

CURA ALTERIUS



REVISTA DIGITAL - VOL 9 - ENERO - MARZO 2019

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. José Octaviano Barrera Gutiérrez

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

Dra. Claudia Ximena Robayo González

CRÉDITOS



Dra. Isabel Zapata
Gerente de Sede Toberín, Javesalud

Las salas de espera en las instituciones de salud han sido históricamente espacios percibidos por el usuario como poco productivos y agotadores generando en muchos casos impaciencia e irritabilidad.

Implementar actividades educativas en salud en las salas de espera es una herramienta que fomenta espacios de aprendizaje donde los usuarios de forma dinámica y participativa son estimulados a adoptar hábitos de vida saludables, favoreciendo su autocuidado y la prevención de enfermedades. Esto hace que la espera se convierta en una mejor experiencia para el usuario y redunde en una mayor satisfacción.

La educación al paciente se ha limitado al ámbito de la consulta y a través de actividades grupales donde hay intereses o condiciones patológicas comunes, pero otros espacios como la sala de espera no son comúnmente utilizados.

La sala de espera de la Sede Santa Bárbara recibe aproximadamente en un día 1400 usuarios los cuales se benefician de diversas actividades donde se combinan la información y la educación en salud. Estas actividades son lideradas por el área de enfermería y participan activamente estudiantes de medicina, de enfermería y de fisioterapia.

Se educa en temas de interés general como higiene de manos prevención de enfermedades respiratorias, prevención de cáncer de seno y cuello uterino, prevención de diabetes mellitus, detección temprana de hipertensión arterial, pausas activas y promoción de hábitos de vida saludables entre otros. Es un programa sistemático que incluye la retroalimentación al que educa, la priorización de temas y una metodología específica.

Este proceso no es solo enriquecedor para el paciente sino también para los colaboradores y estudiantes. Estos últimos ponen en práctica los conocimientos que han adquirido, participan en el diseño de la estrategia y desarrollan habilidades de manejo de público. Los profesionales identifican necesidades particulares de las diferentes poblaciones que confluyen en la sala, resuelven dudas y se actualizan permanentemente.

Nuestro reto es seguir fortaleciendo este proceso a través de estrategias innovadoras que permitan seguir desarrollando competencias en estudiantes y colaboradores y favorezcan que el usuario viva y experimente lo enseñado.

**INVESTIGACIÓN
FINALIZADA**

1

**LA INVESTIGACIÓN
DEL MOMENTO**

7

**INVESTIGACIONES
ACTIVAS**

9

**EL EACPA DEL
MOMENTO**

10

**TRANSFERENCIA DE
CONOCIMIENTO:
Nuestro Foro Parte 2**

19

**ACADÉMICOS
DESTACADOS**

28

NOTICIAS Y NOVEDADES

29

**¿QUÉ APRENDIÓ EN ESTE
NÚMERO?**

33

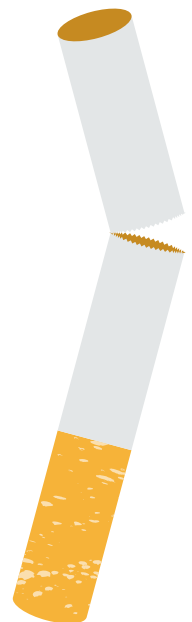
INVESTIGACIÓN FINALIZADA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL
TABAQUISMO EN PROFESIONALES MÉDICOS DE LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA Y JAVESALUDEN
BOGOTÁ, COLOMBIA.**

*Autores: Nelci Becerra Martínez¹, Luz Helena Alba², Diana De La Asunción Ramírez³,
Marcela Sánchez Currea³, Claudia Robayo⁴.*

1. Médico Familiar. Javesalud - PUJ
2. Médico Familiar. Magister en epidemiología clínica. PUJ
3. Residente de medicina familiar PUJ.
4. Médica epidemióloga. MSc (c) Toxicología. Javesalud.

Introducción: El tabaquismo es un problema de salud pública a nivel mundial, no solo por ser un factor de riesgo modificable para un largo número de enfermedades, sino por su configuración misma como una enfermedad resultada del consumo de cigarrillo, caracterizada por ser crónica, transcurrir con recaídas, conocida como una triple dependencia (física, psicológica y social), requiriendo repetidas intervenciones para dejar de fumar, siendo reconocida como un trastorno mental y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10).



Existen intervenciones con eficacia comprobada para ayudar a los pacientes a dejar de fumar: la consejería breve e intensiva, la terapia de reemplazo nicotínico, y medicamentos como el bupropión, la nortriptilina y la vareniclina. La combinación de consejería y medicamentos es más eficaz que cualquiera de las dos intervenciones solas, y cuando se realizan de manera oportuna, pueden reducir rápidamente el riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

Sin embargo, los índices de abordaje del tabaquismo en el ámbito del cuidado primario siguen siendo muy bajos. En algunos países donde se dispone de esta información, tan solo la mitad de los fumadores actuales reportan haber sido interrogados acerca de su hábito tabáquico y menos de la mitad recibieron consejo específico sobre cómo abandonar su consumo. Un estudio realizado en Chile encontró que solamente el 43,7% de los pacientes atendidos en un escenario de atención primaria fue evaluado sobre el consumo de tabaco, y del total de fumadores, solo al 37,1% se le aconsejó dejar de fumar. En general, factores como el bajo nivel de formación y entrenamiento en cesación de tabaco durante la formación de pregrado, la falta de lineamientos sobre la atención del tabaquismo en los sistemas sanitarios, la no inclusión de los medicamentos específicos en los planes de beneficio, entre otros, son barreras para ofrecer ayuda a los fumadores en el entorno asistencial.

