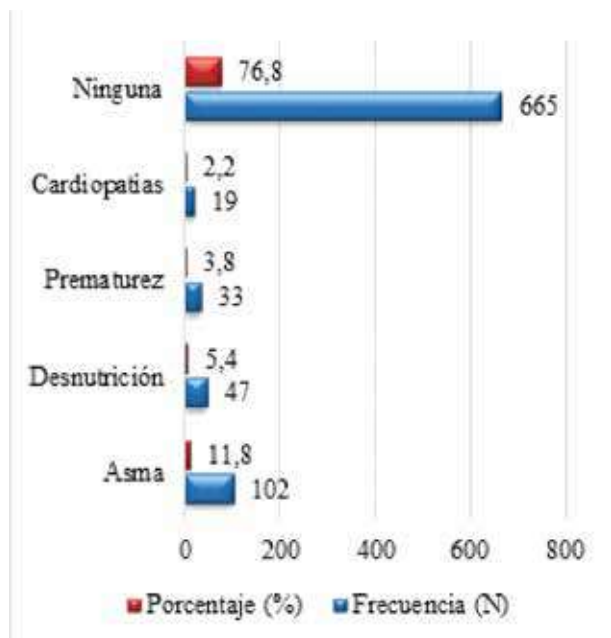


Gráfico 3. Comorbilidades presentes en los pacientes

Fuentes: Elaboración propia. Base de datos Hospitales San Juan de Sahagún, 2021-2024.

IV. Discusión

En el presente estudio se identificó que la primera infancia (0-5 años) fue el grupo etario más afectado por infecciones respiratorias agudas (IRA), representando el 63,9% de los casos. Este hallazgo es consistente con el reporte de Nair et al., quienes estimaron que los menores de cinco años concentran la mayor carga

de hospitalizaciones por neumonía a nivel mundial (22 millones de episodios al año) (7). Este patrón se explica por la inmadurez del sistema inmune y la alta exposición a patógenos respiratorios en ambientes comunitarios.

El predominio masculino observado (52,8%) coincide con los hallazgos de Rudan et al., quienes describen una ligera mayor incidencia de IRA en varones menores de cinco años (tasa 1,2 veces mayor) (8). Esto se ha atribuido a diferencias anatómicas y hormonales que pueden influir en la susceptibilidad respiratoria.

En cuanto al diagnóstico más frecuente, la rinofaringitis aguda representó el 74,5% de los casos en este estudio, similar a lo reportado por Broor et al. en India, donde las IRAs altas no complicadas constituyeron más del 70% de las consultas respiratorias pediátricas (9). Esto muestra la carga de infecciones virales leves en países de ingresos bajos y medios asociadas a circulación de rinovirus, adenovirus y virus respiratorio sincitial.

La neumonía fue la segunda causa más común (20,6%), comparable al 18–22% de casos hospitalizados en estudios de O'Brien et al. (10). Esta proporción elevada se asocia con condiciones socioeconómicas adversas y limitado acceso a vacunación contra neumococo e influenza, factores descritos en Colombia por Agudelo et al. (11), quienes mostraron altas tasas de hospitalización por neumonía bacteriana en menores de cinco años.

Respecto al uso de antibióticos, el 46,5% de los pacientes recibió tratamiento: con neumonía en el 95,5% de los casos. Esto está alineado con las recomendaciones de la OMS para el manejo empírico de neumonía infantil en entornos con limitaciones diagnósticas (12). Sin embargo, la rinofaringitis mostró uso antibiótico en el 30% de los casos, lo cual es similar al 28% reportado por Hersh et al. en EE. UU. (13), sugiriendo un patrón global de prescripción inadecuada para infecciones virales.

El patrón de hospitalización en nuestro estudio (18,8% del total) es comparable con el rango del 15–25% reportado por McAllister et al. en un metaanálisis global (14). Específicamente, la neumonía representó el 10,9% del total de pacientes y más del 57% de las hospitalizaciones, similar al 55–65% de las hospitalizaciones por IRA reportadas en Perú por Lanata et al. (15). Esto se explica por la mayor gravedad y riesgo de hipoxemia asociado a neumonía bacteriana.

Además, la proporción de niños con comorbilidades en nuestra muestra (23,2%) se asemeja al 20–25% observado por Rhedin et al. en estudios multicéntricos, donde el asma fue la comorbilidad más frecuente (16). Nuestro hallazgo de asma en 11,8% coincide con datos colombianos de Giraldo et al., quienes estimaron

prevalencia de asma pediátrica cercana al 12% en regiones del Caribe colombiano (17).

La asociación entre prematuridad (3,8%) y mayor riesgo de IRA grave también ha sido ampliamente documentada por Nascimento-Carvalho et al., en Brasil, quienes encontraron tasas de hospitalización 2 a 3 veces mayores en niños prematuros (18). El hallazgo de cardiopatías congénitas (2,2%) también concuerda con lo descrito por Shi et al., quienes muestran que los niños con cardiopatías tienen mayor probabilidad de hospitalización prolongada por neumonía viral (19).

El régimen subsidiado en el 87,2% de los pacientes refleja la vulnerabilidad socioeconómica de la población atendida. Estudios como el de Gómez-Restrepo et al. en Colombia han documentado que la población en régimen subsidiado presenta mayores barreras de acceso a atención primaria oportuna, lo que puede favorecer la progresión de cuadros respiratorios leves a neumonía (20).

Por otro lado, la distribución por sexo no mostró diferencias estadísticamente significativas en el diagnóstico, similar a los hallazgos de Chisti et al. en Bangladesh (21), donde las tasas de neumonía y bronquiolitis fueron equivalentes por sexo al ajustar por edad.

El hecho de que el manejo ambulatorio haya predominado (81,2%) es coherente con estudios de Walker et al., quienes reportan que la mayoría de los casos de IRA en menores de cinco años pueden manejarse en el primer nivel con intervenciones simples (22). Esto resalta la importancia de fortalecer la atención primaria para reducir hospitalizaciones prevenibles.

La elevada carga de rinofaringitis aguda, asociada al uso inadecuado de antibióticos subraya la necesidad de intervenciones de educación médica y comunitaria para mejorar la adherencia a guías clínicas, como han sugerido Fleming-Dutra et al. en estudios sobre reducción de prescripción innecesaria (23).

V. Conclusiones

- La mayoría de los casos de infecciones respiratorias agudas en la población pediátrica del Hospital San Juan de Sahagún se concentró en niños de 0 a 5 años, con predominio de rinofaringitis aguda (74,5%) y neumonía (20,6%), lo que evidencia la vulnerabilidad de este grupo etario y la necesidad de estrategias preventivas como la vacunación y la educación en salud.
- Aunque el manejo ambulatorio fue mayoritario (81,2%), casi una quinta parte de los pacientes requirió hospitalización, principalmente por neumonía. También, el uso de antibióticos fue alto (46,5% en total), incluyendo

prescripción en un 30% de los casos de rinofaringitis aguda, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la adherencia a guías clínicas para reducir el uso inapropiado de antibióticos.

- El 23,2% de los pacientes presentó comorbilidades relevantes como asma, desnutrición y prematuridad, factores asociados con mayor riesgo de formas graves de infección. Del mismo modo, la alta proporción de población en régimen subsidiado (87,2%) puede ser una limitante con respecto al acceso oportuno a la atención y favorecer la progresión de la enfermedad.

VI. Recomendaciones

- Implementar campañas educativas y estrategias de vacunación dirigidas a niños menores de 5 años, quienes concentraron el 63,9% de los casos, para reducir la incidencia de infecciones respiratorias agudas.
- Promover la capacitación del personal de salud en el manejo racional de antibióticos, para disminuir el uso innecesario en casos de rinofaringitis aguda (30% de prescripción observada) y así prevenir la resistencia antimicrobiana.
- Fortalecer la identificación y el control de comorbilidades como asma y desnutrición, presentes en el 23,2% de los casos, para reducir el riesgo de formas graves y hospitalizaciones.
- Priorizar intervenciones en la población con régimen subsidiado (87,2% de los pacientes), asegurando el acceso oportuno y equitativo a servicios de salud de calidad para disminuir las desigualdades en salud.

VII. Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento al Hospital San Juan de Sahagún por facilitarnos el acceso a la información y las historias clínicas necesarias para el análisis de los casos pediátricos de interés. Su colaboración y disposición fueron fundamentales para el logro de los objetivos planteados en esta investigación.

VIII. Consideraciones Éticas

El estudio se realizó respetando los principios éticos para la investigación en salud, contemplados en la Declaración de Helsinki. Fue clasificado como investigación sin riesgo al basarse en revisión de datos secundarios ya existentes. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de la información y se contó con autorización institucional del Hospital San Juan de Sahagún para la revisión de historias clínicas.

Bibliografías

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública: Infección Respiratoria Aguda. 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscar-eventos/Lineamientos/Pro_IRA%202024.pdf

2. Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores Básicos de Salud, 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFl/indicadores-basicos-salud-2024.pdf>
3. Así Vamos en Salud. Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años. 2020. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-infeccion-respiratoria-aguda-ira-en>
4. Observatorio de Salud de Bogotá - SaluData. Enfermedades respiratorias en niños menores de 5 años en Bogotá. 2024. Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/enfermedades-respiratorias/>
5. Departamento Seccional de Salud de Antioquia. Boletín Epidemiológico de Antioquia, Periodo 6, 2024. Disponible en: <https://dssa.gov.co/images/2023/documentos/BEA/BEA%20PERIODO%206%202024.pdf>
6. Gobernación de Córdoba. Gobernación de Córdoba entrega recomendaciones ante la presencia de virus gripales debido a la llegada de las lluvias [Internet]. Córdoba: Gobernación de Córdoba; 2024 [citado 31 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.cordoba.gov.co/publicaciones/939/gobernacion-de-cordoba-entrega-recomendaciones-ante-la-presencia-de-virus-gripales-debido-a-la-llegada-de-las-lluvias/>
7. Nair H, Simões EA, Rudan I, Gessner BD, Azziz-Baumgartner E, Zhang JSF, et al. Global and regional burden of hospital admissions for severe acute lower respiratory infections in young children in 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2013;381(9875):1380–90.
8. Rudan I, Boschi-Pinto C, Biloglav Z, Mulholland K, Campbell H. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bull World Health Organ*. 2008;86(5):408–16.
9. Broor S, Pandey BK, Ghosh M, Maitreyi RS, Lodha R, Kabra SK. Risk factors for severe acute lower respiratory tract infection in under-five children. *Indian Pediatr*. 2019;56(9):744–9.
10. O'Brien KL, Wolfson LJ, Watt JP, Henkle E, Deloria-Knoll M, McCall N, et al. Burden of disease caused by *Streptococcus pneumoniae* in children younger than 5 years: global estimates. *Lancet*. 2009;374(9693):893–902.
11. Agudelo CI, Castañeda E, Corso A, Regueira M, Brandileone MC, Brandão AP, et al. *Streptococcus pneumoniae* serotype distribution and antimicrobial resistance in Latin America and the Caribbean: SIREVA II, 2000–2005. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(6):595–603.
12. World Health Organization. Revised WHO classification and treatment of pneumonia in children at health facilities. Geneva: WHO; 2014.
13. Hersh AL, Fleming-Dutra KE, Shapiro DJ, Hyun DY, Hicks LA. Antibiotic prescribing in ambulatory pediatrics in the United States. *Pediatrics*. 2011;128(6):1053–61.
14. McAllister DA, Liu L, Shi T, Chu Y, Reed C, Burrows J, et al. Global, regional, and national estimates of pneumonia morbidity and mortality in children younger than 5 years between 2000 and 2015: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1):e47–57.
15. Lanata CF, Rudan I, Boschi-Pinto C, Tomaskovic L, Cherian M, Weber M, et al. Methodological and quality issues in epidemiological studies of acute lower respiratory infections in children: report of a WHO working group. *Lancet Infect Dis*. 2004;4(11):678–88.
16. Rhedin S, Lindstrand A, Rotzén-Östlund M, Tolfvenstam T, Ohrmalm L, Rinder MR, et al. Clinical utility of PCR for common viruses in acute respiratory illness. *Pediatrics*. 2014;133(3):e538–45.
17. Giraldo G, Pérez M, Valderrama Á, Aristizábal G. Prevalencia de asma y factores asociados en escolares de Cartagena, Colombia. *Rev Salud Publica (Bogotá)*. 2017;19(1):37–43.
18. Nascimento-Carvalho CM, Madhi SA, O'Brien KL. Lower respiratory tract infections. In: Remington and Klein's Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. 8th ed. Elsevier; 2016. p. 1013–28.
19. Shi T, Balsells E, Wastnedge E, Singleton R, Rasmussen ZA, Zar HJ, et al. Risk factors for respiratory syncytial virus-associated acute lower respiratory infection in children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2015;15(6):696–708.
20. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinzón CE, Rondón M. Equidad en salud: barreras de acceso en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2016;34(1):16–26.
21. Chisti MJ, Graham SM, Duke T, Ahmed T, Faruque ASG, Ashraf H, et al. Post-discharge mortality in children with severe acute malnutrition and pneumonia in Bangladesh. *PLoS One*. 2014;9(9):e107663.
22. Walker CL, Rudan I, Liu L, Nair H, Theodoratou E, Bhutta ZA, et al. Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. *Lancet*. 2013;381(9875):1405–16.
23. Fleming-Dutra KE, Hersh AL, Shapiro DJ, Bartoces M, Enns EA, File TM Jr, et al. Prevalence of inappropriate antibiotic prescriptions among US ambulatory care visits, 2010–2011. *JAMA*. 2016;315(17):1864–73.

Reseña histórica de la Dermatología en Córdoba

Historical overview of Dermatology in Cordoba

Dr. Victor Otero Marrugo

Médico Dermatólogo

e-mail: voteromarrugo@gmail.com

Entre todos los arbovirus, los virus del dengue (DENV) son los patógenos humanos más importantes (1). Se ha estimado La dermatología como especialidad nace en Europa en el siglo XVIII y se desarrolla sobre todo en el siglo XIX. De ahí que los primeros conocimientos sobre dermatología provengan de Alemania y especialmente Francia, siendo este último país el que más influyó con sus conocimientos en Latinoamérica. Desde comienzos del siglo XX con la globalización, adelantos tecnológicos y cambios en las relaciones geopolíticas, la ascendencia de los conceptos norteamericanos se hace más relevante.

Como la lepra y las enfermedades venéreas quedaron cobijadas en programas gubernamentales, esto permitió un direccionamiento de pacientes con problemas de la piel hacia estos programas, lo cual se aprovechaba para encontrar otras dermatosis. De esa manera, se fue formando la necesidad de tener mayor conocimiento sobre ellas.

Si bien con los años se ha ido logrando, en un principio la especialidad se tenía como la cenicienta de la medicina, en parte por ser la terapia tópica la herramienta principal requiriéndose más tiempo para confirmar lo que en algún momento Paul Valéry decía: “nada más profundo que la piel”.

El pionero de la dermatología en Córdoba fue el Dr. Hugo Corrales Lugo (1913-1984), oriundo de Lorica. Se graduó como médico de la Universidad de Cartagena en 1949, con la tesis “Tratamiento de las Complicaciones y Secuelas de la Lepra”. Fue docente Auxiliar en la misma universidad. Se casó con la señora Elvia Bossio Espinosa de cuya unión nacieron once hijos, dos de los cuales son médicos, uno de ellos endocrinólogo. Realizó estudios de posgrado en dermatología en el Instituto Federico Lleras Acosta, en Bogotá

Fue nombrado médico auxiliar del leprosario de Caño de Loro, en la isla de Tierrabomba, en el departamento de Bolívar Grande, y posteriormente Director del Dispensario de Dermatología en Cartagena, desde 1952 hasta 1961, vinculación que aprovechó para desarrollar su inclinación por la investigación, logrando publicar con un Dr. Albarracín sobre el “Tratamiento de la Lepra con Aceite de Chalmugra”, y con los doctores Herrera y Garzón sobre el “Tratamiento de la Reacción Leprosa con inyección intralesional de BCG”. Un tiempo después fue nombrado Subdirector del Servicio de Salud en Montería y encargado del programa de Control de la Lepra, donde estuvo hasta 1976, continuando el ejercicio de su profesión en la consulta privada.

El Dr. Corrales aprendió varios idiomas en forma autodidacta; tenía avidez por toda clase de conocimientos, era abnegado, sencillo, con una gran vocación de servicio e introversión, como lo cuenta el Dr. Carlos Garzón Fortich del libro “Diálogos y algo más. Maestros de la Dermatología Colombiana”, del Dr. Cesar Varela Hernández, quien dice: Tenía una facilidad de lectura rápida extraordinaria y creo que no he conocido otra persona con una capacidad de memorizar lo que leía con tanta rapidez como él. Era capaz de repetir con total exactitud largos textos que había leído quince días atrás. Era una facultad única. Eso sí, era muy tímido, casi no hablaba y era algo retraído. Un día lo invité a Bogotá y fuimos con el profesor Cavelier a Agua de Dios. De regreso Hugo se tomó unos tragos y comenzó a preguntarle al profesor un mundo de cosas sobre botánica y otros temas, al punto de que Cavelier exclamó: ¡Ah, pero no es mudo, éste con tragos sí habla!

En reemplazo del Dr. Hugo Corrales llegó el Dr. Albio Puche del Toro, monteriano, quien trabajaba en Ocañas y había estudiado medicina en la Universidad de la Plata, Argentina, donde también adelantó su formación en Dermatología. Se casó con Martha Guerrero Gánem, momposina, con quien tuvo tres hijos, siendo el varón, médico internista. El Dr. Puche falleció en Montería en el año 2012.

Todos los dermatólogos del departamento de Córdoba residen en su capital, Montería. Desde los primeros años de la década de los ochenta, los dermatólogos que han llegado se han formado en escuelas de dermatología acreditadas. Es de anotar, que muchos de los miembros de este grupo han realizado en los últimos cinco años diplomados que equivalen a un fellowship en dermatoscopia, tricología, dermatología pediátrica, oncología y dermatología clínica, entre otros.

En el año de 1983 llegó el primer dermatólogo graduado de escuela, el cartagenero Adolfo Gómez Agámez, médico de la Universidad de Cartagena y del Instituto Dermatológico Ladislao de la Pascua, de la Ciudad de México. El Dr. Gómez fue el primero en usar tratamientos de fototerapia con luz ultravioleta, criocirugía y dermocosmética. Ha sido docente de medicina de la Universidad del Sinú,

Miembro de la Academia Colombia de Dermatología (Asocolderma) de la cual fue tesorero en 1992-1994, de la Academia Americana de Dermatología y representante por Colombia ante el Colegio Iberoamericano de Dermatología (CILAD). Además, ha sido columnista de periódicos como El Meridiano y El Universal. Actualmente está dedicado a la práctica privada.

En el año de 1988, el Dr. Héctor Castellanos Lorduy regresó a su ciudad natal como médico de la Universidad Javeriana y dermatólogo de la Universidad Nacional de Colombia. Permaneció hasta 1991, puesto que se trasladó a Bogotá como docente de la Universidad Nacional, donde ha desarrollado su prolífica carrera como conferencista nacional e internacional.

En 1989 llegó el Dr. Rómulo Bitar Zapa, oriundo de Pueblo Nuevo, Córdoba, graduado de la Universidad Industrial de Santander como médico y del Hospital General de México, adscrito a la UNAM, como dermatólogo. Trabajó muchos años en los programas gubernamentales de Control de la Lepra y Leishmaniasis, donde se ganó el reconocimiento nacional como autoridad en el manejo de dichas patologías. Falleció en Montería en el año 2007.

A comienzos de los noventa, arribaron a Montería los doctores Víctor Otero Marrugo, Catalina Zárate Ortiz y José Meza Montes. El Dr. Otero, de Sahagún, Córdoba, se graduó como Médico Cirujano en la Universidad de Cartagena y como dermatólogo en el Hospital General de México (UNAM). Fue miembro de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Dermatología, presidente de la Asociación Colombiana de Dermatología Pediátrica,

miembro de la Academia Americana de Dermatología y del Colegio Iberoamericano de Dermatología. Ha hecho publicaciones en revistas colombianas y mexicanas de la especialidad. Actualmente es docente de medicina en la Universidad del Sinú y se desempeña en la consulta privada.

La Dra. Zárate, de Lórica, y el Dr. Meza, de Montería, son médicos de la Universidad Metropolitana de Barranquilla y dermatólogos del Hospital de Clínicas José de San Martín y de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Son miembros de La Asociación Colombiana de Dermatología y del Colegio Iberoamericano de Dermatología. La Dra. Zárate ha sido directiva de Dermocaribe y presidente del Club Rotario.

La Dra. Samira Acosta Eljach es sahanunense. Estudió medicina en la Universidad del Norte de Barranquilla e hizo dermatología en el Hospital de la Santa Casa de Río de Janeiro, Brasil, donde se graduó en 2002, pero comenzó a ejercer en Montería en el año 2004. Es miembro de Asocolderma, CILAD, y ha participado en estudios multicéntricos de nuevos medicamentos en dermatología.

