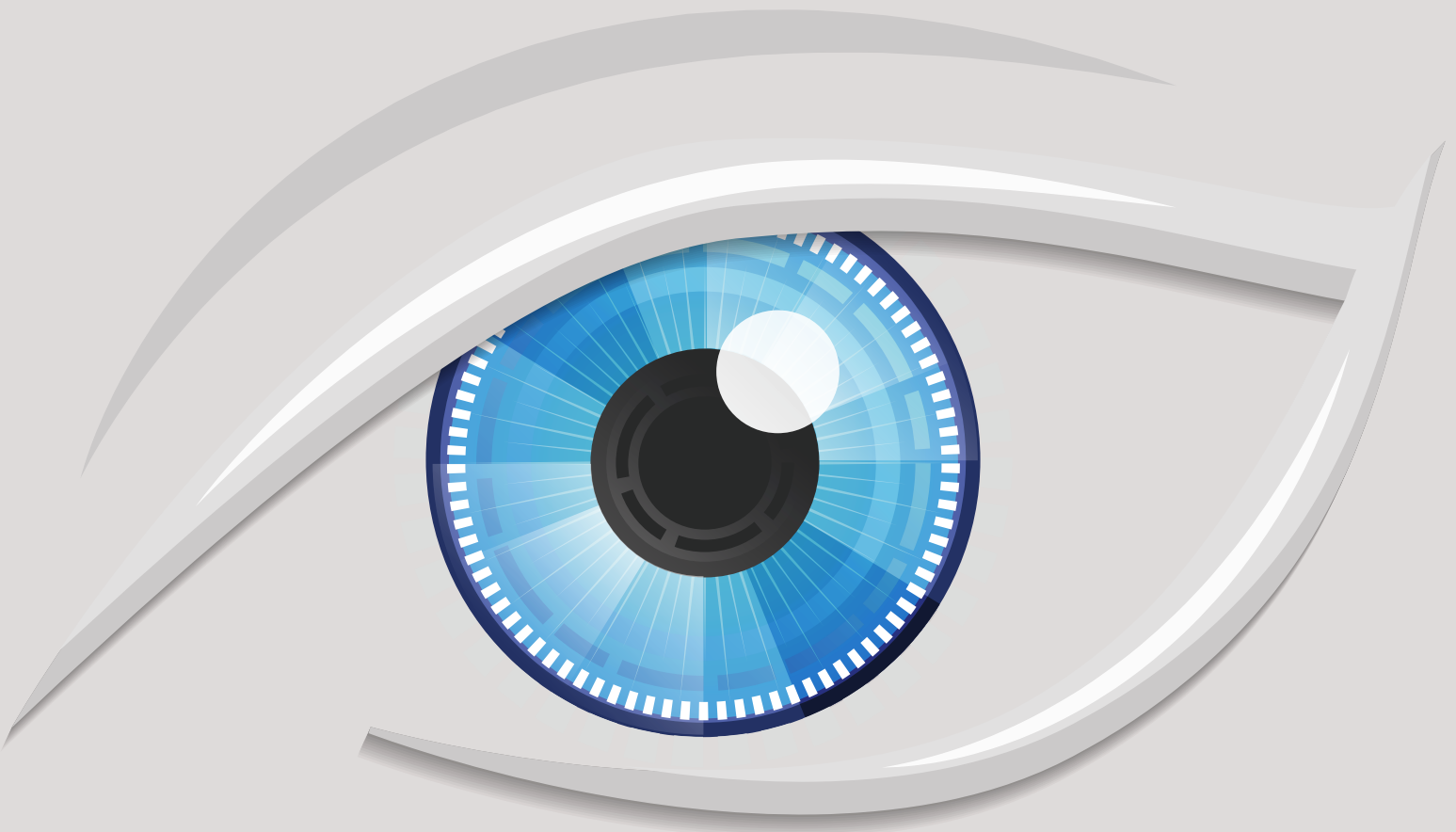


CURA ALTERIUS



REVISTA DIGITAL-VOL7-JULIO-SEPTIEMBRE 2018

Publicación de divulgación científica -Javesalud



JAVE SALUD

Todos Nuestros Sentidos en Usted

DIRECTOR GENERAL

Dr. Carlos Humberto Tobar González

SUBDIRECTOR GENERAL

Ing. Cesar Alberto Botero Guingue

DIRECTORA MÉDICA

Dra. Aida Milena Gutiérrez Álvarez

DIRECTORA ACADÉMICA

Dra. Paola Liliana Páez Rojas

DIRECTORA DE GESTIÓN HUMANA

Dra. Martha Cecilia González Dueñas

DIRECTORA DE CALIDAD Y OPERACIONES

Jefe. Mónica Carolina Leal Ruíz

COLABORACIÓN ESPECIAL

Ing. Carlos Roberto Nontoa Acuña

Jorge Eliecer Vargas Carreño

Miembros de Comité de Ética en Investigaciones

Área Académica Javesalud

Nelson Danilo Castañeda Ocampo

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Monica Marcela Cardona Pineda

EDICIÓN

Dra. Paola Liliana Páez Rojas

Dr. José Manuel Vivas Prieto

CRÉDITOS



Jefe. Monica Leal
Directora de Operaciones y Calidad

NUEVO RETO: ser Hospital Universitario

En Colombia y en el mundo, cada día surgen nuevas estrategias y herramientas que nos conducen a mejorar la experiencia del usuario y su familia durante la prestación de servicios de salud; en donde Javesalud, siendo una entidad Acreditada, vela por que cada día las estrategias definidas se apliquen de forma sistemática y se mantengan en el tiempo; por ello y para continuar por el sendero de la calidad, Javesalud decide iniciar la búsqueda de la excelencia académica, y es ahí cuando surge el nuevo reto de la fundación, ser un Hospital Universitario; que se define como una institución que presta servicios de salud, que proporciona entrenamiento universitario, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación e investigación.

Durante el año 2018 en cabeza de la Dirección Académica y con apoyo del área de calidad, se han desarrollado e implementado los estándares de esta certificación, que tiene como reto obtenerla en el año 2019; lineamientos que fortalecerán las actividades que se desarrollan en la actualidad, y que con seguridad nos aportaran mejores practicas para los procesos que integren la educación, investigación y desarrollo de docentes con gran calidad científico-académica.

Con este nuevo reto la fundación desea fortalecer su componente académico y como siempre trabajar de la mano con cada uno de sus colaboradores para lograr esta certificación, que sin duda aportara al crecimiento de nuestros profesionales de la salud y a nuestra fundación, queriendo ser la primera en el ámbito ambulatorio y en el país que reciba este reconocimiento tan importante para nuestro desarrollo en el campo docente y formativo.

**CONSTRUYAMOS
JUNTOS**

1

**INVESTIGACIÓN
DEL MOMENTO**

3

**INVESTIGACIONES
ACTIVAS**

9

**EL EACPA DEL
MOMENTO**

10

**TRANSFERENCIA
DE CONOCIMIENTO**

24

**ACADEMICOS
DESTACADOS**

26

**NOTICIAS
Y NOVEDADES**

27

**¿CUÁNTO APRENDIÓ EN
ESTE NÚMERO?**

31

CONSTRUYAMOS

LA POLÍTICA DE DOCENCIA

QUEREMOS QUE LOS COLABORADORES DE JAVESALUD CONTRIBUYAN A LA FORMULACIÓN DE NUESTRA POLÍTICA EN DOCENCIA.

Paola Páez - Directora Académica

Pero...¿Qué es una política?.

“Es una actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos”.

En otras palabras...es la forma en que Javesalud declara cómo hará posible la actividad docente teniendo en cuenta su misión, visión, principios y valores...

Recuerden que tenemos otras políticas en Javesalud que sirven de ejemplo para construir nuestra política en Docencia: política de seguridad, humanización, investigación, tecnología..etc..

La política en DOCENCIA debe incluir al menos estos elementos:

1. Que Javesalud deje claro qué entiende por Docencia.
2. Que Javesalud establezca objetivos de la Docencia en la organización
3. Que Javesalud deje claro cómo conseguirá cumplir esos objetivos en Docencia.
4. Que Javesalud especifique como la va a socializar



¿Cómo van a participar los colaboradores?