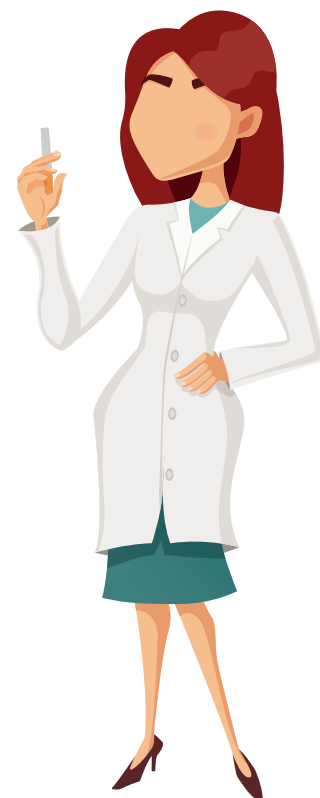


¿Cuál es el problema que este proyecto ayuda a resolver?

El propósito de este estudio está encaminado a determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el tabaquismo en los profesionales de salud y estudiantes de medicina de último año, y la potencial asociación de estos factores con la posibilidad de ofrecer intervenciones de atención en tabaquismo a sus pacientes. Desde esta perspectiva, se pretende aportar un insumo importante para promover procesos de discusión y reflexión que conlleven al diseño e implementación de estrategias que permitan incluir y fortalecer las intervenciones de atención al tabaquismo ofrecidas por parte de los profesionales de la salud en Colombia, favoreciendo la revisión y ajuste de los programas académicos tanto a nivel de pregrado como de posgrado, así como la adherencia a guías de práctica clínica para la adecuada atención en tabaquismo, como un elemento fundamental para fortalecer las estrategias implementadas para el control del tabaquismo.

¿Cómo hicieron este proyecto?

Se realizó un estudio de corte transversal, previo aval del Comité de Ética e Investigaciones de Javesalud, a partir de una encuesta aplicada a estudiantes de medicina de último año de la Pontificia Universidad Javeriana y profesionales en medicina en ejercicio en una institución de salud de cuidado primario ambulatorio (Javesalud IPS). Se consideró la participación del universo de estas dos poblaciones. La herramienta utilizada, conocida como Encuesta Mundial de Tabaquismo en Estudiantes de Profesiones de la Salud, fue diseñada por OPS/OMS, obteniendo la autorización para su uso en este proyecto por parte del área de prevención y control de Enfermedades Crónicas OPS/OMS Colombia (2018). La encuesta se aplicó de manera virtual, en el mes de octubre de 2018, mediante difusión a través de los correos institucionales de la población objeto de estudio, recolectando en total 160 encuestas, correspondientes al 80% del universo seleccionado.



¿Cuáles fueron los resultados más importantes?

Del total de las personas encuestadas, el 31,8% eran estudiantes de internado, el 31,8% médicos generales, el 11,9% médicos residentes y el 24,4% médicos especialistas, con un consumo de cigarrillo en el último año del 58,7% y en el último mes del 22,4%. El 10% de los médicos internos refirió haber usado cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, en comparación con el 2,5% de los médicos generales y el 1,2% de los médicos especialistas. En relación con los conocimientos frente al tabaquismo, el 84,4% de los encuestados conoce las razones por las cuales las personas fuman y el 56,9% manifiesta conocer la importancia de entregar material educativo y de apoyo a los pacientes que desean dejar de fumar. En cuanto al conocimiento sobre terapia con medicamentos el 95,6% conoce la terapia de reemplazo nicotínico, el 78,7% conoce sobre el uso de medicamentos antidepresivos como el bupropión.

Con respecto a las actitudes sobre el tabaquismo, para las personas que nunca han fumado es más molesto cuando alguien fuma en su presencia, que para las personas que alguna vez han sido fumadores (82% versus 59%). La mayoría (98%) considera que es importante recibir entrenamiento sobre intervenciones en cesación, así como también consideran que las posibilidades que un fumador deje de fumar son mucho mayores si un profesional de la salud le aconseja hacerlo (el 94,4% de los encuestados).

También la mayoría (99%) considera que los profesionales de salud deberían aconsejar rutinariamente a sus pacientes para dejar de fumar cigarrillos y el 86,3% considera que también deberían aconsejar a sus pacientes para dejar de fumar otros productos derivados del tabaco, diferentes al cigarrillo.



El 73,8% considera a los profesionales de salud como modelos para sus pacientes y la comunidad, y el 72,3% cree que los profesionales fumadores tienden a aconsejar menos a sus pacientes para que dejen de fumar, sin encontrar diferencias significativas entre los que alguna vez fumaron y los que nunca han fumado.