A partir de 2015 comenzaron a llegar más dermatólogos a Montería. Esta renovación ha traído consigo la dinamización de actividades académicas como charlas magistrales, ateneos, revisión de temas de actualidad, gracias al sentido de grupo y buenas relaciones que han sido lideradas por la actual presidenta del Capítulo Córdoba de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica, la Dra. María Teresa Reyes Morelos, cartagenera y formada como dermatóloga en la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

En vista a que cada vez es más difícil hacer estudios de posgrados en el país, la gran mayoría de los colegas se han formado en otros países, así tenemos a las doctoras Sara Baquero Mendoza, Melissa Espitia Cordero, María Bedoya Martínez y Dailyn Pérez Pastrana, todas ellas monterianas, y Telya Rojas Tuiran, sahanunense; son de la Universidad de la Habana- Cuba, mientras que Lourdes Ganem Berrio, de Montería se graduó en la Universidad de Cien Fuegos, Cuba.

De Argentina llegaron las doctoras Wendy Atencio Beltrán, quien tiene diplomaturas en Dermatología Oncológica y Psoriasis; ella es dermatóloga de la Universidad de Buenos Aires; Laura Mejía Montoya, de Sincelejo, de la Universidad de Buenos Aires; María Angela Coronado

Cordero, de Ciénaga de Oro, de la Universidad de Buenos Aires; Divina Royero Sajona, de Majagual, Sucre, de la misma universidad. Esta es Tricóloga de la Fundación Pedro Jaén, de Madrid, España; Denyse Peñaloza Daguer, de Codazzi, Cesar, de la Universidad de Buenos Aires, quien realizó Tricología y Trasplante de pelo en la Fundación Pedro Jaén, en Madrid, España

De Brasil llegaron María Sánchez Peña, monteriana, de la Fundación Técnico Educacional Souza Márquez; Laura Cala Castro, maganguelena, del Instituto Superior de la Salud, de Rio de Janeiro, y Juan Pablo Carrillo, de San Juan del Cesar, Guajira, del Instituto Superior de la Salud, de Rio Janeiro.

De Colombia, Nathalie Diaz Hoyos, monteriana, de la Universidad del Valle, Nicole Valderrama Beltrán, bogotana, de la Universidad del Bosque, Luis Fernando Bermúdez Bula, monteriano, médico de la Universidad Metropolitana de Barranquilla y dermatólogo del CES de Medellín y del Instituto Federico Lleras Acosta, de Bogotá. Es discípulo del prestigioso Dr. Giovanni Bojanini, con quien trabajó muchos años.

Si hay algo que caracteriza al grupo actual de profesionales de la dermatología en Córdoba es el esmero por sus pacientes, lo que ha desembocado en una disminución en la necesidad de viajar a otras ciudades, en busca de soluciones a los problemas dermatológicos de la región.

Historia de la Cirugía General en Montería

History of General Surgery in Montería

Dr. Francisco Rodríguez Yances,
Cirujano General y Laparoscopista

e-mail: fcory@hotmail.com

Para finales del siglo XIX y principios del XX, lo que hoy es el departamento de Córdoba formaba parte del territorio del Gran Bolívar, y Montería era apenas un pequeño municipio agropecuario a orillas del río Sinú. Se conectaba con el resto del país a través de la navegación fluvial que la acercaba a Cartagena y demás ciudades del país; lo demás eran caminos establecidos por vaqueros conductores de ganados. Para entonces, extensos bosques de madera fina surtieron muchas de las edificaciones que hoy visitamos en Europa. La abundancia de aguas, peces y animales montaraces hacían que el hambre fuese más extraña que en las ciudades que ya estaban de crecimiento urbanístico. En aquellos tiempos, y en la placidez bucólica del entorno sinuano, dominaban el mundo “médico” curanderos, brujas, sobanderos y culebreros, aparte de algunos aventureros y teguas cuyo nombre no alcanzó la memoria, que recorrían estos valles llenos de abundancia y de olvidos.

Hicieron su aparición los primeros médicos que pusieron la piedra angular del ejercicio profesional a principios del siglo XX. Al canto surgía en el territorio la concientización del rumor en sus entrañas, que impulsaba a las gentes a trabajar por la búsqueda de la autonomía administrativa, que resultaría con la creación del departamento de Córdoba, con su capital Montería, que vio la luz en 1951, cinco años después de la puesta en servicio del Hospital San Jerónimo de Montería. Hasta entonces la infraestructura hospitalaria era precaria, lo que hizo que el desarrollo de la cirugía general fuese lento.

En esa primera mitad del pasado siglo destacó, en el ejercicio quirúrgico, el doctor Alejandro Giraldo Sánchez, hijo de Sahagún y médico de la Universidad Nacional, con adiestramiento quirúrgico en los Estados Unidos. Fue tal su fama que es considerado el padre de la medicina de la región y un busto de él adorna los jardines del Hospital San Jerónimo, cuya primera sede fue impulsada por contemporáneos como los doctores Miguel R. Méndez, Octavio Murillo y Abraham Pupo Villa. No hay documentos de las peripecias quirúrgicas en un entorno tan difícil como les tocó a los médicos de entonces la práctica de la cirugía. A partir de la creación del nuevo departamento tomó fuerza el nuevo hospital y llegaron a la ciudad cirujanos formados bajo los lineamientos flexnerianos, esparcidos desde Alemania y Estados Unidos por casi toda la academia médica del mundo.

Destacaron en esta generación, Oscar Haddad Louis, fundador de la Clínica Central, primera institución privada para el ejercicio médico de Montería, que hasta el día de hoy gerencian sus herederos. Fue el doctor Haddad formado en la U. de Antioquia y en USA, y tuvo el infortunio de ser víctima del secuestro de las guerrillas que todavía azotan la vida en nuestro país. También se vinculó el doctor Alfonso Martínez Escobar, médico y jefe de clínica quirúrgica en la Universidad de Cartagena, hombre probo y excelente cirujano, apasionado deportista, dirigente del béisbol departamental y terco golfista. Portaba “Api” Martínez un señorío que le permitió mezclar su recio carácter con la bondad para el cuidado de sus enfermos. De estos dos colegas y de sus fortalezas como cirujanos puedo dar fe porque viví el honor de acompañarlos en el quirófano. Simón Gómez Villadiego era médico y cirujano de la Universidad Nacional, ejerció la cirugía con reconocimiento de los pacientes y sus pares. Fue nombrado Gobernador de Córdoba, director del Hospital San Jerónimo y, ya mayor, fue un acuicultor exitoso.

En los años sesenta y setentas, el doctor José Facundo Correa, egresado de la Universidad del Valle, aportó sus habilidades y conocimientos especialmente en la atención del trauma. Desafortunadamente se vio forzado a un precoz retiro por un accidente en su mano derecha. Rafael Darío Vergara Támara, Cirujano de la Universidad de Antioquia fue nombrado jefe de trauma y urgencias en el hospital de Montería, donde su habilidad y arrojo rápidamente le dieron brillo a su ejercicio profesional. Trajo Rafael Darío la endoscopia flexible en los momentos en que en la cirugía todavía se usaba para el tratamiento de la úlcera péptica. El doctor Vergara Támara falleció prematuramente a los 44 años por un infarto agudo del miocardio.

En la década de los ochenta, una generación de cirujanos adiestrados en endoscopia digestiva siguió el legado de Rafael Darío Vergara: los doctores Fernando Galofre Lacharme (Universidad Javeriana), Rafael Muñoz Otero (Instituto Nacional de Cancerología), Francisco Rodríguez Yances (Universidad de Cartagena), y a finales de la misma década Jorge Ordosgoitia Santana (Universidad de Cartagena) y Rodrigo Burgos de la Espriella (Universidad Javeriana). Junto a los anteriores, inició su práctica el doctor Carlos Rodríguez Caraballo, cirujano vascular periférico formado en México y quien ocupó la dirección del Hospital San Jerónimo. Para entonces Montería contaba con tres clínicas privadas y el hospital, entonces

departamental, pero persistía cierta precariedad en cuanto a las especialidades de apoyo diagnóstico y tecnología, ya usuales en las capitales de mayor desarrollo y población. También se sumaron Antonio Maroso Guzmán, de la Universidad del Rosario, y Francisco Berrocal Galeano, formado en Ciudad de Panamá.

Jorge Ordosgoitia Santana recibió adiestramiento con el ilustre doctor Enrique Moreno González, de quien aprendió la técnica de la esofagectomía transhiatal; junto a Francisco Rodríguez Yances realizó en los ochenta en el Hospital San Diego de Cereté la primera de muchas de estas cirugías que ellos practicaron por esos tiempos. De esos pacientes, 37 años después sigue viva y libre de enfermedad la señora EB de C, a sus 90 años.

Los ochenta y noventa fueron años terribles para la patria y estaba en duda la viabilidad del país, que era asolado por los guerrilleros narcoterroristas y el flagelo de la mafia en general, que sometían a todos con el poder de la violencia y el dinero mal habido. Aun así, los médicos sentían la necesidad de aportar en el desarrollo tecnológico y por eso se dieron varios hitos, como la fundación de la primera unidad de cuidados intensivos, esfuerzo mancomunado de clínicas y cuerpo médico. En diciembre de 1991, Francisco Rodríguez Yances, Jorge Ordosgoitia Santana y Luciano Lepesqueur Gossaín, practicaron la primera colecistectomía laparoscópica de la región.

En 1991, durante el mes de enero, un grupo de cirujanos bogotanos recibió adiestramiento en colecistectomía laparoscópica por un grupo de colegas estadounidenses. En junio del mismo año organizaron un curso dirigido por ellos en la Clínica del Country de Bogotá, al cual asistieron, de Montería, Jorge Ordosgoitia Santana y Francisco Rodríguez Yances, quienes rápidamente se hicieron a los equipos y fundaron un grupo al cual llamaron UCILAP, persuadiendo así a muchos colegas y pacientes sobre las bondades de la nueva técnica.

Antes de operar a la primera paciente recibimos un curso especial y exclusivo que nos organizó el proveedor del equipamiento y, en espera del vuelo de regreso a Montería, nos topamos en el aeropuerto El Dorado con el gobernador del departamento, doctor Luciano Lepesqueur Gossaín, también cirujano de la Universidad de Cartagena, quien nos solicitó acompañarnos en la aventura de romper el paradigma de la cirugía convencional. Por supuesto que fue acogido y, poco a poco, se fueron venciendo los temores hasta lograr la preferencia por la cirugía mínimamente invasiva.

Terminando la década del noventa con el acompañamiento del doctor Jaime Ambrad, este mismo grupo inició la cirugía de bypass gástrico para la obesidad, pero mediante cirugía convencional, la cual se bajó del arsenal terapéutico para este flagelo mundial, siendo desplazada

rápidamente por la versión laparoscópica, que comporta menos morbilidad y tiempo de incapacidad. Hoy en día la laparoscopia avanzada es practicada para todo tipo de cirugías abdominales, aun contra el freno que algunos administradores del sistema, interfiriendo con la excusa de los costos.