1. Enviando un correo electrónico a ppaez@javesalud con el asunto: política de docencia Allí señalaran que entienden por “Docencia en Javesalud”, cual o cuales deberían ser sus objetivos y si pueden señálenos dos actividades que nos ayuden a lograr esos objetivos.

¿HASTA CUÁNDO PODEMOS PARTICIPAR?

Hasta el 20 de octubre del año en curso

¿Cuál es la retribución de esta actividad?

Su participación en la construcción de los lineamientos docentes es por si misma una retribución pues es el objeto misional de Javesalud. Sin embargo, serán puntos adicionales en sus células de la estrategia de tejido de calidad.



INVESTIGACIÓN DEL MOMENTO

1. PRÁCTICAS ALREDEDOR DE TAMIZACIÓN DE DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN INGNACIO Y JAVESALUD.

Claudia Granados¹, Maria Paula Valderrama¹, Arturo Marroquin¹, Fabian Gil¹, Diana Martínez²

1. Departamento de Epidemiología y Bioestadística PUJ (investigadores)

2. Enfermera Jefe Javesalud (colaboración)

Introducción: la displasia del desarrollo de cadera (DDC) comprende un amplio espectro clínico de múltiples manifestaciones que oscila desde anomalías leves hasta una displasia franca. Este gran espectro hace que la frecuencia de la enfermedad sea muy variable, sin embargo se ha observado un aproximado de 0.8-1.6 por 1000 nacidos vivos en poblaciones sin tamización (detección temprana) , y de 66 por 1000 en nacidos vivos en poblaciones en quienes se realiza tamización.

Se propone describir las prácticas registradas en historias clínicas alrededor de la tamización de displasia del desarrollo de caderas en dos centros donde se atiende por consulta externa lactantes entre 3 y 6 meses de edad.

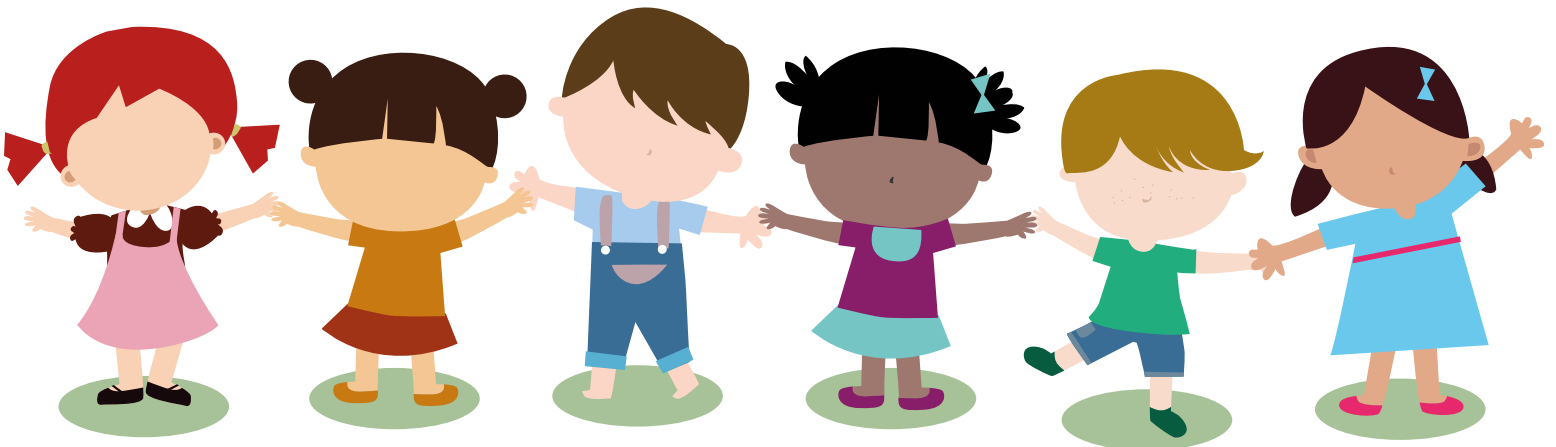


Se va a describir de la totalidad de niños de 3 a 6 meses que asisten a consulta externa la proporción que tengan registro en la historia clínica sobre factores de riesgo para displasia que indican toma de imagen, la proporción de lactantes que teniendo indicación se solicita imagen, la proporción de niños sin indicación a quien se les toma imagen, qué imagen se solicita, y la proporción de registro de resultados del examen. Adicional se propone revisar el diagnóstico de las imágenes y el número de individuos remitidos al servicio de Ortopedia Infantil.

¿Cuales son los objetivos que se proponen en este proyecto?

El principal objetivo es el de describir las prácticas registradas en historias clínicas alrededor de la tamización (detección temprana) de la displasia de cadera, por parte de médicos generales y pediatras, en el servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario San Ignacio y Javesalud. Los objetivos específicos son:

- Determinar en qué proporción de lactantes entre 3 y 6 meses de edad que asisten a consulta externa hay registro de factores de riesgo para displasia del desarrollo de caderas.
- Describir a cuántos se les pidió imagen (radiografía o ecografía), a qué edad, con qué indicación se tomó o si no tenían indicación.
- Identificar el número resultados de radiografías que son registradas en las historias.
- Evaluar el número de pacientes remitidos al servicio de Ortopedia Infantil y bajo qué criterios se realiza.



¿Esto por qué es importante para el país y para Javesalud?

En Colombia, según la guía de práctica clínica del Recién Nacido sano del 2013, no está indicado realizar tamización universal para displasia de cadera, solo se recomienda realizar exámenes de imagen diagnóstica (ecografía o radiografía) en aquellos con examen físico anormal o con algún factor de riesgo. Sin embargo, dentro de las prácticas en algunos sitios en el territorio, se ve que los lactantes son sometidos a radiografías de rutina a los 3 meses para detectar signos sugestivos de esta patología.



La gran controversia frente a la tamización universal yace en el hecho que el examen físico inicial no logra identificar a un número importante de pacientes que requerirán intervenciones, que muchos diagnósticos de displasia por radiografía que no reciben tratamiento desaparecen en los controles siguientes, sugiriendo que se produce un sobre diagnóstico y que la radiografía representa un alto costo y una exposición a radiación tal vez innecesaria.

Siendo el que el examen físico fundamental para la tamización pues es el proceso más importante en la detección de la condición, se pretende revisar cómo lo estamos haciendo en Javesalud y en el HUSI. “Este trabajo nos servirá como insumo para fortalecer el proceso de detección temprana, detectar fortalezas y oportunidades de mejora en la práctica clínica que nos ayuden a prevenir las complicaciones de una condición que es 100% tratable”.

¿Y Javesalud cómo participa? ¿Cómo va el estudio?

El estudio fue aprobado recientemente por el comité de ética en investigaciones. La Jefe Diana Martínez, miembro del grupo participará como asistente de investigación desde Javesalud, y tendrá como rol colaborar en la revisión de historias y en la discusión de resultados.

2. ALFABETIZACIÓN MÉDICA EN SALAS DE ESPERA DE UNA INSTITUCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

Natalia Remolina¹, Isabel Zapata², Carolina Arango² Ingrid Alfonso²

1. Estudiante Diseño Industrial PUJ

2. Gerentes Sede Javesalud (Colaboración)

Introducción: al paciente se le presenta un “tiempo muerto” en el servicio médico mientras está en sala de espera. Las condiciones de su entorno lo alteran, afectando su desempeño al momento de la consulta y posterior. La alfabetización de la salud, se define por el Instituto de Medicina como “el grado en que los individuos tienen la capacidad para obtener, procesar, comunicar y comprender información y servicios básicos de salud necesarios para tomar decisiones de salud apropiadas” (Institute of Medicine, 2004). A partir de una intervención de las condiciones a las que está expuesto el paciente y su posible acompañante durante el tiempo en sala de espera, se pueden lograr interacciones que propicien la alfabetización de la salud.