En relación con las prácticas en tabaquismo, de los encuestados que alguna vez fumaron, el 56,4% dejaron de hacerlo hace más de 3 años y el 12,7% aún sigue fumando; de estos, el 8,5% no contempla dejar de fumar. Para el caso de los que alguna vez fumaron, el 96,8% refieren no haber recibido consejería para dejar de fumar.

Al ver si hay asociaciones entre algunos de los resultados, se encontró que los profesionales menores de 32 años tienen entrenamiento formal sobre manejo de tabaquismo, y también que conozcan sobre medicamentos como el bupropion. Sin embargo, estos mismos profesionales tienen una menor percepción de sí mismos como modelos a seguir. También se encontró que es dos veces más probables que las profesionales mujeres consideren a los profesionales de la salud como modelos para sus pacientes y la comunidad.

¿Cuáles con las conclusiones de este proyecto?

El mayor consumo de cigarrillo se evidencia en los profesionales más jóvenes y uso de por lo menos alguna vez en su vida de cigarrillos electrónicos. Aunque el nivel de conocimiento frente al tabaquismo en general es bueno, casi la mitad de los encuestados no tiene conocimiento sobre la importancia del uso de material educativo para apoyar el proceso de dejar de fumar de sus pacientes, y cerca del 40% no tiene entrenamiento en el uso de terapias farmacológicas. La mayoría de los profesionales encuestados consideran que es importante realizar intervenciones para la atención del tabaquismo. No obstante, casi una tercera parte de los encuestados no considera que los profesionales de salud son modelos para sus pacientes y la comunidad y el 72,3% consideran que los profesionales que fuman tienden a aconsejar menos a sus pacientes que dejen de fumar.

Al parecer, el nivel de entrenamiento formal en cesación de tabaco es mayor en los médicos más jóvenes, y la posibilidad de tener un mayor nivel de entrenamiento en los temas de cesación tabáquica se asocia con una mayor posibilidad de aplicar intervenciones de control de tabaco en sus pacientes. En síntesis, conocer los niveles de consumo de tabaco en los profesionales médicos y determinar los conocimientos, prácticas y actitudes respecto del tabaquismo, es relevante para revisar y ajustar los contenidos curriculares relacionados con esta temática en los programas de formación académica, así como fortalecer la importancia del rol de los profesionales de la salud en el control del tabaquismo, además de reforzar la educación continua para los profesionales en ejercicio que permitan mejorar la implementación de intervenciones para la atención del tabaquismo y optimizar el grado de adherencia a las guías de práctica clínica.



INVESTIGACIÓN DEL MOMENTO

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, USO DE RECURSOS EN SALUD, Y COSTOS DE ATENCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON EPOC MODERADA A GRAVE.

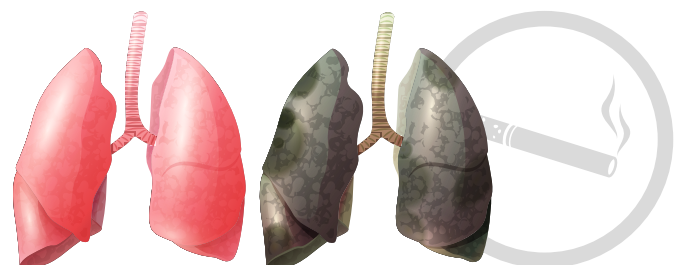
Autores: Carlos Celis 1, Paola Rodríguez 2

1. Médico Internista, Neumólogo, HUSI

2. Médica Familiar. Javesalud.

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las más frecuentes llegando a presentarse hasta en el 10% de la población mundial. En el ciclo de atención de los pacientes con esta enfermedad, se encuentran una serie de paraclínicos que se usan para determinar el control y estabilidad, sin embargo, algunos de estos exámenes podrían ayudarnos a identificar patrones específicos de síntomas y por lo tanto generar tratamiento dirigidos. Un ejemplo es la presencia en algunos pacientes con EPOC de síntomas que semejan a los del asma, otra enfermedad pulmonar en la cual el control y manejo puede ser diferente, pero que para presentar síntomas similares generan cambios a nivel de células de la defensa que pueden ser identificables. Este comportamiento se puede observar en exámenes paraclínicos básicos y podría ser una forma de diferenciar los pacientes que tienen EPOC con síntomas de asma, de los que tiene EPOC sin estos síntomas.

A largo plazo, esta diferencia puede hacer que los tratamientos se orienten más al tipo de paciente lo que produciría mayor estabilidad de la enfermedad.



Otro aspecto importante es los costos en salud derivados de la atención de los pacientes con la enfermedad, donde debemos tener en cuenta que el adecuado manejo y control de los síntomas disminuye las visitas a urgencias y las hospitalizaciones por infección, dificultad para respirar y requerimientos de oxígeno.

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

Describir las características de la población, los exámenes que tienen, las hospitalizaciones o complicaciones y los costos de la atención en pacientes con EPOC de moderada a grave en Colombia.