El cirujano Abraham Bechara, formado en México, profundizó en la cirugía bariátrica por laparoscopia y por mucho tiempo se ha dedicado a esta práctica con reconocimiento y éxito. Por entonces, el doctor Rafael Cogollo fungió como el primer cirujano oncólogo de la ciudad, seguido por el doctor Rafael Oviedo. Así mismo, llegaron mastólogos, cirujanos de cabeza y cuello, de vías biliares y páncreas, y cirujanos cardiovasculares.

Posteriormente, en la segunda década del siglo XXI, algunos cirujanos mayores nos adiestramos en laparoscopia avanzada, estimulados por la aceleración de la innovación y la creatividad tecnológica, que ya traían algunos de los jóvenes que recién llegaron a formar parte de la historia de la cirugía en nuestro territorio.

El modelo de salud adoptado ha permitido la mayor cobertura y la posibilidad de acercarnos tecnológicamente a países más avanzados. Esperemos que la concientización de la población, los trabajadores de la salud y los responsables de la estructura organizativa para el funcionamiento del acceso a la prestación de atención en salud nos permita aprender que las cosas que hoy tenemos son una recopilación en el tiempo de los aprendizajes de muchas personas y que nada aparece por encantamiento.

Con el crecimiento de Montería en todos los sentidos, los nuevos herederos de Apolo llegan a esta acogedora y gentil ciudad contando ya ésta con subespecialistas en casi todas las áreas, y a ellos les corresponde construir su propia historia, de la que ahora son el presente.

Esta pequeña historia debe servir para que además de cirujanos habilidosos y llenos de conocimientos, seamos hombres bondadosos, cultos, éticos y honestos, que es lo que constituye al fin y al cabo el cimiento del nuestro ejercicio profesional.

Las religiones laicas del siglo XXI y la Ingeniería Social

We should think more about obstructive sleep apnea, a necessary reminder for primary care

Dr. José Luis Méndez Méndez

Médico, Psiquiatra
Montería, Córdoba, Colombia

e-mail: jolmes13@gmail.com

I. Cuando Dostoievski habló de religión y política.

En un texto, que leí por primera vez en la adolescencia y volví a repasar hace poco, Dostoievski pone a conversar a los hermanos Aliosha e Iván Karamazov que hace años no se ven. Aliosha está haciendo su noviciado en un monasterio e Iván es un racionalista desencantado de la vida. Iván le dice a Aliosha:

“¿Ves esas piedras del desierto árido y ardiente? Transfórmalas en panes y la humanidad correrá detrás de ti como un rebaño, agradecido y dócil, aunque siempre estará temblando de miedo ante la posibilidad de que retires tu mano y los dejes sin pan” (1). Previamente, cabe aclarar, ha hecho la distinción entre el “pan terrenal” y el “pan celestial. Y a continuación: “De haber aceptado ‘los panes’, habrías respondido a esa angustiosa pregunta, eterna y universal, de los hombres, lo mismo tomados de uno en uno que tomados en su conjunto: ¿Ante quién inclinarse? Para el hombre no hay preocupación más constante y penosa que la de descubrir lo antes posible, apenas alcanzada la libertad, ante quién inclinarse. Mas lo que busca el hombre es doblegarse ante algo que sea indiscutible, tan indiscutible que todos los hombres accedan a reverenciarlo con unanimidad. Pues todo el afán de estas criaturas deplorables no consiste ya en encontrar algo ante lo que tal o cual individuo pueda doblegarse, sino en dar con aquello en lo que todos crean y todos reverencien, todos a una, necesariamente. Y esa necesidad de co-munión en la sumisión constituye el mayor tormento de cada individuo, así como de la humanidad en su conjunto, desde el origen de los tiempos. Por culpa de esa sumisión colectiva, los hombres se han exterminado con la espada. Han creado a los dioses y se han desafiado, diciendo: “¡Renunciad a vuestros dioses y acudid a adorar a los nuestros, si no queréis la muerte para vosotros mismos y para los dioses vuestros!”. Y así seguirá siendo hasta el fin del mundo: incluso cuando los dioses hayan desaparecido, los hombres seguirán postrándose ante ídolos” (2).

Esta obra, última novela de Dostoievski, fue publicada en 1880 (siglo XIX), En el siglo XX Erich Fromm publica “El miedo a la libertad” (3). En el intermedio, Nietzsche, haciéndose eco de una idea que estaba en el aire, le hace decir a un loco: “Dios ha muerto, pero los hombres son de tal naturaleza que, tal vez durante milenios, habrá cuevas donde seguirá proyectándose su sombra. Y respecto a nosotros... ¡habremos de vencer también a su sombra! [...] - ¿Dónde está Dios? -, exclamó, ¡se los voy a decir! ¡Nosotros lo hemos matado, ustedes y yo! ¡Todos somos unos asesinos! ¿quién nos quitará esta sangre de las manos? ¿Qué agua podrá purificarnos? ¿Qué solemnes expiaciones, qué juegos sagrados habremos de inventar?” (4). Esta frase famosa expresa la pérdida de fe en los valores religiosos tradicionales y la creencia en un Dios personal. Tal muerte alegórica no implica, pues, el fin literal de la divinidad, asunto claramente imposible, sino la desaparición progresiva de la fe en los valores trascendentes que la religión solía proporcionar en Occidente, como lo fue en su momento la muerte de Zeus para los griegos. Si le creemos a Iñaki Domínguez (5) la muerte de Dios estaba implícita en el pensamiento de Kant y para ello trae a cuento al poeta Heine, cuando escribe: “Verdadera-mente, si los vecinos de Königsberg hubieran adivinado toda la importancia de las ideas de Kant habrían sentido por aquel hombre un temor mucho más espantado que por el verdugo, el cual, en definitiva, solo ejecuta a hombres”.

Para Nietzsche, como para Dostoyevski, lo que se abre luego es el camino a un nuevo desafío para nuestra cultura: crear nuevos valores y encontrar un significado en la vida sin la guía de la religión tradicional. Ahora el sujeto, que ya no reconoce un poder por encima de sí y que ya no acepta que del cielo provienen sus valores morales y el conocimiento, tiene la necesidad y la obligación de llenar ese vacío con lo que tiene a mano en esta tierra. Es que ahora sabe, además, que si no hay Dios no hay verdades absolutas. Y como corolario, que para conocer el fundamento de las cosas sólo cuenta

con su frágil razón. La fragilidad de la razón se refiere a que la capacidad humana para pensar y razonar puede, y suele ser afectada, por diversos factores: emociones, prejuicios, pero también por ciertas pa-tologías que afectan el cerebro. De esto saben, además de los filósofos, los psicólogos, los psiquiatras, los expertos en marketing... y los políticos. Y así se entiende que por esta vía muchos demagogos, que conocen bien la condición humana, se hayan inventado religiones políticas que nos prometen el cielo en la tierra y el infierno para los réprobos.

II. La religión comunista.

El mecanismo que utilizan los políticos, de derecha y de izquierda, para doblegar toda una comunidad fue ejemplarmente desarrollado por George Orwell en su novela alegórica "Rebelión en la granja". El prefiere hablar de humanos y cerdos allí donde la iglesia católica habla de pastores y ovejas. Escrita en 1945, al final de la segunda guerra mundial, el trasfondo es el comunismo y la "dictadura del proletariado", que ideó Lenin y desarrolló Stalin. El libreto resumido es el siguiente: la granja Manor (Rusia), del señor Jones (el zar Nicolás II), hombre vicioso, está descuidada, así que una noche el cerdo Ma-yor (Marx o Lenin) les habla a los animales sobre la explotación a que están siendo sometidos, allí es-tán caballos (trabajadores de las fábricas), perros (la policía), ovejas y gallinas (los campesinos anal-fabetos) y el burro (los intelectuales):

"Ahora, camaradas, ¿cuáles son las características de nuestra existencia? No nos engañe-mos: nuestras vidas son miserables, penosas y breves. Nacemos, nos dan la comida justa pa-ra que sigamos respirando y, aquellos de nosotros que podemos hacerlo, somos obligados a trabajar hasta agotar el último átomo de nuestras fuerzas. Y en el preciso instante en el que de-jamos de ser útiles, somos sacrificados con una crueldad espantosa. No hay animal en Inglaterra que conozca la felicidad ni el tiempo de asueto una vez cumplido el primer año. No hay ni un solo animal libre en Inglaterra. La vida del animal no es más que miseria y esclavitud: esa es la pura verdad" (6).

Y los invita a rebelarse:

"No sé cuándo llegará esa rebelión, podría tardar una semana o cien años, pero lo que sí sé, con la misma claridad con la que veo la paja que tengo bajo las patas, es que tarde o temprano se hará justicia" (7).

A continuación, el Mayor muere, los animales se rebelan y expulsan al señor Jones, por la fuerza, de la granja. Previamente, los cerdos aprendieron a leer y a escribir y habían dictado unas normas de conducta o mandamientos: "Todo lo que camina sobre dos pies es un enemigo", "Todo lo que camina sobre cuatro patas es amigo", "Ningún animal usará ropa", "Ningún animal dormirá en una cama", "Ningún animal beberá alcohol", "Ningún animal matará a otro animal", "Todos los animales son igua-les". Después, comenzaron a destruir todo aquello que recordara su época de esclavitud y cambiaron el nombre de la granja por "Granja Animal". Y se pusieron a trabajar todos, menos los cerdos que por ser los más listos eran la élite y los encargados de ordenar los domingos el trabajo de la semana. Los líderes eran Napoleón (Stalin) y Bola de Nieve (Trotsky).

Poco después, el granjero Jones en compañía de sus ayudantes y otros granjeros, intenta recuperar su granja, pero no puede porque Napoleón y Bola de Nieve se han preparado para el ataque. Ambos son condecorados por la valentía que mostraron en la batalla. Mas no tarda en surgir conflictos entre Napoleón y Bola de Nieve por el poder en la Granja. Bola de Nieve propone construir un molino de viento para darle energía a la granja y expone a los demás animales su plan. A los pocos días, Napo-león reunió a todos los animales y hace que los perros persigan a Bola de Nieve, quien logra escapar a otra granja, de modo que Napoleón se convierte en dictador apoyado por sus perros. De igual forma, los perros comenzaron a coger a animales sospechosos de ser del bando del fugitivo, para que con-fesaran que estaban siendo cómplices de Bola de Nieve, y una vez que lo hacían, los perros les reba-naban el pescuezo.

Con el tiempo los cerdos se empiezan a comportar cada vez más como humanos; por ejemplo, duermen en camas. Napoleón es, por supuesto, el que más abusa y quien se queda con lo mejor. Para justificarlo, los cerdos empiezan a cambiar las reglas en forma tramposa.

Cuando el molino se cae la culpa se le echa a Bola de Nieve. Y las cosas empiezan a ir de mal en peor, el clima es malo, los animales tienen frío, no hay suficiente comida. Napoleón, que dado el des-contento cada vez abusa más, prohíbe cantar el Himno Animal porque actualmente suena a rebeldía, y no hay motivo para ésta, por cuanto ya vencieron a sus

enemigos, los humanos.