Las interacciones que se generan en la sala de espera pueden ser con objetos, otros actores del entorno, o el mismo espacio. Con el diseño de un sistema de interacciones edificantes adaptadas y dirigidas al usuario del servicio, el paciente puede adquirir mayor participación en la atención médica y en su cuidado.

Se pueden determinar los requerimientos de diseño para una intervención en el espacio a partir el reconocimiento y la caracterización de los pacientes, teniendo en cuenta aspectos como:

Tiempo de permanencia en la IPS

Comportamientos sociales

Tiempo de espera en sala

Motivo de consulta

Edad

Estado de ánimo

Niveles de socialización o interacción

Actividades adelantadas durante la espera

Relaciones de proxémica y territorialidad



A partir de la correcta identificación del paciente y teniendo en cuenta los intereses particulares de la institución, la sala de espera se puede convertir en la excusa para el alfabetismo médico. La claridad de la institución de los vectores sobre los cuales quiere educar se complementa con los recursos disponibles para diseñar un sistema que beneficie a todos.

¿Cuáles son los objetivos que se proponen en este proyecto?

Objetivo general: diseñar un sistema de interacciones edificantes dirigidas al paciente para propiciar el alfabetismo médico durante el tiempo en sala de espera.

Objetivos específicos:

- Reconocer los tiempos de espera para determinar máximos y mínimos en los plazos de intervención.
- Identificar posibles tipos de interacciones para aumentar el alfabetismo médico durante el tiempo de espera.
- Caracterizar los actores participantes en la sala de espera del caso de estudio, Javesalud.

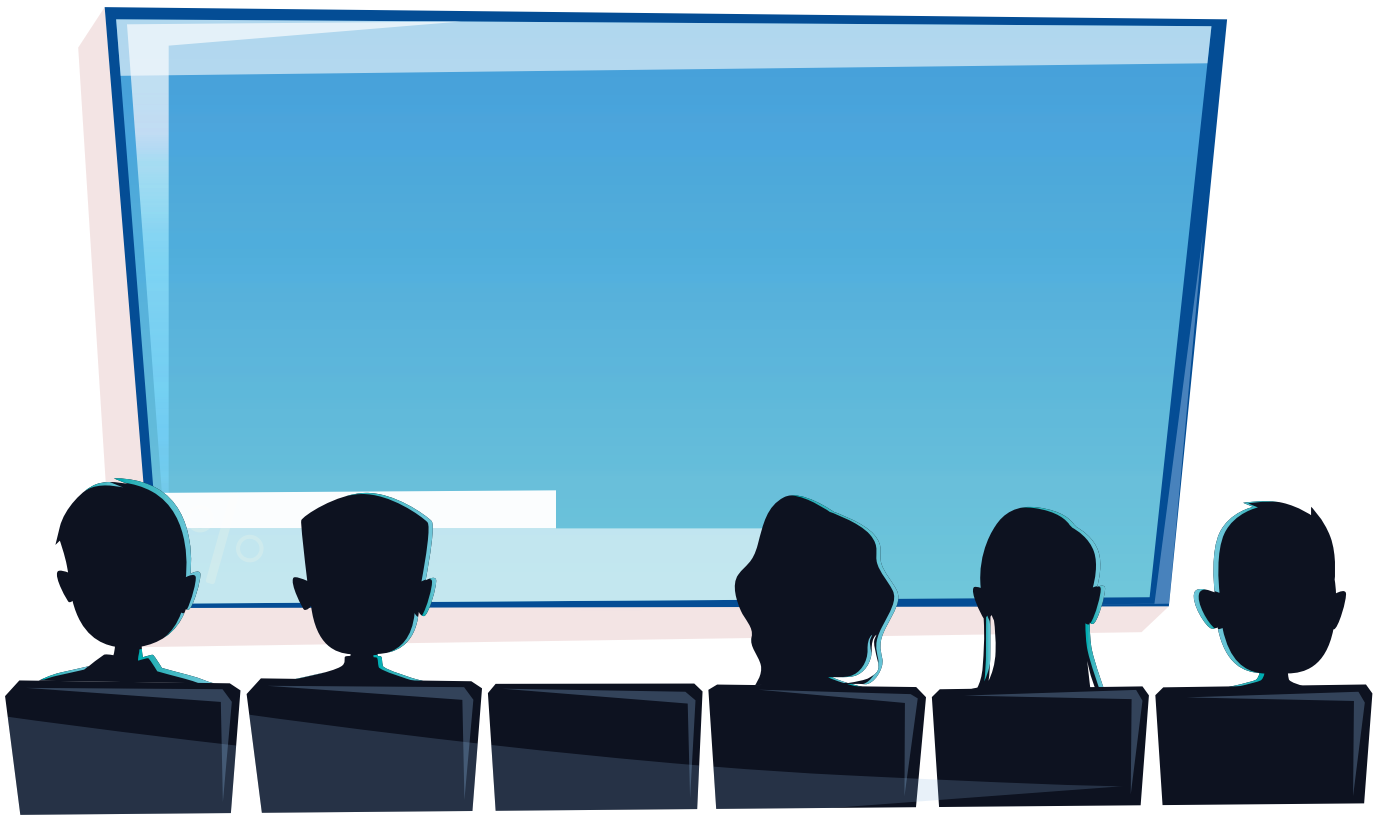
¿Esto por qué es importante para el país y para Javesalud?

La experiencia del paciente en un centro de prestación de servicios de salud es fundamental. Actualmente las intervenciones que se presentan a favor del paciente en sala de espera se enfocan más en el entretenimiento, el confort y la percepción del tiempo. La información exhibida en las salas normalmente tiene que ver con la identidad de la IPS pero los formatos utilizados no son los adecuados para el público a quien lo dirigen. Este trabajo nos aportará insumos muy valiosos para autoevaluar nuestros entornos de sala de espera y probablemente diseñar estrategias para mejorar la alfabetización de nuestros pacientes.



¿Y Javesalud cómo participa? ¿Cómo va el estudio?

El estudio fue aprobado recientemente por el comité de ética en investigaciones. Las gerentes de las sedes Santa Barbara, Santa Beatriz y Javesalud colaborarán en la ejecución del mismo. Los métodos planteados para extraer la información necesaria para el proyecto serán: Observación no participativa: Toma de notas en sala, Registro fotográfico o en video, consulta base de datos sobre perfil demográfico, etc. Todas las actividades de este proyecto estarán supervisadas por el comité de ética en investigaciones de Javesalud.



INVESTIGACIONES

ACTIVAS EN JAVESALUD

(IP) Investigador (a) principal ■ (Coi) Coinvestigador (a) ■ (Col) Colaborador (a) ■