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

La identificación de otros exámenes que ayudan a conocer el tipo de pacientes y sus características con respecto a la enfermedad, pueden generar cambios en el manejo, aplicación de tratamientos más específicos y disminución de las complicaciones asociadas como consultas a urgencias y hospitalizaciones. Al final, estos hallazgos pueden generar cambios en el modelo de atención y disminuir los costos de la atención en salud.

Al ser Javesalud una institución que cuenta con un programa específico para la atención de esta enfermedad, se obtendrá información más clara de los pacientes, con análisis de costos y que puede mejorar a largo plazo la atención.

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

El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación. La doctora Paola Rodríguez participa como co-investigador en el proyecto, se tiene información de aproximadamente 100 pacientes. Se desea una cantidad de 200, por lo que esperamos el estudio termine la recolección en los próximos meses.

INVESTIGACIONES

ACTIVAS EN JAVESALUD

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. Fase II	Modelos de Atención / Enfermedades Crónicas	Fanny Paola Rodríguez (IP) - Andrés Duarte (Coi) - Jorge Arias (Col)	Grupo de investigación Javesalud - Programa EPOC
Scaling up Science-based Mental Health Interventions in Latin America.	Intervención de P y P	Carlos Gomez Restrepo (IP) Fernando Suarez Obando (Coi) Sergio Castro (Coi), Goretty Oviedo (Coi) Paola Páez (Coi)- Isabel Zapata (Col)- Norma Ruiz (Col)	Instituto nacional de salud mental de USA, Universidad de Darmouth, Epidemiología Clínica PUJ
Efecto del tratamiento periodontal sobre biomarcadores de Inflamación en pacientes hipertensos.	Enfermedades Crónicas	Francina Escobar (IP), Catalina Latorre (IP)- Eliana González (Col)	Pontificia Universidad Javeriana Odontología
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).	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 Gonzalez (Coi), Norma Ruiz (Coi)	Grupo de Investigación Javesalud
Practicas alrededor de tamización de displasia del desarrollo de la cadera en el HUSI y Javesalud	Intervención de P y P	Claudia Granados (IP), Maria Paula Valderrama (Coi), Arturo Marroquin (Coi), Fabian Gil (Coi), Diana Martinez (Col)	Pontificia Universidad Javeriana Departamento de Epidemiología Clínica
Caracterización clínica, Uso de recursos en salud, y costos de atención de una cohorte de pacientes con EPOC moderada a grave.	Enfermedades Crónicas	Carlos Celis (IP), Paola Rodriguez (Coi)	Hospital Universitario San Ignacio departamento de Neumología
Estimación del riesgo cardiovascular por 4 escalas, formas de formulacion de estatinas y adherencia de los pacientes en una población adulta en una IPS de atención primaria.	Proceso diagnóstico y tamizaje Enfermedades crónicas	Diana Edith Martínez (IP), Liliana Rodelo (Coi), José Manuel Vivas (Coi) Pendiente por definir	Grupo de Investigación Javesalud
Determinación del nivel de deterioro cognitivo y la asociación con la severidad del la EPOC en pacientes de un centro de atención primaria en Bogotá.	Enfermedades Crónicas	Alejandra Villadiego (IP) Adriana Rojas (Coi)	Grupo de Investigación Javesalud

(IP) Investigador (a) principal

(Coi) Coinvestigador (a)

(Col) Colaborador (a)

 Profesionales de Javesalud

 Estudiantes en Javesalud


EL EACPA DEL

MOMENTO

ENFOQUE DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON OTALGIA

Autor: Camila Andrea Aguirre León¹, Norma Andrea Ruíz²

1· Médico Residente de Medicina Familiar· PUJ

2· Médico Familiar· Javesalud

Resumen: el dolor de oído es un síntoma que se puede presentar a cualquier edad y es un motivo frecuente de consulta. Su etiología más frecuente es la infecciosa, sin embargo, es importante conocer su asociación a múltiples diagnósticos para realizar un abordaje adecuado. Por lo anterior, es fundamental realizar una historia clínica completa y un examen físico detallado, identificando los factores de riesgo asociados a este síntoma. Así mismo, la identificación de banderas rojas para otalgia es clave para definir la necesidad de ampliar los estudios con el fin de corroborar la sospecha diagnóstica.

El presente documento pretende recoger aspectos relevantes frente al abordaje de este tema, con la finalidad de aplicarlos a la práctica clínica de JaveSalud.



Introducción: El término otalgia, como lo indica su etimología, hace referencia al dolor de oído. Es un motivo de consulta frecuente tanto en el servicio de urgencias como en consulta externa, y se calcula que equivale al 4% de las consultas de un médico de atención primaria. (1) Su incidencia varía de acuerdo con su etiología, donde se encuentran desde causas infecciosas hasta causas mecánicas, traumáticas, neurológicas y neoplásicas.

De acuerdo con la causa del dolor se puede clasificar en primaria si el origen del dolor es el oído. La otalgia primaria corresponde a 2/3 de los casos y usualmente es más frecuente en niños y de presentación aguda. Si su origen es referido de otras estructuras adyacentes al oído, se denomina secundaria y corresponde a 1/3 de los casos. Esta última es más frecuente en adultos y su presentación suele ser más de forma crónica que aguda. El pronóstico de la otalgia generalmente es favorable y su tratamiento fácilmente disponible y altamente efectivo en la mayoría de los casos. (1,2).