Luego, una nueva amenaza se cierne sobre los cerdos. Un granjero vecino, Frederick (Hitler), hombre rudo y astuto, amenaza con quedarse con la Granja; al principio parece conciliar con Napoleón, pero finalmente ataca y tras una cruenta lucha que involucra a otras granjas aliadas, los cerdos consiguen expulsarlo. A continuación, se acuerda que la Granja será una república y sólo se presenta Napoleón como candidato. Los años pasan y ahora Napoleón, aferrado al poder, ya usa un látigo para controlar a los animales. Los 7 mandamientos del cerdo Mayor fueron borrados, de "¡Cuatro patas bueno, dos patas malo!" se ha pasado a "¡Cuatro patas bueno, dos patas mejor!", y sólo queda el último, pero cambiado: "Todos los animales son iguales, pero algunos animales son más iguales que otros".

Ahora los humanos visitan la Granja, y los cerdos beben con los humanos porque se sienten superiores al resto de los animales. Napoleón viste *"abrigo negro, pantalones de montar de color canela y po-lainas de piel, mientras su cerda favorita llevaba el vestido de muaré que la señora Jones solía poner-se los domingos"* (8). La novela termina con este párrafo: *"Las criaturas que observaban desde fuera alternaban la mirada del cerdo al hombre y del hombre al cerdo y del cerdo al hombre de nuevo, pero ya les resultaba imposible distinguir quién era cuál"* (9).

Conviene recordar que Orwell fue trotskista y conocía lo que pasaba en Rusia; por supuesto, el libro generó críticas encendidas en su momento por parte de la izquierda, aunque el tiempo se encargó de mostrar que estaba en lo cierto. Stalin, por su parte, fue merecedor de un poema laudatorio por parte del poeta Pablo Neruda (10).

Posteriormente, en su libro "1984", clasificado como literatura fantástica y como distopía, Orwell le ha-ce decir a uno de sus personajes:

"¿Empiezas a darte cuenta, entonces, del tipo de mundo que estamos creando? Es exacta-mente lo contrario a las estúpidas utopías hedonistas que imaginaron los viejos reformistas. Un mundo de miedo, traición y tormento, un mundo en el que se pisotea y uno es pisoteado, un mundo que se volverá no menos, sino más despiadado a medida que se vaya perfeccionando. El progreso en nuestro mundo será el progreso hacia un mayor dolor. Las viejas civilizaciones proclamaban que se fundaban en el amor y la justicia. La nuestra se funda en el odio. En nues-tro mundo no habrá emociones a excepción del miedo, la rabia, el triunfo y la autodegradación. Todo lo demás lo destruiremos; todo. Ya estamos acabando con los hábitos de pensamiento que han sobrevivido desde antes de la Revolución. Hemos cortado los lazos entre padres e hi-jos, y entre un hombre y otro, y entre el hombre y la mujer. Nadie se atreve ya a confiar en su esposa ni en sus hijos ni en un amigo. Pero en el futuro no habrá esposas ni tampoco amigos. Los niños les serán arrebatados a las madres al nacer, igual que se recogen los huevos que pone una gallina. El instinto sexual será erradicado. La procreación será una formalidad anual igual que la renovación de la cartilla de racionamiento. Aboliremos el orgasmo. Nuestros neuró-logos ya están trabajando en ello. No existirá más lealtad que la lealtad al Partido. No habrá más amor que el amor al Gran Hermano" (11).

Una "pesadilla con aire acondicionado" (12) donde el oprimido besa agradecido la mano del opresor. Dictadura sutil tanto más efectiva cuanto mayor grado de satisfacción produce en el ciudadano. El sueño de todo gobernante hecho realidad.

La receta de Lenin en mano de los demagogos.

Es difícil separar en los fenómenos sociales lo que pertenece a la Política y a la Religión, como bien lo analiza Alejandro Nieto García (13). La Iglesia cató-lica, supuestamente apolítica, conserva aún hoy un fondo de naturaleza política, y los partidos políticos, presuntamente laicos, rezuman en sus maneras una clara tradición religiosa. No es gratuito que la catedral, la gobernación y la alcaldía compartan el mismo espacio, al menos los de tradición española.

Partamos de la premisa de que la mayoría de la población tiene como prioridad ganarse la vida para gestionar los retos que supone vivir y criar a una familia, y no tienen tiempo para pensar en asuntos que no los afectan directamente o de manera amenazante. Por tanto, la mayoría se arrima en materia política a otros que piensen por ellos y cuyas opiniones adoptarán basado en su fe y la confianza de que harán por ellos lo mejor (14). Dicho de manera simple, en política la gente no decide por sí quiénes serán sus líderes.

Lo que sigue es la receta de Lenin, como la aplican los dictadores al día de hoy:

1. La estructura

En el centro se encuentra el profeta o fundador, que alumbra una fe nueva: Jesucristo, por un lado, y en el otro un mesías tipo Donald Trump o Gustavo Petro, líder mundial de la “etnia cósmica”, de la paz y del cambio climático. En el primer círculo están los apóstoles que desde siempre han sido incondicionales del profeta y ahora propagan sus ideas. Benedetti es el discípulo amado, hay uno o varios Judas (¿Álvaro Leyva, Nicolás Petro?). Hay un segundo círculo, compuesto por sus asesores más cercanos (Laura Sarabia, Gustavo Bolívar), un tercer círculo (ministros, viejos militantes del M19) y probablemente un cuarto o más círculos. Hoy están a la búsqueda de quien haga, a futuro, las veces de San Pablo.

Conflictos surgen cuando, ya consolidado el núcleo principal, el profeta tiene que lidiar con cardenales, obispos y sacerdotes. La historia de las organizaciones políticas es entonces la historia de estas relaciones subterráneas, fluidas, conflictivas, cambiantes, que cuando salen a la luz suelen tomar la forma de un escándalo. Nieto (15), anota:

“el análisis de las relaciones, manifiestas o soterradas, entre todos estos polos es una de las vertientes más apasionantes de su conocimiento [...]. La organización queda en consecuencia desdoblada en dos niveles cuando menos: el formal de la superficie y el real del subsuelo, que suele ser el más operativo” [...]. ¿Quiénes actúan a la luz y quiénes en oscuros despachos, quizás desconocidos por los no iniciados? Para conocer los verdaderos ejes de una organización no basta la lectura de sus constituciones y reglamentos, sino que hace falta disponer de informaciones que no están al alcance de cualquiera puesto que no suele haber interés ni coraje para romper la reserva que por naturaleza las rodea”.

Fuera ya del “aparato profesionalizado” (16) están los simples militantes, prosélitos, que Ortega y Gasset llamaba “la masa” y Petro “el pueblo”.

2. Las tácticas

Las tácticas que siguen las democracias iliberales son simples: la psicología de masas y la fuerza.

2.1. Para cohesionar al grupo toca imaginar un enemigo, “el enemigo del pueblo”. Allí caben congresistas, banqueros, empresarios, profesionales de todas las ramas, especialmente los educados en países occidentales, y un largo etcétera. Al enemigo se le estigmatiza con muchos rótulos: “oligarcas, burgueses, nazis, fascistas, hijos de las peores madres”, dependiendo del marco del discurso. A ellos hay que declararles la guerra a muerte, como hizo Bolívar con los españoles, lo que explica que Petro se haga acompañar y exhiba la bandera que Bolívar usó durante la Campaña Admirable (17).

2.2. Manipulación de la historia.

Aquí se trata de crear héroes, víctimas, mártires. Petro en España, haciéndose eco de la leyenda negra española, los tildó de ladrones y esclavistas; en un discurso de 2024 dijo que Turbay había pretendido convertirse en dictador y que luego se descubrió que era una de los grandes capos del narcotráfico; en otro discurso dijo que el M-19 fue la fuerza mayoritaria en la Asamblea Nacional Constituyente de 1991. Orwell ya había anotado (18) “los todopoderosos no sólo se apropian del futuro, también del pasado”.

2.3. Otra táctica consiste en aplicar un doble rasero, la “doble moral”, para los mismos hechos. Se simpatiza con Palestina, pero se hace un silencio sobre el drama de Ucrania (19). Se debe ser implacable con los delincuentes si se trata de los otros, pero si es de los nuestros siempre hay circunstancias atenuantes. No de otra manera se explica que Petro se exhiba en la tarima con reconocidos delincuentes o que pida que excarcelen los presos de la “primera línea” que habían delinquido durante el “estallido social” de abril de 2021.

2.4. Una más es camuflar contenidos ideológicos en el curriculum escolar, con la complicidad de sindicatos de profesores.

2.5. La movilización callejera, un mecanismo de psicología de masas, es una estrategia que los profetas de hoy

copiaron de las procesiones religiosas de antaño. Disuelto el sujeto en la masa es capaz de creer y de hacer, al servicio del líder, actos vergonzosos que individualmente no haría.

Hoy los actos multitudinarios en la plaza pública son verdaderas obras de arte en manos de agitadores profesionales: allí, megáfono en mano y en medio de himnos y banderas, se conmemoran fechas o se agita al “pueblo elegido”. Basta mirar a Petro en una manifestación reciente, con las manos enguantadas mostrando, como quien muestra un cáliz, la espada de Bolívar (20). Allí se aprecia a sus adláteres, arrobados, con mirada de futuro de cara al pueblo. Todo allí está fríamente calculado: *“La escena, la indumentaria, la luz, la música, la coreografía: un envoltorio fascinante que contiene un discurso ininteligible cuando no simplemente inaudible. ¿Qué significan las palabras y el argumento en la representación de un ballet o de una misa cantada...?”* (21). El político no habla, en el mejor de los casos recita lo que le indican los expertos o recurre a la faramalla cantinflesca para hablar de “etnia cósmica” o de “un cerebro planetario con humanos libres”, y en el peor, recurre a un franco discurso de odio, polarizador, en contra de personas y otros poderes (Congreso, Justicia, Banco de la República, Consejo Nacional Electoral) cuando se oponen a sus deseos (¿órdenes?).

2.6. Los gestos. Un gesto vale más que mil palabras, de ahí el derribo de estatuas, el cambio en los símbolos patrios o el nombre mismo de la república. No es casual el uso por parte del presidente de un lenguaje chabacano que podría envidiar una verdulera, el no usar corbata en actos protocolarios o asistir a una parada militar vestido de “guayabera”. Se trata de parecerse en lengua y modales a Moisés conduciendo al pueblo elegido.