Nombre del proyecto de Investigación	Línea de Investigación	Investigadores Nacionales	Institución aliada
Evaluación de la calidad de vida mediante el uso del Cuestionario Respiratorio de Saint George en los pacientes pertenecientes al programa integral para el manejo de EPOC severa y muy severa de la IPS Javesalud	Modelos de Atención / Enfermedades Crónicas	Fanny Paola Rodríguez (IP) Dulfy Giraldo (Coi) Adriana Rojas (Coi) Andrés Duarte (Coi) Andrés Cadena (Col) Jorge Arias (Col)	Grupo de investigación Javesalud - Programa EPOC
"Comparación de un sistema móvil de soporte a las decisiones versus el uso de material impreso, para soportar la implementación de búsqueda caso de EPOC en Colombia"	Intervención de P y P	Jhon Camacho (IP) Miguel Bohorquez (Col)	Pontificia Universidad Javeriana - Psicología y Salud (Categoría B)
"Comparación de un sistema móvil de soporte a las decisiones versus el uso de material impreso, para soportar la implementación de búsqueda caso de EPOC en Colombia"	Intervención de P y P	Jhon Camacho (IP) Miguel Bohorquez (Col)	Pontificia Universidad Javeriana - Departamento de Epidemiología Clínica
Scaling up Science-based Mental Health Interventions in Latin America.	Intervención de P y P	Carlos Gomez Restrepo (IP) Fernando Suárez (Coi) Sergio Castro (Coi) Goretty Oviedo (Coi) Paola Páez (Coi) Isabel Zapata (Coi) Norma Ruiz (Coi)	Instituto nacional de salud mental de USA, Universidad de Dartmouth, Epidemiología Clínica PUJ
Evaluación de marcadores tempranos plasmáticos y ecográficos de preeclampsia.	Diagnóstico	Reggie García Robles (IP) Paola Ayala (IP) Liliana Ruiz (Coi) Liliana Bandera (Coi) Claudia Suárez (Col)	Pontificia Universidad Javeriana - Facultad de Odontología
Efecto del tratamiento periodontal sobre biomarcadores de Inflamación en pacientes hipertensos.	Enfermedades Crónicas	Francia Escobar (IP) - Catalina Latorre (IP) Eliana González (Col)	Pontificia Universidad Javeriana - Instituto de Genética Humana
Evaluación de marcadores tempranos plasmáticos y ecográficos de preeclampsia.	Diagnóstico	Reggie García Robles (IP) - Paola Ayala (IP) Liliana Ruiz (Coi) - Liliana Bandera (Coi)	Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Odontología
Efecto del tratamiento periodontal sobre biomarcadores de inflamación en pacientes hipertensos.	Enfermedades Crónicas	Francina Escobar (IP) - Catalina Latorre (IP) Eliana González (Coi) - Valentina García (Coi) María Fernanda Moreno (Col)	Pontificia Universidad Javeriana Instituto de Genética Humana
Estratificación de riesgo de diabetes en población adulta – intervención no farmacológica en población de riesgo.	Intervención de P y P	Dr. Pablo Aschner (IP) Margarita Ronderos (Coi) Aida Gutiérrez (Coi) - Julio Fonseca (Col)	Asociación Colombiana de Diabetes
Diseño de estrategia de educación para pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en Javesalud.	Intervención de P y P	Gina Castellanos (IP) Eliana González (Coi) Norma Ruiz (Coi)	Grupo de Investigación Javesalud
Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el tabaquismo en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y profesionales médicos de Javesalud IPS en Bogotá, Colombia	Intervención de P y P	Nelci Becerra Martínez (IP) Luz Helena Alba (Coi) Diana de la Asunción Ramírez Marcela Sánchez Currea	Departamento de Medicina Preventiva y Social. Pontificia Universidad Javeriana, Grupo de Investigación Javesalud
Alfabetización médica en salas de espera de IPS	Modelo de Atención	Natalia Remolina (IP) Isabel Zapata (Col) Carolina Arango (Col) Ingrid Alfonso (Col)	Carrera de Diseño Industrial PUJ



EL EACPA DEL

DEL MOMENTO

ABORDAJE DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN

Zayda Milena Laverde Gaitan¹, Dra. María Lucía Castañeda Daguer²

1. Residente de pediatría, PUJ.

2. Médico Pediatra, Javesalud

Resumen: El Síndrome de Down es la cromosomopatía más común a nivel mundial. Tiene un fenotipo característico dado por hipotonía, cabeza braquicefálica pequeña, pliegues epicantales, puente nasal aplanado, hendiduras palpebrales inclinadas hacia adelante, manchas de Brushfield, boca pequeña, orejas pequeñas, exceso de piel en la nuca, pliegue palmar transversal único. Adicionalmente presenta alteración en el neurodesarrollo y un espectro clínico de enfermedades médicas asociadas entre las más frecuentes están los problemas auditivos, visuales (cataratas, errores refractivos), apnea obstructiva del sueño, otitis media, enfermedad cardíaca congénita, enfermedad tiroidea (Hipotiroidismo) y alteraciones hematopoyéticas (trastorno mieloproliferativo transitorio).

En la actualidad, para su diagnóstico se debe realizar un cribado a todas las gestantes en la etapa prenatal dado la relación entre edad materna e incidencia ya establecida, el cual confiere una sensibilidad hasta del 90%, sin embargo, se observa un gran porcentaje de estos paciente son diagnosticados en la etapa postnatal dado su fenotipo característico y se confirman con la realización del cariotipo en el que se observa un tercer cromosoma 21, que según su etiología puede ser por disyunción, translocación o mosaicismo.



El abordaje de un paciente con Síndrome de Down, dado su amplio espectro clínico de enfermedades y situaciones médica asociadas requiere de un enfoque integral y multidisciplinario liderado por el Pediatra. Se presenta este instrumento con el propósito de proporcionar una guía para la práctica clínica, realizando valoración y seguimiento en todas las etapas del desarrollo del paciente, con la finalidad de mejorar la calidad y esperanza de vida, evitar complicaciones y garantizar mayor grado de autonomía personal e integración en la sociedad.

Introducción: El síndrome de Down es una condición genética común. La incidencia a nivel mundial es de 1 por cada 650 a 700 nacidos vivos, sin embargo, con gran variabilidad en relación con la edad materna (1). En Colombia la última estadística de ECLAMC del 2014 muestra una tasa de incidencia de 1.73 por cada 1.000 nacidos vivos (2). Representa la causa más frecuente de discapacidad cognitiva. El 95% de los casos es debido a la trisomía 21 no familiar, generada por una no disyunción cromosómica durante la meiosis materna, el 3-4% secundaria a una translocación robertsoniana entre el cromosoma 21 y otro cromosoma que frecuentemente es el cromosoma 14 o cromosoma 22 y el 1% corresponde a un mosaísmo (3)(4).

Se caracteriza por una variedad de alteraciones dismórficas, malformaciones congénitas y enfermedades médicas; con un amplio espectro clínico, observándose individuos profundamente afectados y otros con discapacidad leve capaces de ser independientes en la etapa adulta. Los factores asociados con la disminución de la supervivencia son malformaciones cardíacas, infecciones respiratorias frecuentes y leucemia infantil.



En las últimas tres décadas, la expectativa de vida general de las personas con síndrome de Down ha aumentado gracias a una mejor atención y un manejo temprano de las complicaciones (5). En la actualidad estos pacientes tienen una esperanza de vida aproximada de 60 años (6).

Metodología: Para la revisión de este tema se hizo una búsqueda en bases de datos google académico, “pubmed”, “ClinicalKey”, “Uptodate” se colocaron palabras mesh “Síndrome Down”, “Down Syndrome”. También se usaron: “Estadísticas de Síndrome de Down”, “Guías manejo ambulatorio Síndrome Down”. Revisión en la revista de pediatría de España y Latinoamericanas. Fundaciones de Síndrome de Down “Down España”.

Nivel de evidencia:

[A] = Fuerte: dos o más estudios que cumplieron los criterios de evidencia adecuada sobre la eficacia y alta calidad. Aplicabilidad al tema, con la evidencia consistente y fuertemente apoyando la recomendación.

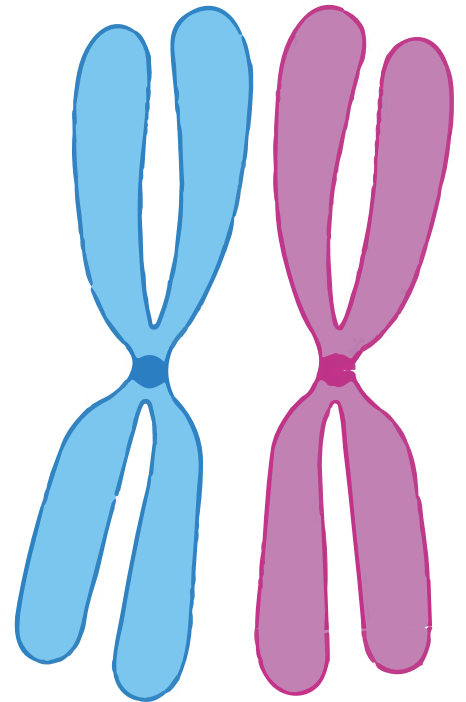
[B] = Moderada: Por lo menos un estudio que cumplió los criterios.

[C] = Limitada: Por lo menos un estudio que cumplió los criterios para evidencia adecuada sobre la eficacia y calidad moderada o aplicabilidad al tema y donde la evidencia apoya la recomendación.

[D] = Consenso de panel de Expertos.

[D1] = Consenso de panel de Expertos basada en información que no cumple los criterios de evidencia adecuada sobre la eficacia en temas, en los que se realizó una revisión sistemática de la literatura.