Metodología: En PubMed se verificó término MeSH, como “Otalgia”, como sinónimo “Earache”. En el buscador de PubMed se introdujeron los términos “Otalgia AND Primary care”, “Ear pain AND Primary Care” y “Earache AND Primary care”. Se eligieron filtros: “Clinical trial”; “Guideline”; “Review” y “Systematic Reviews”, adicionalmente filtro de últimos 5 años. En la página del American Family Physician se realizó búsqueda en el ‘Journal’ con palabras clave: “Otalgia”, “Ear pain” y “Earache”. Se obtuvieron en cada búsqueda en promedio entre 8 y 30 artículos, se seleccionaron los más actualizados y aquellos que se ajustaban a las necesidades de la presente investigación.



Presentación Clínica: La presentación clínica puede ser aguda si el dolor tiene un tiempo de evolución menor a 3 semanas o crónica si es mayor a este tiempo. En cuanto al inicio del dolor puede ser súbito o progresivo, de intensidad leve o severa y en sus características intermitente o persistente. Por ejemplo, en el marco de un cuadro infeccioso o de causa primaria las características del dolor pueden ser continuas e incrementar en el transcurso del día, mientras que el dolor de características intermitentes suele asociarse con otalgia secundaria, como en el caso de alteraciones de la ATM donde el dolor es intermitente y suele desencadenarse con los movimientos de apertura de la boca. (2,4) Frecuentemente se encontrarán otros síntomas y signos asociados al dolor, como secreción purulenta (otorrea), salida de secreción hialina (otoliquia), sangrado (otorragia), alteraciones auditivas (tinnitus o disminución de la audición), sensación de plenitud aural, vértigo, fiebre, cefalea, alteración de la sensación de audición, e incluso de alteraciones en la fonación o en la percepción visual. (1) Síntomas que frecuentemente se asocian a otalgia primaria son otorrea, plenitud aural y disminución de la audición, mientras que en la otalgia secundaria suelen asociarse más síntomas como odinofagia, reflujo gastroesofágico, síntomas nasales o dentales.

(4) El examen físico del paciente con otalgia debe iniciar indagando al paciente el área del dolor, con el fin de encontrar causas secundarias. Todo paciente con otalgia debe tener un examen físico que incluya una inspección completa de la piel, el área pre y post auricular, el pabellón auricular (palpación y tracción), una otoscopia que permita la revisión del conducto auditivo externo y la membrana timpánica en cuanto a su aspecto, movilidad o presencia de algún tipo de líquido o cuerpo extraño. Así mismo, es necesario hacer inspección de estructuras adyacentes como fosas nasales, cavidad oral, oro faringe, laringe y región cervical. (2,4) La presentación clínica depende de la causa, por lo que en la mayoría de los casos la anamnesis y el examen físico son suficientes para hacer el diagnóstico, sin embargo en ocasiones el examen físico del oído puede ser normal y de esta manera requerir un estudio complementario. (4)

Diagnóstico: El diagnóstico en la mayoría de los casos es clínico y depende de una adecuada anamnesis y examen físico, sin embargo, dado que la otalgia es un síntoma que se encuentra presente en múltiples patologías, son numerosos sus diagnósticos diferenciales. Dentro de los diagnósticos de causa primaria los más frecuentes son los de etiología infecciosa, como la otitis externa y la otitis media aguda, seguidos por barotrauma, disfunción de la trompa de Eustaquio, cerumen impactado, presencia de algún cuerpo extraño y la miringotomía. Otros diagnósticos de menor prevalencia, pero relevantes a considerar son colesteatoma, celulitis de la oreja, otitis externa maligna, mastoiditis, herpes zóster ótico (síndrome Ramsay Hunt), trauma directo sobre el oído, pericondritis y condritis neoplasias del conducto auditivo externo.



(2,4) Los diagnósticos de causas secundarias más frecuentes son la parálisis de Bell, caries dental, absceso odontogénico, úlceras o aftas orales, dolor de la articulación temporomandibular (agudo, postraumático o crónico), sinusitis aguda, artritis cervical, amigdalitis, post operatorio de amigdalectomía, parotiditis aguda, linfadenitis cervical, reflujo gastroesofágico y los tumores de cabeza y cuello. (1,2,4) Es importante identificar banderas rojas para otalgia, las cuales pueden indicar la necesidad de ampliar los estudios diagnósticos, principalmente si el examen físico ha sido normal. La realización de nasofibrilaringoscopia, timpanometría, audiometría, hemograma y/o VSG, pueden ser útiles complementando el estudio, ante la presencia alguna de las siguientes banderas rojas: (3,4) 1. Síntomas orofaríngeos: disfonía, disfagia, odinofagia o hemoptisis. 2. Pérdida de la audición.