2.7. La conformación de grupos de confrontación. A propósito de lo que la prensa calificó como “tarimazo”, el evento realizado por Petro en Medellín, donde se exhibió con nueve cabecillas de bandas criminales sacados expresamente de las cárceles, coincido con comentarios que anotan que no fue sólo una afrenta para los paisas sino un ataque en regla al Estado Social de Derecho. En el fondo se trata de instrumentalizarlos para la conformación de grupos de choque como ocurrió en Venezuela, y explica por qué Petro prescindió de la Dra. Angela María Buitrago, su ministra de justicia, para reemplazarla por Eduardo Montealegre. En Colombia aún no existe algo parecido a las Milicias Bolivarianas, pero estos actos y la insistencia en traer misiones de cubanos apuntan en ese sentido (no hay que olvidar la Guardia Roja en Rusia, los Camisas Pardas en la Alemania nazi, la Milicia Voluntaria para la Seguridad Nacional (MVSN) en la Italia fascista, los Colectivos en Venezuela). El ataque a los médicos colombianos para abonar el terreno a la posibilidad de traer médicos cubanos tampoco es gratuito.

2.8. La cooptación de otros poderes. Para que todo ello sea posible el profeta sabe que tiene que tener en su bolsillo los otros poderes que había propuesto Montesquieu y que forman parte de la esencia de la democracia: el legislativo y el judicial. Al que luego se sumó un cuarto, la prensa, y un quinto, la World Wide Web (La Web) o red informática mundial que funciona a través de internet.

Todas estas tácticas, y hay más, son viejas conocidas de las religiones (no está de más recordar que el Papa es el jefe del Estado de la Ciudad del Vaticano). Y el paralelo hoy puede mirarse con lupa al estudiar cómo funciona la teocracia de Irán. El libreto lo conocía la Grecia clásica, y probablemente viene de mucho atrás. Los avances tecnológicos, con la imprenta a la cabeza, no han hecho más que refinarlo. Nihil sub sole novum, “nada hay nuevo bajo el sol”.

3. La estrategia.

A estas alturas está claro que lo que se busca es acceder al poder e instalarse en él todo lo más que se pueda (Castro gobernó Cuba por casi 50 años y hoy lo hacen sus seguidores). En el plano de las ideas eso implica la anulación de la razón individual para sustituirla por la razón colectiva ideologizada. En religión ello supone aceptar los dogmas de fe, es decir, de manera acrítica. Ejemplos, Jesús el Dios encarnado, después de la muerte el Cielo o el Infierno, etc. En política ideas tales como que mediante la dictadura del proletariado todos los hombres serán iguales, si desaparece el capitalismo desaparecerán los pobres, en las democracias los hombres dirigirán sus destinos.

Lo que la doctrina busca mediante la propaganda es, no sólo que los sujetos renuncien a su capacidad crítica, sino que han de amar y odiar a quien indique el profeta. Dicho en otras palabras, aquí no se apunta a la inteligencia sino a la emoción. Los fieles, antes víctimas de los malvados, ahora no sólo son superiores, sino que deben traer al redil a las ovejas descarriadas mediante la persuasión o la fuerza.

El súbdito está atrapado entre la ideología (el lavado de cerebro) y el miedo. Aun cuando en su contra siempre puede imponerse la violencia, suele ser más eficaz la simple amenaza de un mal no violento que no implica medidas policivas, como la discriminación, la marginación laboral, las listas negras, los escraches (22). Y frente a esto no quedan más que dos caminos, o la emigración física o la emigración interior: morderse la lengua (23). En los regímenes totalitarios todos se vigilan entre sí.

III. La religión “Woke”, “progresista”

*“¡Estamos en guerra! Pero tranquilos, es cultural”
Juan Soto Ivars (24).*

¿A qué se debió la victoria aplastante de Trump en las elecciones de 2024? Una respuesta simple: porque se opuso a la agenda progresista que había logrado importantes avances con el apoyo de gobiernos demócratas, pero que por sus excesos igualmente generó notable resistencia en un país profundamente conservador. Así, Trump defendió que su administración solo reconocía dos géneros y que las personas transgénero no podían competir en deportes femeninos. Y enfiló batería contra la universidad de Harvard por cohonestar el wokismo.

La palabra “woke”, que significa “alerta” o “consciente”, se usó en la década de 1930 para describir la necesidad de estar atento ante el racismo y la opresión. Se intensificó a partir de 2013 con el movimiento “Black Lives Matter (BLM)”, “las vidas negras importan”, cuando afroamericanos fueron asesinados por la policía. A partir de ahí, académicos universitarios acuñan el término “interseccionalidad” para sostener que todas las injusticias están conectadas, y que las distintas clases de opresión (racismo, colorismo, adultocentrismo, sexismo, capacitismo, homofobia, transfobia, xenofobia y demás prejuicios) no actúan de manera independiente, sino que están interrelacionadas. Por tanto, hoy bajo el paraguas “woke” se refugian movimientos en defensa de los derechos LGBTQ+, la equidad de género y el feminismo, la justicia social, el cambio climático, y muchos otros. Parecieran tener por lema: “bienaventuradas las víctimas” (25). Pero, algo va de luchar por la justicia a convertirse uno en justiciero.

Braunstein (26), profesor de Filosofía en una Universidad de París, se tomó el trabajo de analizar el wokismo, la primera religión nacida en universidades estadounidenses y de ahí propagada al resto del mundo occidental. Sus adeptos, “progres”, son fanáticos entusiastas de una nueva visión del hombre y del mundo, que, como veremos, poco o nada tiene que ver con el sentido común.

Dogmas:

1. La “teoría de género” sostiene que el sexo y el cuerpo no tienen relevancia, y que lo único que importa es la conciencia de ser hombre, mujer o cualquier otra identidad de género (van entre 27 y 37). Los sexos se construyen arbitrariamente al nacer. Son los padres los culpables de asignarnos este rol, no la biología. Sobre la base de esta teoría se enseña a los niños, a una edad cada vez más temprana, que depende de ellos elegir su sexo y que es posible que les hayan asignado el cuerpo equivocado. En consecuencia, los diagnósticos de disforia de género se han disparado en nuestra cultura. Se trata de adolescentes que creen que este diagnóstico es la razón de su malestar púber. Si, como en el pasado, se tratara de adultos no habría nada que objetar. Aquí la biología desaparece para ser reemplazada por la ideología y tal desatino se trata de imponer como una verdad indiscutible.

Suenan entonces resonancias del viejo gnosticismo (siglos I y IV d.C) que veía el cuerpo como una cárcel o un obstáculo para la liberación espiritual, y la gnosis como el conocimiento que permite la ascensión y la reunificación con lo divino

2. La “teoría crítica de la raza” postula que todos los blancos son inherentemente racistas y que el racismo es una estructura de poder que solo puede ser ejercida por aquellos en posiciones de poder (es decir, los blancos), y no por aquellos que son oprimidos (las personas racializadas). No se centra en el racismo individual, sino en cómo las estructuras raciales están arraigadas en la sociedad y perpetúan la desigualdad. Los 'racializados' son víctimas eternas, y los blancos, como si de un pecado original se tratara, racistas desde la cuna y sin atenuantes.
3. La tercera teoría es la “epistemología del punto de vista” (Stand Point Theory), también conocida como

teoría del punto de vista feminista, menos conocida y quizá más nociva. Propone que el co-nocimiento y la comprensión de la realidad social están influidos por la posición social y las experiencias de cada individuo. En otras palabras, diferentes grupos sociales, con diferentes experiencias y posiciones de poder, tendrán diferentes perspectivas y conocimientos sobre el mundo, de modo que todas las perspectivas son igualmente válidas, independientemente de su base empírica, objetiva. Como corolario, ya que la ciencia en Occidente ha sido obra del varón blanco, occidental, heterosexual, la biología se rechaza por machista y patriarcal, por cuanto que establece que solo hay dos sexos en la especie humana, macho y hembra. De igual modo, las matemáticas son esclavistas y colonialistas, porque fueron utilizadas por los propietarios de esclavos. La "ciencia occidental" debe ser reemplazada por la "ciencia woke", el "saber indígena" o el "saber de los dominados", pasando por alto el hecho fácilmente demostrable de que siempre ha existido un diálogo entre los saberes de distintas culturas. La ciencia ahora deja de ser una búsqueda de la verdad, para subyugarse a la política. La controversia radica en si la integración de la justicia social y la perspectiva de género en la ciencia es compatible con la búsqueda de la objetividad científica, o si, al politizarse la ciencia se afecta su credibilidad.

El movimiento woke también incorpora rituales y prácticas que refuerzan sus dogmas y crean un sentido de comunidad entre sus seguidores. Braunstein (27) da varios ejemplos:

- Rituales de contrición: los seguidores del movimiento woke han participado en rituales de contrición, como mostrar a blancos arrodillados mientras les lavan los pies a personas negras en reuniones multitudinarias, tal como lo hace el Papa el Jueves Santo. Estos actos simbólicos buscan expiar la culpa colectiva de los blancos y reafirmar el compromiso con la lucha antirracista.
- Cultura de la cancelación: La cultura de la cancelación es otro ritual importante. Esta práctica consiste en retirar el apoyo (moral, financiero, digital e incluso social), a aquellas personas u organizaciones que se consideran inaceptables, como consecuencia de comentarios o acciones que se asumen ofensivas o contrarias a los dogmas woke. También sirve para excomulgar de la comunidad a los miembros críticos ahora considerados "herejes".

La estructura aquí es casi clerical, con líderes y figuras prominentes que actúan como "sacerdotes" de la ideología, responsables de interpretar y difundir las doctrinas, consideradas incuestionables, como la infalibilidad del Papa cuando habla "ex cathedra" sobre asuntos de fe o moral. Por ejemplo:

- Los académicos y activistas prominentes, defensores de la teoría crítica de la raza y la teoría de género, guían a la comunidad en la lucha contra las injusticias sociales, y sus escritos y discursos son reverenciados y seguidos acríticamente.
- Algunas universidades y otras instituciones educativas son bastiones de la ortodoxia woke. Es lo que explica que Trump haya atacado en primer lugar a la Universidad de Harvard, cabeza de la llamada "Ivy League", el grupo de ocho universidades privadas de élite, famosas por su excelencia académica.
- En la misma línea se sitúan la creación de "espacios seguros", donde no se admite la libertad de expresión de cara a temas que puedan herir susceptibilidades, y las "advertencias de contenido sensible" (trigger warnings) como las que se ponen en la TV antes de una película que contenga sexo o violencia explícitos. Se trata de proteger a los estudiantes de cualquier idea que pueda ser considerada ofensiva o contraria a los dogmas woke.
- Para no herir susceptibilidades, para evitar "microagresiones", el lenguaje debe ser comedido e inclusivo de ahí el uso de nuevos pronombres, v. gr., "elles" en lugar de "ellos", y eufemismos como "persona de talla baja" para referirse al enano, "habitante de calle" para el indigente, "adulto mayor" para el viejo y un largo etcétera (28). ¿Y qué tal la prestigiosa revista británica The Lancet hablando de las mujeres como "cuerpos con vaginas", para congraciarse con los transgéneros? (29)

Cómo esto se traduce en la realidad académica, está condensado en un párrafo de la carta que 150 intelectuales dirigieron al Harpers Magazine

"Hay editores despedidos por publicar piezas controvertidas; libros retirados por supuesta poca autenticidad; periodistas vetados para escribir sobre ciertos asuntos; profesores investigados por citar determinados trabajos

de literatura; investigadores despedidos por difundir un estudio académico revisado por otros profesionales; jefes de organizaciones expulsados por lo que a veces son simples torpezas. Cualesquiera que sean los argumentos que rodean a cada incidente en particular, el resultado ha consistido en estrechar constantemente los límites de lo que se puede decir sin amenaza de represalias. Ya estamos pagando el precio con una mayor aversión al riesgo por parte de escritores, artistas y periodistas, que temen por sus medios de vida si se apartan del consenso, o incluso si no están de acuerdo con el suficiente celo” (30).