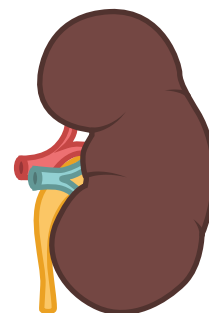
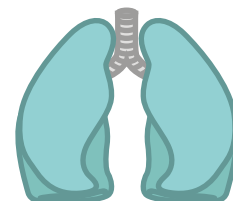
[D2] = Consenso de panel de Expertos sobre temas en los que no se realizó una revisión sistemática de la literatura.



Presentación Clínica: Los niños con síndrome de Down tienen un fenotipo característico, se describen por orden de frecuencia; presencia de hipotonía en un 100% de los casos, braquicefalia (76%), pliegues epicánticos (48%), puente nasal bajo (71%), hendiduras palpebrales oblicuas inclinadas hacia arriba (79%), manchas de Brushfield (53%), boca pequeña con macroglosia (43%), orejas pequeñas con implantación baja (53%), cuello ancho y corto (53%), pliegue palmar transversal único (52%), braquidactilia (67%) y presencia de surco plantar profundo entre el primero y el segundo dedo del pie descrito como el “signos de la sandalia” (50%) (3)(5)(7) .

El grado de deficiencia cognitiva es variable. Son clasificados según el coeficiente intelectual (CI) en leve con CI de 50-70, moderado de 35-50 y grave de 20-35 y representa el 7%, 41% y 25%, respectivamente. No existe relación entre el fenotipo y su nivel de función cognitiva. Se observan mayor compromiso en el progreso motor y el aprendizaje (4)(8). También, presentan retraso en los hitos de desarrollo psicomotor comparados con la población general asociado a la hipotonía, además de un 5-10% de estas personas tiene episodios convulsiones (Espasmos infantiles).

Dentro de los problemas médicos encontramos mayor riesgo para presentar hipoacusia (75%); apnea obstructiva del sueño (50-79%); otitis media (50-70%); enfermedad ocular (60%) con cataratas (15%) y errores refractivos graves (50%); defectos cardíacos congénitos (50%); disfunción neurológica (1-13%); atresias gastrointestinales (12%); displasia de la cadera (6%); enfermedad tiroidea (4-18%) y, menos comunes, trastorno mieloproliferativo transitorio (4-10%), desarrollo de leucemia (1%) y enfermedad de Hirschsprung (<1%) (3)(4)(7)(9).



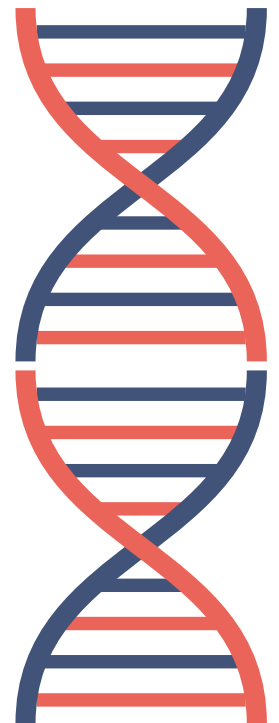
En relación a los defectos cardiacos congénitos, se presenta en el 50% de los bebés nacidos con síndrome de Down, constituyen una de las principales asociaciones que determinan la calidad de vida de estos pacientes. Se pueden especificar en orden de frecuencia el defecto septo auricular (45%), defecto septo ventricular (35%), Ostium Secundum (8%), Ductus persistente (7%) y Tetralogía de Fallot (4%) (3)(6). Al contemplar la función tiroidea, el hipotiroidismo es de alta prevalencia en el Síndrome de Down. Su prevalencia aumenta con la edad; el hipotiroidismo congénito representa el 1%, a partir de la segunda década de la vida representa el 12-17% de los casos en paciente con síndrome de Down. Las tiroiditis autoinmunes y el hipertiroidismo son de menor frecuencia (8).

Diagnóstico: el diagnóstico de las personas con síndrome de Down se realiza por su fenotipo y posteriormente se hace una confirmación mediante estudios genéticos.

Diagnóstico Prenatal (Figura 1): Se debe realizar cribado a todas las gestantes. (Recomendación B) (4). Esta claramente establecida la relación edad materna y la incidencia de la trisomía 21, que incrementa de 1/1.500 nacidos vivos en las mujeres de 20 años, hasta 1/30 en las mujeres de 45 o más años (6).

Cribado Primer trimestre:

- Ecografía: pliegue nucal grueso ($>$ de 3 mm), la no osificación del hueso de la nariz fetal a las 12 semanas de gestación, braquicefalia, fémur corto, clinodactilia 5° dedo.
- Análisis bioquímico entre la 8 y 12 semanas de gestación (primer trimestre de gestación): valoración en suero materno de la PAPP-A (Pregnancy Associated Placental Protein-A) y el nivel de la fracción b libre de la hormona gonadotropina coriónica.

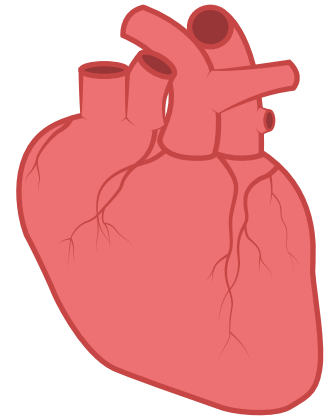


Cribado Segundo Trimestre:

- Ecografía obstétrica a las 14 y 17 semanas de gestación.
- En este caso se sustituye la PAPP-A por los niveles de α -fetoproteína, adicionalmente se valoran los niveles de estriol e inh A.

Confirmatorio:

- Biopsia de corion: se realiza entre las semanas 10 y 13 de gestación. El riesgo de aborto por realizar la prueba es del 1%.
- Amniocentesis: se realiza por punción abdominal con control ecográfico entre la 15 y 16 semanas de gestación. El riesgo de aborto se sitúa entre el 0,5 y el 1%. La espe-



Diagnóstico Postnatal

El paciente con alta sospecha de presencia de Síndrome de Down, se debe hacer, una adecuada anamnesis completa, antecedentes familiares, antecedentes de abortos espontáneos previos de la madre, información prenatal de estudios de cromosomas. En caso de no tener diagnóstico prenatal, se realiza la confirmación diagnóstica con el cariotipo.

Es importante propinar un ambiente tranquilo y privado para hacer conocer a los familiares el diagnóstico. (Recomendación [D2]) (4).

Cariotipo

El síndrome de Down desde el punto de vista citogenético, se produce por: 1. Trisomía 21 libre (95%), 2. Traslocación robertsoniana (2-4%) y 3. Mosaicismos (1%) (3)(4) .

- La trisomía 21 libre es la causa más frecuente se presenta por la no disyunción (separación) cromosómica durante la meiosis materna. Se conoce que alrededor del 95% de los casos, el cromosoma 21 extra es de origen materno. Se informa estos casos un cariotipo como 47, XY +21 si es varón o 47, XX + 21 si es mujer.

La Translocación robertsoniana es la fusión de dos cromosomas acrocéntricos por su centrómero, con pérdida del material satélite de sus brazos cortos (esta pérdida no implica repercusiones clínicas ya que los brazos cortos están compuestos por ADN redundante). La más frecuente es la Trb (14; 21).

- El mosaicismo que se caracteriza por la presencia de 2 o más líneas celulares con diferente constitución cromosómica en un mismo individuo. El cariotipo por mosaicismo de T21 se informa como 47, XY +21/46, XX (cariotipo femenino) o 47, XY+21/ 46, XY (cariotipo masculino).

Figura (1)

HALLAZGOS DE MARCADORES PLASMATICOS PARA DIAGNÓSTICO DE SINDROME DE DOWN

Figuro 1: (6)

	Marcadores 2do trimestre				Marcadores 1er trimestre		
	AFP	UE3	HCG	INH-A	PAPP-A	BETA HCG	Traslucencia nual
Síndrome Down	▼	▼	▲	▲	▼	▲	▲▲



Manejo y seguimiento

En el paciente con Síndrome de Down su manejo se debe realizar con un enfoque multidisciplinario, dado los múltiples problemas médicos que pueden presentar. Es imperioso efectuar un seguimiento estrecho según la guía de detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en menores de 10 años del Ministerio de Salud. No obstante, los niños con Síndrome de Down tienen riesgos y problemas de salud que precisan vigilancia clínica en cada etapa del desarrollo con la finalidad de evitar complicaciones subsecuentes, en búsqueda del desarrollo pleno de las capacidades de cada individuo. Se hará una recomendación de este seguimiento basado en las guías clínicas de la Academia Americana de Pediatría (4).

Seguimiento de recién nacido a 1 mes

- Debe confirmarse el diagnóstico con el reporte de Cariotipo e informa a los padres. (Recomendación [D2]). Los padres deben ser derivados para recibir asesoramiento genético si no recibieron asesoramiento antes del nacimiento.
- Problemas en la alimentación: su marcada hipotonía puede llevarlos a alteraciones en la deglución, presentando infecciones respiratorias a repetición y falla en el crecimiento. Se debe realizar cine-deglución. (Recomendación [D2]).
- Busque la presencia de soplos o cianosis que lo hagan pensar en presencia de cardiopatía congénita. Realice un ecocardiograma y valoración por Cardiología Pediátrica. (Recomendación [D2]).
- Siempre solicite valoración oftalmológica realizando reflejo rojo; descarte la presencia de catarata. (Recomendación [D2]).
- Haga una evaluación de audición, realice Potenciales evocados auditivos de tronco encefálico (PEATC) o emisiones otoacústicas (OEA).
- Sospeche Atresia duodenal o atresia/estenosis anorrectal mediante el examen físico. (Recomendación [D2]).
- Investigue estreñimiento, en caso de presentarse evalúe hipotonía, hipotiroidismo o malformación del tracto gastrointestinal (estenosis o enfermedad de Hirschsprung).

- Verifique la realización de Tamizaje para Hipotiroidismo Congénito al momento del nacimiento. (Recomendación [C]).
- Realice un hemograma; Verifique que el paciente no presente un trastorno mieloproliferativo transitorio.
- Profilaxis para Virus Respiratorio Sincitial; todos los pacientes quienes presenten patologías crónicas o cardiopatía.
- Informe a la familia acerca de la disponibilidad de apoyo y asesoramiento de padres de otros niños con síndrome de Down. (Recomendación [B]).

Seguimiento de 1 a 12 meses

- Haga un control de crecimiento con las curvas estándar para la OMS. (Recomendación [C]).
- Evalúe la presencia de otitis medias recurrentes, revalore los PEATC u OEA en caso de presencia de alteraciones remita al otorrinolaringólogo. (Recomendación [D2]).
- Valore para presencia de síntomas de Apnea obstructiva del sueño: Ronquera, pausas respiratorias, microdespertares, somnolencia, hiperactividad.
- En los primeros 6 meses debe ser valorado por oftalmología pediátrica para la evaluación de estrabismo, cataratas y nistagmo. (Recomendación [D2]).
- Paciente con cardiopatía en cada consulta detecte síntomas y signos de insuficiencia cardíaca congestiva (Taquipnea, dificultades para alimentarse y el aumento de peso insuficiente).
- Tiene mayor riesgo de presencia de anemia ferropénica por lo que se debe realizar hemoglobina cada año.
- Valore signos neurológicos; tienen más riesgo de presentar convulsiones incluidos espasmos infantiles.

Seguimiento de 1 a 5 años

- En cada visita de control, revise los antecedentes médicos y realice un examen físico detallado, preste atención al crecimiento y desarrollo del niño. Tenga en cuenta que el neurodesarrollo de estos niños es un poco más tardío (Recomendación C).
- Vigilancia y tratamiento de otitis media aguda, así como realización de examen audiológicos cada 6 meses hasta los cuatro años. (Recomendación [D2]).
- Detección de alteraciones visuales, por lo que es necesario realizar una valoración cada año por oftalmología. (Recomendación [D2]).
- Coloque especial atención a signos y síntomas mielopáticos en cada visita de control (uso de los brazos o las manos, cambios en la función del intestino o de la vejiga urinaria, dolor en el cuello, rigidez en el cuello, inclinación de la cabeza, tortícolis, la manera en que el niño coloca su cabeza, cambios en el funcionamiento general o debilidad).
- Inestabilidad atloaxoidea, no se recomienda la evaluación radiológica de rutina de la columna cervical en niños asintomáticos. En paciente sintomático requiere toma de radiografía simple de la columna cervical en posición neutral. Si no se observa ninguna anomalía radiográfica importante, pueden obtenerse radiografías de flexión y extensión y derivación a neurocirujano u ortopedista infantil. (Recomendación [D2]).
- Mida los niveles de TSH una vez al año. (Recomendación [C]).
- En cada visita vigile los síntomas de apnea obstructiva del sueño. Realice un estudio de sueño antes de los 4 años.
- Realice un seguimiento con un cardiólogo pediátrico de los pacientes con malformaciones congénitas cardíacas.
- Obtenga valor de hemoglobina anualmente

- Derive a los niños que pueden tener autismo, trastorno de hiperactividad/déficit de atención u otros problemas psiquiátricos o de conducta para que se los evalúe de manera apropiada y se realice la intervención tan pronto como se sospeche alguna de estas afecciones.
- Vacunación contra influenza anual. Antineumococo 23 valencias a partir de los 2 años.

Seguimiento de 5 a 13 años

- Vigile los patrones de crecimiento, en especial el IMC, y haga insistencia en una alimentación y un estilo de vida sanos para prevenir la obesidad. (Recomendación [C]).
- Evaluación audiológica cada año.
- Evaluación oftalmológica cada 2 años. (Recomendación [D2]).
- Tome anualmente niveles de TSH (Recomendación [C]).
- Obtenga concentración de hemoglobina cada año en paciente con riesgo de anemia ferropénica.
- Valora síntomas mielopáticos y de apnea obstructiva del sueño en cada visita de control.
- Analice la progresión de cambios físicos y psicológicos durante la pubertad y los problemas relacionados con la fertilidad y la anticoncepción.

Seguimiento de 13 a 18 años

- Evaluación audiológica cada año y oftalmológica cada 3 años. (Recomendación [D2]).
- Tome anualmente niveles de TSH. (Recomendación [C]).
- Obtenga concentración de hemoglobina cada año en paciente con riesgo de anemia ferropénica.
- Individualice el seguimiento cardiológico sobre la base de antecedentes de defectos cardíacos.
- Valora síntomas mielopáticos y de apnea obstructiva del sueño de en cada visita de control.

CONCLUSIONES

Aspectos de mayor importancia para la aplicación al cuidado primario ambulatorio.

- El Síndrome de Down, causado por una trisomía del cromosoma 21 como principal etiología una disyunción meiótica, es la causa más frecuente de retardo mental identificable de origen genético.
- Tiene características fenotípicas específicas, con un amplio espectro de retraso en el desarrollo desde leve a severo, así como, múltiples enfermedades médicas.
- El manejo del niño con Síndrome de Down es importante realizar un enfoque multidisciplinario sistematizado, realizando una vigilancia clínica, dirigido al seguimiento de anomalías y la prevención de enfermedades comunes asociadas.
- Es importante realizar un abordaje integral incluyendo a los padres desde un asesoramiento genético y psicológico, para un mejor entendimiento de la enfermedad de su hijo.