Carta que fue seguida después por otra de importantes intelectuales hispanoamericanos, entre ellos Mario Vargas-Llosa, donde, tras lamentar *“la censura, la cancelación y el rechazo del pensamiento libre, independiente, y ajeno a una corrección política intransigente”*, advierten:

“La conformidad ideológica que trata de imponer la nueva radicalidad –que tanto parecido tiene con la censura supersticiosa o de la extrema derecha- tiene un fundamento antidemocrático e implica una actitud de supremacismo moral que creemos inapropiada y contraria a los postulados de cualquier ideología que se reclame “de la justicia y del progreso” (31).

No es la primera vez que Occidente se enfrenta a una guerra cultural. La anterior a las actuales duró mil años y la rebelión fue liderada por Kant, *“la Ilustración es la salida del hombre de su autoculpable minoría de edad [...] ¡Sapere aude! ¡Ten valor de servirse de tu propio entendimiento!”* (32). La minoría de edad significa la incapacidad de pensar por sí mismo. Nietzsche, el pregonero de la muerte de Dios, la llamaba la edad del Camello. ¿Cuántos siglos habrán de pasar antes de que la humanidad se transforme ahora en León y luego en Águila? (33).

IV. La religión democrática

*“Donde está la libertad, ahí está mi patria”
Anthony Pagden (34)*

La democracia liberal es lo que más se parece a una religión laica. Quienes la profesamos desconfiamos profundamente del pastor. Por tanto, exigimos que se cambie cada cuatro años puesto que sabemos por la historia que el poder corrompe y, en la misma línea, buscamos que los poderes sean independientes entre sí para que cada uno vigile y controle los excesos de los demás. En esta iglesia podemos alzar la voz, reunirnos cuando nos plazca, debatimos a más no poder, la doctrina la acordamos entre todos y por principio intentamos tolerar aquellas opiniones que no compartimos, porque entendemos que no somos iguales sino plurales. El pluralismo acepta la realidad moral de diferentes tipos de verdad, pero rechaza la idea de que todas tengan el mismo valor y puedan situarse en un mismo nivel. Está claro que tenemos diferencias de raza, sexo, inteligencia, etc. En resumen, amamos la libertad. Detestamos las revoluciones y los adanismos y amamos las evoluciones. Intentamos ser solidarios, ciudadanos respetuosos de la ley y de los disidentes. Creemos que podemos aspirar a tener igualdad de oportunidad frente a la ley, la justicia y la educación. Aunque así no sea, sabemos que la democracia, aunque imperfecta, es perfectible. ¿Las elecciones? Son lo de menos, porque algunos votamos a conciencia mientras la mayoría vende su alma al mejor postor. Así es la naturaleza humana. Y todo esto lo aprendimos de los genios de las Luces. Porque olvidamos sus lecciones, los idiotas nos hicieron pasar por dos guerras mundiales y, por lo mismo, el mundo aún sigue en sus manos. Pero ahí vamos, temulentos, intentando salir de la oscura cueva que describió Platón, armados con las pocas luces que obtenemos de la razón. Procurando ser, hasta donde se pueda, razonables.

En un texto de historia leemos:

“Antes, nuestras diferencias no representaban más que una amenaza. Nuestro mundo actual sigue dividido en naciones que parecen decididas a no llevarse bien, pero la idea de que deberíamos estar en armonía, de que una sociedad ideal es aquella en la que todos los seres humanos son iguales, es un producto de la Ilustración. Para ser progresista, ser culto, ser racional y ser liberal, todas estas cualidades se consideran deseables en una persona y llegarán a serlo como resultado de la Ilustración. Ser cosmopolita y considerarse ciudadano del mundo y no de su rincón específico fue fomentado por filósofos de la Ilustración que querían ver el mundo unido bajo una forma de vida común regida únicamente por la razón y la racionalidad. Hablando en general, los filósofos

de la Ilustración creían que con sólo unas pocas leyes civiles y códigos morales simples que son en sí mismos inherentes, cada miembro de la raza humana formaría parte de una nación global ilustrada” (35).

Claramente, el proyecto ilustrado, que dio entre otro de sus frutos la democracia moderna, sigue vigente. Y hay que retomarlo y defenderlo. Para eso están, lo dice Morris Berman (36), los “monjes”:

“Cuando hablo de una nueva clase contemporánea de monjes, no lo hago, por supuesto, literal-mente. No hablo de ascetismo ni de práctica religiosa, ni mucho menos de organización en órdenes monásticas. Pero sí hablo de renuncia. El “monje” de hoy está decidido a resistirse a los giros y las exageraciones del orden mundial corporativo global; conoce la diferencia entre la realidad y los parques temáticos, la integridad y la promoción comercial. Considera Starbucks una triste réplica de plástico de la cafetería arenosa (o bohemia) de antaño. No tiene nada que ver con la “sabiduría” de moda de la Nueva Era y, en su lugar, busca orientación sobre la condición humana en Flaubert o Virginia Woolf, en lugar de en el último gurú vomitado por los medios de comunicación o la contracultura. Los ordenadores e Internet son, para una persona así, herramientas útiles, no un modo de vida, y entiende que tanto el partido Republicano como el Demócrata representan intereses corporativos, más que una auténtica democracia. No tiene ningún problema en que la tachen de elitista, porque está de acuerdo con Garrison Keillor en que “lo que es realmente presumido es sacar basura comercial para un público del que tú mismo te sientes superior”. El nuevo monje es un humanista sagrado/secular, dedicado no a los eslóganes ni a la jerga de moda del posmodernismo, sino a los valores de la Ilustración que yacen en el corazón de nuestra civilización: la búsqueda desinteresada de la verdad, el cultivo del arte, el compromiso con el pensamiento crítico, entre otros. Sobre todo, conoce la diferencia entre calidad y cursilería, y trata de preservar la primera frente a una cultura que se ahoga en la segunda. Si es profesora de instituto, hace que su clase lea la Odisea, a pesar de que la mitad de los profesores del centro han asignado a Danielle Steel. Si es escritor, escribe para la posteridad, no para las listas de best-sellers. Como madre, lleva a sus hijos de acampada o a museos de arte, no a Pocahontas. Elige, en definitiva, salvar su vida mediante la opción monástica”.

La Ilustración sigue siendo una tarea pendiente para la humanidad. Quehacer que tomará siglos, si es que alguna vez conseguimos ser genuinamente Homo Sapiens. Democracia, en vos confío.

Coda uno.

“La Ilustración lucha contra todo tipo de dogmas que de alguna manera maniatan y contribuyen a perder la libertad y el buen juicio. Al mismo tiempo, la Ilustración pone el foco en la importancia de las instituciones que necesita todo país y toda comunidad para sobrevivir, enfatizando que los progresos civilizatorios de los seres humanos se mantienen por las instituciones” (37).

Coda dos

“La razón es, respecto al filósofo lo que la gracia es en relación con el cristiano [...]. Los demás hombres son presa de sus pasiones, sin que las acciones que ejecutan sean precedidas de la reflexión: son hombres que caminan entre tinieblas; mientras que el filósofo en sus propias pasiones no actúa sino después de la reflexión; camina en la noche, pero precedido de una luz”.

“No persigue el imposible honor de destruir las pasiones, porque esto es inviable; sin embargo, trabaja para no ser tiranizado, para sacarles provecho, y hacer de ellas un uso razonable, ya que esto sí es posible, y la razón se lo ordena” (38)

Bibliografías

1. Nietzsche Los hermanos Karamazov. Alianza Editorial, España, 2011

2. Nietzsche, F. Op. Cit.

3. Fromm, E, El miedo a la libertad. Ediciones Paidós, España, 2004

4. Nietzsche, F. La gaya ciencia. Editorial EDAF, España, 2011

5. Domínguez, I. Homo relativus: del iluminismo a matrix. Una historia del relativismo moderno. Ediciones Akal, España, 2021