FLUJOGRAMAS DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

	Nacimiento a 1 meses	1 - 12 meses	1 - 5 años	5 - 12 años	13 - 18 años
Asesoramiento genético	*				
Cariotipo	*				
Ecocardiograma y valoración cardiológica	*				
Identifique Estreñimiento	*	*	*	*	*
Valoración audiológica	Tamización neonatal	Anual	Anual	Anual	Anual
Valoración oftalmológica	Reflejo rojo	*	Anual	Bianual	Triannual
Problemas de alimentación	*	*			
EF pesquisa atresia duodenal y anorectal	*				
Detección de síndrome mieloproferativo transitorio y policitemia	*				
Anemia ferropénica - HBTSH			Anual	Anual	Anual
TSH	Tamización neonatal	6 y 12 meses	Anual	Anual	Anual
Inestabilidad atloaxoidea		En todas las visitas de control			
Evaluar síntomas de apnea obstructiva de sueño		*	4 años	En todas las visitas de control	
Detectar y controlar síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva		En todas las visitas de control			
Vacunación influenza y neum23			*		
Valoración de crecimiento y desarrollo		*	*		
Control pediátrico de rutina		Mensual	Trimestral	Semestral	Anual
Enfermedad Celiaca		Triannual			

ANEXO

tomado y adaptado de Supervisión de la salud para niños con síndrome de Down (4)(10)(7)(6). EF. Examen físico, HB: Hemoglobina.

Bibliografía

- 1.** Hobson-Rohrer WL, Samson-Fang L. Down Syndrome. *Pediatr Rev* [Internet]. 2013;34(12):573-4. Disponible en: <http://pedsinreview.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/pir.34-12-573>
- 2.** Julio Nazer H, Lucía Cifuentes O. Estudio epidemiológico global del síndrome de down. *Rev Chil Pediatr*. 2011;82(2):105-12.
- 3.** Patricia Kaminker D, Romina Armando D. Actualización Síndrome de Down. Primera parte: enfoque clínico-genético. *Arch Argent Pediatr*. 2008;106(3):249-59.
- 4.** Bull MJ. Health Supervision for Children With Down Syndrome. *Pediatrics* [Internet]. 2011;128(2):393-406. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-1605>
- 5.** Agarwal Gupta N, Kabra M. Diagnosis and management of Down syndrome. *Indian J Pediatr*. 2014;81(6):560-7.
- 6.** Ma Cristina Rodríguez Caldero. Guía de atención primaria para personas con Síndrome de Down.
- 7.** Bunt CW, Bunt SK. Role of the family physician in the care of children with down syndrome. *Am Fam Physician*. 2014;90(12):851-8.
- 8.** Lirio Casero J, García Pérez J. Protocolo de seguimiento del síndrome de Down. *Pediatr Integr*. 2014;8:539-49.

TRANSFERENCIA

DE CONOCIMIENTO

EN ESTE VOLUMEN, QUEREMOS RESALTAR LOS EACPAS QUE SE VOLVIERON GUÍAS COMPLEMENTARIAS EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO.

Pero... Recordemos ¿Qué es un EACPA?

Corresponde a la sigla: Evidencia Aplicada al Cuidado Primario Ambulatorio. Consiste en una estrategia de búsqueda y síntesis de la literatura vigente que resuelva un problema específico de Javesalud. Esta actividad tiene un origen académico dentro de las prácticas formativas de residentes de Medicina Familiar, Pediatría y Ginecología y son producto académico de sus rotaciones con implicaciones dentro de la evaluación. La revisión y retroalimentación está a cargo del coordinador de prácticas formativas, la dirección médica y el comité de ética en investigaciones. Tienen una metodología específica y rigurosa e intentan dar solución a una problemática clínica específica. Esta estrategia ha sido reconocida por el ICONTEC como una fortaleza institucional. Los EACPAS de mayor calidad se han transferido a Javesalud como guías complementarias. Si no los conoce y aún no los aplica es el momento de hacerlo.

¡Aquí nuestros nuevos EACPAS!

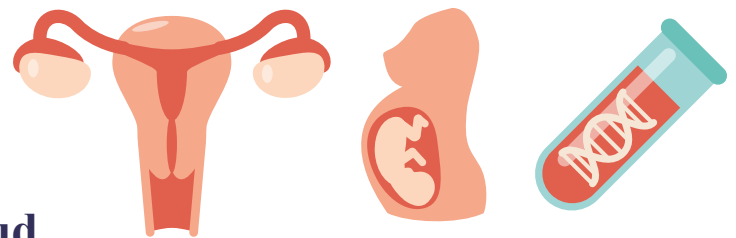
- **Hiperandrogenismo**
- **Estrenimiento en niños**

Otros EACPAS vigentes en Javesalud

¿Sabe cómo diagnosticar y abordar las pacientes con Síndrome de ovario poliquístico?

¿Conoce la evidencia sobre el tratamiento no hormonal en la mujer menopáusica?

¿Desea repasar la evidencia sobre evidencia contundente en el tratamiento de *H. pylori*?



¿Desea repasar sobre el tratamiento de la infección **urinaria** del adulto mayor?

¿Sabe que hacer ante un paciente que consulta por **calambres** en miembros inferiores?

¿Cómo se puede abordar desde la atención primaria a una paciente con **aborto recurrente**?

Tip de ayuda para encontrar estos EACPAS en Javesalud

Diríjase a a ALMERA, en documentos busque la palabra “EACPA” y encontrará las revisiones de estos temas que son guías complementarias para la atención en salud, o bien, busque en ALMERA por las palabras claves subrayadas en el segmento anterior.

Nota final: si usted identifica una necesidad en su área sobre una pregunta clínica específica que pudiera ser resuelta a través de un EACPA no dude en escribir a la dirección médica (agutierrez@javesalud.com.co) o al área académica (ppaez@javesalud.com.co , jvivas@javesalud.com.co).



ACADEMICOS

DESTACADOS

MEJORES DOCENTES CORE



Yanira Guerrero
Dermatóloga
Docente Pregrado Medicina PUJ



Sergio Navarrete
Médico General
Docente Pregrado Medicina PUJ



Martha Johana Aguilar
Médico Internista
Docente Pregrado Medicina PUJ



Paola Ximena Marquez
Médico Pediatra
Docente Pregrado Medicina PUJ



Solange Johanna Monsalve
Ginecóloga
Docente Pre y Postgrado Medicina PUJ



Miguel Antonio Bohorquez
Mejor Docente Core
Médico General
Docente pregrado Medicina PUJ

MEJOR DOCENTE EN CONTACTO CON EL ESTUDIANTE



Natalia Andrea Jaramillo
Médico General
Docente Pregrado Universidad el Bosque



Daniel Castro
Médico General
Docente Pregrado Universidad el Bosque

MEJOR RESIDENTE FORMADOR



Diego Contreras
Médico Residente
de Medicina Familiar PUJ

DOCENTE FACILITADOR



Ruth Falla
Enfermera Jefe
Gerente de Servicio

NOTICIAS Y NOVEDADES

Publicaciones y presentaciones

1. Ceremonia de entrega de certificado de renovación de acreditación Javesalud.

El día 09 de agosto se hizo una ceremonia de entrega de certificación por parte del ICONTEC, a la cual asistieron como invitados el Ministro de Salud, Dr. Juan Pablo Uribe, El Director Ejecutivo de Icontec, Dr. Roberto Montoya, el padre Jorge Humberto Pelaez, S.J, y muchos representantes importantes del sector. Las estudiantes de Medicina de la PUJ, Juliana Villanueva y Ana María Ayala recibieron la certificación de parte de las directivas del ICONTEC. Durante la ceremonia se destacó a Javesalud como un reconocido escenario de prácticas para la formación de profesionales de la salud. Puede ver la noticia completa aquí:



<http://www.javeriana.edu.co/noticias/noticias?aID=9942639&tID=22767#.W41JquhKiM8>