6. Orwell, G. Rebelión en la granja. Editorial Debolsillo. España, 2013

7. Orwell, G. Op. Cit.

8. Orwell, G. Op. Cit.
9. Orwell, G. Op. Cit.
10. Neruda, P. Oda a Stalin. <https://www.infobae.com/leamos/2023/03/05/el-poema-que-neruda-le-dedico-a-stalin/>
11. Orwell, G. 1984. Editorial Debolsillo, España, 2013
12. Lundwall, S. Historia de la ciencia ficción. Editorial Plaza & Janés, España, 1975
13. Nieto Garcia, A. La política como religión y la religión como política. https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-M-2016-10017300190
14. Darley La fórmula de Lenin para establecer la agenda
15. Nieto Garcia, A. Op. Cit.
16. Nieto Garcia, A. Op. Cit.
17. Presidente Petro entrega la espada de Bolívar al pueblo y llama a transformar la historia apoyando la consulta popular. <https://www.presidencia.gov.co/prensa/Paginas/Presidente-Petro-entrega-la-espada-de-Bolivar-al-pueblo-y-llama-a-transformar-la-historia-apoyando-la-consulta-250501.aspx>
18. Churchill y Orwell
19. Uriarte, E. Desmontando el progresismo. La izquierda en sus cavernas. Gota a gota ediciones, España, 2012
20. Presidente Petro, Op. Cit.
21. Nieto Garcia, A. Op. Cit.
22. Domingo, C. Cancelado, Editorial Círculo de Tiza, 2023
23. Villanueva, D. Morderse la lengua. Editorial Booket, 2022
24. Ivars, J.S. La trinchera de las letras. La batalla cultural contra la libertad y el conocimiento. Ediciones Nobel, España, 2024
25. Patrick Eha, B. Los nuevos puritanos. <https://letraslibres.com/revista/los-nuevos-puritanos/>
26. Braunstein, J. La religión Woke. Anatomía del movimiento irracional e identitario que está poniendo en jaque a Occidente. Editorial La Esfera de los Libros, S.L. 2024
27. Braunstein, J. Op.Cit.
28. Alcaldía Mayor de Bogotá. Claudia Nayibe López Hernández, Alcaldesa. Guía de lenguaje claro e incluyente: mirada poblacional-diferencial y de género. <https://www.sdp.gov.co/>
29. Dias, E. The Lancet se disculpó por la frase "cuerpos con vagina". Revista Cambio16, <https://www.cambio16.com/the-lancet-trata-de-ser-inclusivo-pero-termina-denigrando-y-marginando-a-las-mujeres/>
30. A Letter on Justice and Open Debate. <https://harpers.org/a-letter-on-justice-and-open-debate/> Hay versión en español: (30) <https://museo-etnografico.com/pdf/puntodefuga/201014harpers.pdf>
31. Vargas Llosa, Savater y otras personalidades de la cultura se unieron al Manifiesto Harpers's contra la censura y a favor del debate. <https://www.infobae.com/cultura/2020/07/21/vargas-llosa-savater-y-otras-personalidades-de-la-cultura-se-unieron-al-manifiesto-harpers-contra-le-censura-y-a-favor-del-debate/>
32. Bello Reguera, E. La Aventura de la Razón: El Pensamiento Ilustrado Ediciones Akal, España, 1997
33. Méndez, JI. La vida y sus azares: Una perspectiva filosófica y bioética. Academia Nacional de Medicina, Rev. Medicina, Vol 46 No 4
34. Pageden, A. La ilustración. Y por qué sigue siendo tan importante para nosotros. Alianza Editorial, 2015
35. Hourly History (Author) The Age of Enlightenment: A History From Beginning to End. 2017
36. Berman, M. El crepúsculo de la Cultura Americana. Editorial Sexto Piso, 2013
37. Jáuregui, P. Los ilustrados lucharían hoy con todas sus fuerzas contra la 'posverdad'. Entrevista con Carmen Iglesias. <https://www.fbbva.es/noticias/los-ilustrados-lucharian-hoy-todas-fuerzas-la-posverdad/>
38. Diderot, D'Alambert. Selección de artículos políticos de la Enciclopedia. Ediciones Altaya, España, 1995

A LOS COLABORADORES

La revista MEDICINA, de la Universidad del Sinú - Elías Bechara Zainúm-, es una publicación semestral sometida a arbitraje abierto por pares, que contiene notas editoriales, artículos originales y trabajos de investigación, revisión de temas, artículos de reflexión, presentación de casos clínicos o quirúrgicos, comunicaciones breves, crónicas culturales y cartas al editor. Los autores deben declarar si tienen o no conflictos de interés. El manuscrito se envía a dos (2) revisores y en caso de que haya divergencia de opiniones, se enviará a un tercer revisor.

Los artículos originales y trabajos de investigación incluyen los estudios inéditos que sean de interés para los lectores de la revista MEDICINA. Las normas de presentación de estos trabajos deben atenerse a las que rigen para la literatura médica científica universal según el Estilo Vancouver del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Deben llevar título en español e inglés, datos del autor, incluyendo nombres y apellidos; con un asterisco (*) se deberá indicar el último título obtenido, afiliación institucional y correo electrónico; resumen en español e inglés donde se exponga de manera clara la hipótesis de investigación, metodología y marco teórico; debe llevar palabras clave en español e inglés, introducción, discusión, resultados, tablas y referencias bibliográficas.

Las revisiones de temas deben ser lo más completas posibles con el objeto primordial de actualizar al lector. Sus autores deben ser profesionales con experiencia en el tema, que aporten abundante y reciente bibliografía, de la cual deben aparecer al menos 50 citas.

Los artículos de reflexión derivados de investigación sobre un tema teórico o práctico, a partir de una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, deben llevar título en español e inglés, datos del autor, incluyendo nombres y apellidos; con un asterisco (*) se deberá indicar el último título obtenido, afiliación institucional y correo electrónico; resumen en español e inglés donde se exponga de manera clara la hipótesis de investigación, metodología y marco teórico; debe llevar palabras clave en español e inglés.

Las comunicaciones breves son notas cortas que plantean un asunto específico capaz de suscitar inquietudes o comentarios a un problema de interés. En este caso las

referencias bibliográficas no deben exceder la cifra de 15.

El Consejo Editorial recomienda que se incluyan referencias de autores colombianos. Los artículos que tengan cabida en la revista son de la plena responsabilidad de su autor o autores y no comprometen el criterio del Consejo Editorial. Se sobreentiende que los artículos que lleguen para publicación en la revista MEDICINA no han sido editados previamente, y se da por sentado que para su reproducción se requiere la autorización de su Consejo Editorial.

Los artículos deben remitirse al Editor de la revista MEDICINA en original y dos copias, contando con los siguientes requisitos: letra Times New Roman 12 pt, espacio 1.5 y alineado a la izquierda, excepto en tablas y figuras; dos (2) espacios después del punto final de una oración, sangría a cinco (5) espacios en todos los párrafos, e ilustraciones y cuadros con una resolución de 300 DPI. Una copia debe venir en medio electromagnético. En caso necesario, el Consejo Editorial analizará cada artículo y emitirá su juicio sobre la conveniencia de su publicación. En ocasiones el Consejo podrá recomendar modificaciones o ajustes al texto. El nombre del autor o los autores, su título profesional y cargo actual deben aparecer en la primera página, debajo del título del artículo o trabajo. Es deseable que el título sea corto y específico.

Cada artículo tendrá un resumen que describa la metodología y los hallazgos más sobresalientes, e irá al comienzo del texto. Es necesario además que haya un summary que no exceda las 250 palabras y que lleve un máximo de 6 palabras clave. Las colaboraciones deben ser dirigidas al Dr. Álvaro Bustos González, a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Sinú, -Elías Bechara Zainúm-, Montería, Colombia, o a abustos53@hotmail.com

REQUISITOS

El manuscrito debe incluir el título, el resumen, el texto, las referencias bibliográficas y los cuadros y gráficos con su explicación correspondiente. Cada una de las secciones del manuscrito debe identificarse así:

A los colaboradores

- 1.1. Título y datos del autor
- 1.2. Resumen y palabras clave en español e inglés
- 1.3. Contenido
- 1.4. Referencias bibliográficas
- 1.5. Tablas y gráficos

1.1 TÍTULO. La página del título debe contener:

- 1.1.1 El título del artículo
- 1.1.2 Un subtítulo explicativo, si es del caso
- 1.1.3 Nombres y apellidos de los autores
- 1.1.4 Nombre de la Institución donde fue realizado el trabajo
- 1.1.5 Nombre y dirección del autor principal, para efectos de correspondencia
- 1.1.6 Forma de financiación, en caso de que exista

1.2 RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El resumen no podrá exceder 250 palabras. Su fin es explicar los propósitos del estudio, el diseño utilizado, los resultados principales y las conclusiones más protuberantes. Al final del resumen se colocarán de 3 a 6 palabras clave para facilitar la inclusión del artículo en los índices universales.

1.3 CONTENIDO

Se divide en:

- Introducción
- Material y Método
- Resultados
- Discusión

La Introducción hará una relación sucinta de los antecedentes que motivan el estudio, sin revisar el tema in extenso, y un enunciado de los objetivos.

En Material y Método se hará una descripción detallada de ambos de manera que se permita su reproducción, y se considerarán los elementos utilizados en la investigación, sus fuentes y filtros, y el diseño del trabajo. Si se trata de una intervención terapéutica, se precisarán las drogas suministradas con sus nombres genéricos, dosis y vías de administración.

Los Resultados deben ser presentados en una secuencia lógica, haciendo énfasis en los principales hallazgos, evitando repetir en el texto los contenidos de las tablas y figuras.

En la Discusión se destacarán los aspectos más novedosos y trascendentes del estudio, haciendo relación a otras publicaciones similares. No se deben hacer afirmaciones que los datos de la investigación no respalden. Se plantearán nuevas hipótesis cuando sea del caso.

1.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se enumerarán en la secuencia de las citas. En el texto deben aparecer con números arábigos entre paréntesis. Se usará la forma de referencia adoptada por el Index Medicus.

Ejemplos:

- 1.4.1 Revista Científica
- 1.4.1.1 Artículo Estándar

Anote todos los autores cuando son menos de 6; cuando haya 7 o más, se anotarán los 3 primeros y se agregará el sufijo et, al.

-Zubieta M., Salgado C., Paya E. Infecciones asociadas al uso de catéteres totalmente implantables en niños con cáncer. Revista Chilena de Infectología 1.996; 13:203-209

Para citas de libros debe señalarse el autor o los autores del capítulo, el nombre del autor del libro, nombre del libro, edición, ciudad de la publicación, editorial, año y página inicial y final del capítulo.

1.5 TABLAS Y GRÁFICOS

Cada cuadro debe ir en hoja separada, con título y página numerada. Las notas explicativas se colocan al pie.



UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Revista Medicina - Facultad de Ciencias de la Salud - Programa de Medicina

Vol. 24 No. 1, 2025 (Enero - Junio)

EDITORIAL

Desafíos educativos

Álvaro Bustos González

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Alergia a la proteína de leche de vaca: un desafío diagnóstico y terapéutico

Cow's milk protein allergy: a diagnostic and therapeutic challenge

Fabiola Menco Contreras, Karina Susana Pastor Sierra, Nany Castilla Herrera, Rina Menco Contreras

Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes pediátricos con infecciones respiratorias agudas, Hospital San Juan de Sahagún, 2021 – 2024

Clinical-epidemiological characterization of pediatric patients with acute respiratory infections, San Juan de Sahagún Hospital, 2021 – 2024

Dayan Vanesa Ariza Villadiego, Irina Cera Barragán, Natalia Sofía Durango Quintana, Álvaro Bustos González, Ana Negrete Oquendo

ENSAYO

Reseña histórica de la Dermatología en Córdoba

Historical overview of Dermatology in Cordoba

Dr. Victor Otero Marrugo

Historia de la Cirugía General en Montería

History of General Surgery in Montería

Dr. Francisco Rodríguez Yances,

Las religiones laicas del siglo XXI y la Ingeniería Social

We should think more about obstructive sleep apnea, a necessary reminder for primary care

Dr. José Luis Méndez Méndez

A los colaboradores

To the collaborators

MEDICINA

**Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Investigaciones**

CAMPUS UNIVERSITARIO

- Elías Bechara Zainúm -

Cra. 1w Calle 38 Barrio Juan XXIII

PBX. (4) 784 0340 FAX. (4) 790 2038

Montería - Córdoba

EXTENSIÓN BOGOTÁ

Calle 6 Mo. 118-60 - Calle 119 No. 5-25

PBX. (1) 6 29 03 44

Bogotá - Colombia

SECCIONAL CARTAGENA

Calle 31 No. 20-71 Pie de la Popa

PBX. (5) 658 1688 FAX. (5) 656 3749

Cartagena - Colombia