2. Cura Alterius: ¿Cómo vamos?

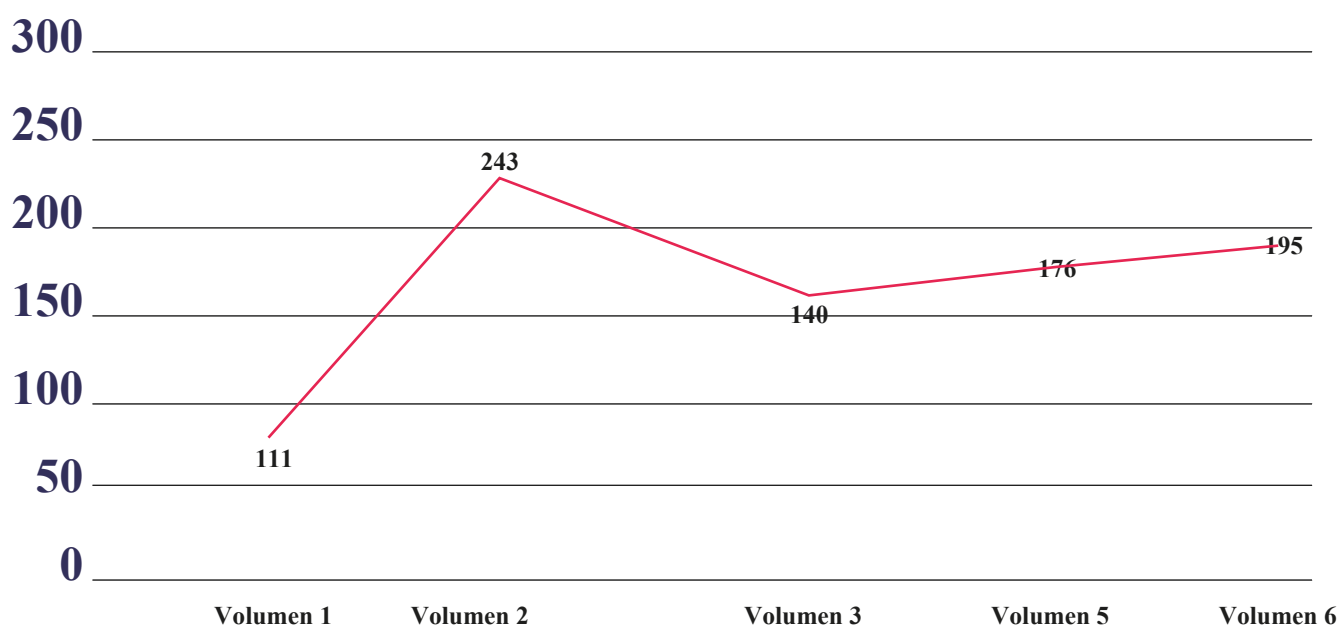
“Gracias a sus aportes, hicimos una modificación en la metodología de evaluación de ¿Cuánto aprendió?, volumen 6 (marzo a mayo) tuvo 195 cuestionarios resueltos. Esta es NUESTRA revista, el equipo editorial está dispuesto a apoyarlos para que se animen a escribir en ella. En particular, queremos que podamos contarnos aquellas innovaciones y reportes de caso administrativos que se destaquen en Javesalud. Escríbame a ppaez@javesalud.com.co si tiene una idea para escribir sobre estos temas” Paola Páez, Directora Académica.

Y FINALMENTE... RECORDEMOS NUESTRAS METAS DE CURA ALTERIUS

1. Que las células propongan al menos un artículo en la revista durante el 2018 (puede ser de reflexión, reporte de caso, un comentario de actualidad en el sector, etc). Esto hará parte de su puntaje en tejido de calidad.
2. Que lleguemos a 200 lecturas promedio por volumen (estamos en 174) Se mantendrá el reconocimiento a la célula más lectora en los premios de tejido de calidad.
3. Que el promedio general de ¿Cuánto aprendió? Se mantenga superior a 4,5.

¡Así vamos!

Cuestionarios resueltos 2017 - 2018 Cura Alterius



3.
 - Durante el año 2018 hemos recibido 241 estudiantes en 32 prácticas formativas (rotaciones), quienes han ocupado 880 cupos en el año.
 - El porcentaje de satisfacción de UNIVERSIDADES fue del 100% de enero a junio de 2018.

- El porcentaje de satisfacción de prácticas en el 2018-1 fue del 93.9 % (últimas mediciones semestrales desde 2017-2: 94,9%; 95,3%; 94%).
- El porcentaje global de satisfacción docente es del 93%.
- Así vamos en la evaluación de las sedes. El resultado por sedes es muy similar, superando la meta de mas de 90%. La sede Javeriana se mantiene como la que más puntaje de satisfacción tiene, pero Santa Barbara y Santa Beatriz se acercan mucho. La sede Santa Bárbara subió varios puntos en los buenos y disminuyeron los malos con respecto a otros semestres. Recordemos que los puntajes de estas tres sedes en el pasado estaba en 87%, esto significa un tendencia muy positiva en el mejoramiento de la calidad docente en esta sedes.
- ¡Llevamos un año y medio con las tres por encima del 90%, excelente trabajo!!

SEDE	% Excelente	% Bueno	Total
Sede Javeriana	68,9%	25,9%	94,8%
Sede Santa Bárbara	70,3%	22,8%	93,1%
Sede Santa Beatriz	68,1%	25%	93,1%

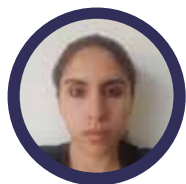
4. ¿Cómo vamos en investigación?

- A corte de junio de 2018 teníamos 8 proyectos activos con participación de colaboradores de Javesalud en el 100% de ellos (en calidad de investigador principal, coinvestigador y colaboración). Para el tiempo corrido entre julio y agosto aprobamos 2 mas para un total de 10 proyectos.
- Nuestro indicador “participación de colaboradores en proyectos de investigación” sigue en tendencia positiva. Hoy el 5,3% de los colaboradores de Javesalud participan en actividades de investigación. Nuestra meta es 3%.
- Las Doctoras Paola Rodriguez, Alejandra Villadiego, Adriana Rojas, y la Jefe Monica Arroyave participaron en la Convocatoria de Investigación del HUSI con el proyecto “registro JAVEPOC”.

Nuestros miembros activos del grupo:



Liliana Rodelo
Médica Familiar



Gina Castellanos
Médica Familiar



Daniel Castro
Médico General



Diana Tello
Médica General



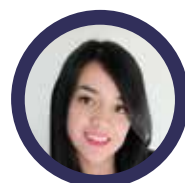
Claudia Robayo
Médica General
Epidemiología



Ana Cristina Estrada
Médica Internista



Lina Ramírez
Pediatra



Diana Martínez
Jefe de Enfermería
Epidemiología



Nelci Becerra
Médica Familiar
Líder del grupo



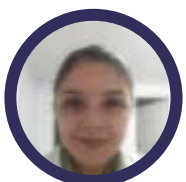
Julieta Bastidas
Médica Familiar



Wilson Hernández
Médico Familiar



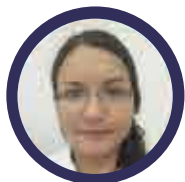
Norma Ruiz
Médica Familiar



Eliana González
Médica Familiar



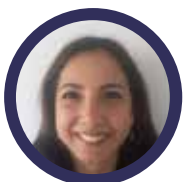
Javier Brito
Pediatra



Diana Edith Martínez
Médica General



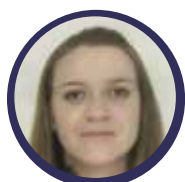
Alejandra Villadiego
Médico General



María Lucía Castañeda
Pediatra



Jorge Jaramillo
Médico General
Epidemiología



Paola Rodríguez
Médico Familiar

¿CUÁNTO APRENDIÓ EN ESTE NUMERO?

Para este volumen ustedes realizarán una “ruleta de palabras” para saber cuánto aprendieron en este volumen, se sorprenderán porque viene con preguntas sobre cura alterius pero también sobre otros temas de interés para todos, diviértanse y gane puntos en sus células:

SI YA HIZO EL CRUCIGRAMA DE LA VEZ PASADA (CURA ALTERIUS 6) SIGA ESTOS PASOS:

1. Ingrese al link e inicie sesión primero. no haga el juego sin iniciar sesión.

<https://es.educaplay.com/es/editarActividad.php?action=editarActividad&idActividad=3965705>

2. Una vez incie sesión, diríjase a RECURSOS EDUCATIVOS y de click

3. Le aparecerá un Buscador, Allí ponga: “Cura Alterius 7”

4. Aparecerá la actividad Cura Alterius 7 y dará click en comenzar

Si no hizo el crucigrama la vez pasada:

1. Debe crear una cuenta en “Crear cuenta gratuita”

2. Una vez creada la cuenta, siga los pasos 2 a 4 del anterior punto.





JAVESALUD

Todos Nuestros Sentidos en Usted