3. Pérdida de la visión o visión de puntos negros (miodisopsias). En éstos tres, es necesario descartar la presencia de neoplasias de cabeza y cuello. 4. Otolgia en paciente con algún estado de inmunosupresión o diabetes mellitus, ya que tienen mayor riesgo de rápida progresión de infección, asociada a complicaciones como otitis externa maligna, colonización de microorganismos como pseudomonas u hongos y alto riesgo de osteomielitis de la base del cráneo. 5. Otolgia que se instaura por primera vez después de los 50 años. 6. Pacientes con un consumo riesgoso de alcohol, tabaquismo o pérdida no intencional de peso.

Se ha demostrado que el consumo de más de 50 gramos de alcohol al día incrementa hasta 3 veces el riesgo de presentar cáncer de cabeza, cuello o esófago comparado con aquellos que no consumen alcohol. (4) No hay guías de práctica clínica para otolgia claramente establecidas, sin embargo, se encuentra la siguiente evidencia con grado de recomendación es C (consenso de expertos) en todos los casos:

(2) 1. El diagnóstico de otitis media aguda requiere de la presencia de alguno de los siguientes:

- Abombamiento de la membrana timpánica de forma moderada o severa. - Si el abombamiento es leve debe estar asociado a inicio reciente (menor de 48 horas) de otolgia o a eritema. - Otorrea no asociada a otitis externa. 2.

Ante un paciente con otolgia en quien se evidencia un examen físico de oído normal, pero con síntomas o factores de riesgo para neoplasia, solicitar resonancia magnética y nasofibrolaringoscopia. 3. A pacientes de 50 años o más que tengan otolgia y examen de oído normal, se les debería descartar arteritis temporal.



Manejo y Seguimiento: El tratamiento será efectivo en cuanto más pronto se haga un diagnóstico acertado, tenga un inicio oportuno y este encaminado a tratar la causa. Dado que la mayoría de las causas son infecciosas, el tratamiento de la otalgia consistirá en tratar infecciones comunes, prevenir complicaciones y saber cuándo considerar remitir al paciente. (2,3)

Pacientes que durante el seguimiento presenten otalgia persistente, sin causa aparente y con examen físico normal deben ser remitidos al especialista en otorrinolaringología con estudios complementarios. Así mismo, es importante hacer una remisión oportuna a odontología o cirugía maxilo facial cuando la causa sea odontogénica. (3)



El manejo de la otalgia solo con analgesia es raro, sin embargo, los casos donde la etiología no esté clara, y se trate de un dolor leve y de características benignas, se puede plantear tratamiento corto con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) revalorando posteriormente al paciente. (3)

En los cuadros de otitis media aguda como causa más frecuente de otalgia, el tratamiento está enfocado hacia el agente etiológico más probable, donde en la mayoría de los casos es útil la amoxicilina a dosis altas entre 80 a 90 mg/kg/día cada 8 horas durante 7 días. Y en pacientes con sospecha de *H. influenzae* y *Moraxella catarrhalis* (betalactamasas positivos), se debe iniciar amoxicilina clavulanato a altas dosis (90 mg/kg/día) cada 12 horas durante 7

Es posible usar cefalosporinas o macrólidos ante casos de hipersensibilidad a los medicamentos previamente mencionados. Se ha encontrado que el tratamiento antibiótico por más de 24 horas reduce la otalgia, pero se recomienda el tratamiento analgésico desde el inicio del antibiótico para reducir el tiempo de los síntomas. (1)

Todas las rupturas traumáticas del tímpano deben ser valoradas por un otorrinolaringólogo, haciendo énfasis en que no se recomienda la manipulación del conducto auditivo durante dos semanas. Así mismo, es importante explicar al paciente que no hay evidencia en que aplicar gotas mejore el cuadro clínico (evidencia fuerte). Por el contrario, se recomienda cubrir con un apósito estéril de algodón y evitar que entre cualquier líquido al oído. (1)

Prevención:

En otalgias primarias, dependiendo de la edad y de la patología, podrían especificarse las siguientes estrategias preventivas:

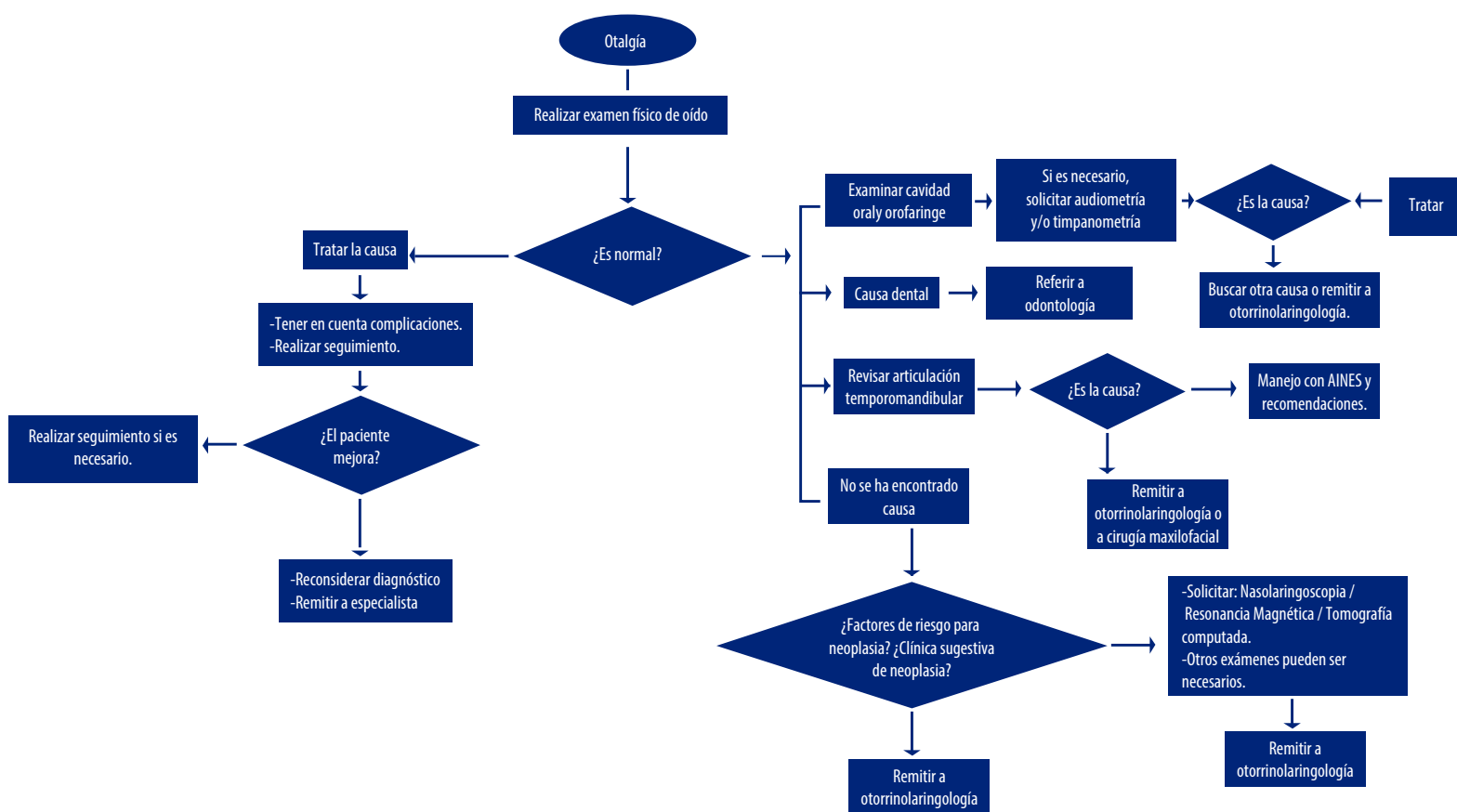
- * **Evitar introducir objetos en los oídos.**
- * **Evitar la impactación de cerumen.**
- * **Evitar complicaciones de infecciones bacterianas o virales.**
- * **Tratar a tiempo y adecuadamente enfermedades infecciosas.**

Para otalgias secundarias, la mejor forma de prevenir este síntoma es evitar los factores de riesgo para desarrollar las patologías resultantes en este síntoma; como el tabaquismo, consumo riesgoso de alcohol (en promedio 3,5 bebidas alcohólicas o más por día) y tener un adecuado control de patologías como diabetes, enfermedad coronaria o algún grado de inmunosupresión.

Conclusiones:

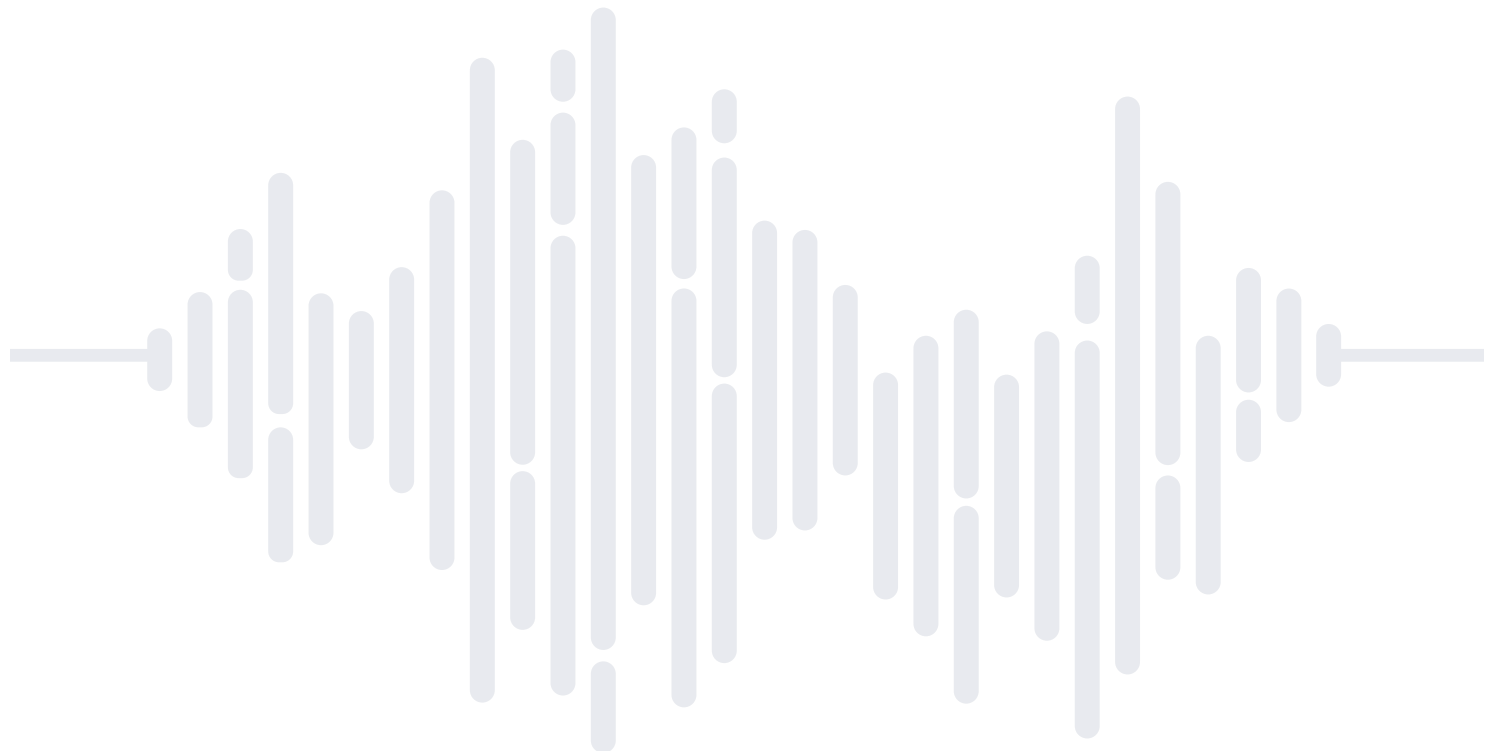
La otalgia es un síntoma que puede acompañar múltiples diagnósticos médicos y no es únicamente la manifestación de una patología o alteración del sistema auditivo, sino también lo puede ser de estructuras adyacentes. A pesar de que en la mayoría de los casos corresponde a una alteración benigna de pronóstico favorable, es importante tener en cuenta, que principalmente en mayores de 50 años y de acuerdo con su contexto, puede ser un síntoma de una patología maligna y pronóstico desfavorable. Por lo que, ante la duda del origen es importante buscar factores de riesgo para otalgia secundaria e intervenir adecuadamente.

Ver flujograma diagnóstico y de manejo.



Bibliografía:

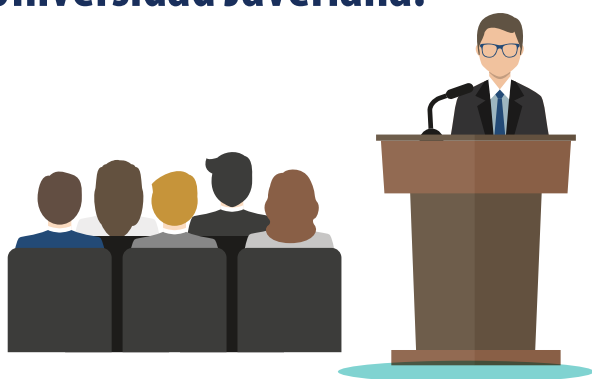
1. Conover K. Earache. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2013;31(2):413–42. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed15&AN=368800703>
2. Earwood JS, Rogers TS, Rathjen NA. Ear Pain: Diagnosing Common and Uncommon Causes. *Am Fam Physician*. 2018;97(1):20–7.
3. Harrison E, Cronin M. Otalgia. *Aust Fam Physician*. 2016;45(7):493–7.
4. Ried E. OTALGIA, DOLOR EN EL OÍDO. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. Elsevier; 2016 Nov 1 [cited 2019 Feb 6];27(6):892–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864016301249>



NUESTRO FORO 2018

PARTE 2

Aquí encontrará algunas de las ideas, conceptos y anotaciones destacadas de la mayoría de los conferencistas que participaron en el “Noveno Foro Internacional de cuidado primario ambulatorio” y “I Simposio Javeriano de Medicina Familiar”, que se celebró los días 29 y 30 de noviembre de 2018, en las instalaciones de la Pontificia Universidad Javeriana.



9° FORO INTERNACIONAL y
DEL CUIDADO PRIMARIO AMBULATORIO JAVESALUD

1° SIMPOSIO JAVERIANO
DE MEDICINA FAMILIAR

**ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
EXPERIENCIAS REGIONALES E
INTERNACIONALES**

29 y 30 de Noviembre de 2018

Organizan:
Javesalud,
Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina,
Instituto de Salud Pública, PUJ.

Lugar:
Pontificia Universidad Javeriana
Auditorio Luis Carlos Galán
Edificio N° 3 Gabriel Giraldo S.J.

ENTRADA LIBRE
Para inscripciones comuníquese al correo electrónico
foro@javesalud.com.co
Para mayor información, visite nuestra página
www.javesalud.com.co

“¿Cómo tendría que cambiar la HC para ser realmente de atención primaria?”.
“Hay mucha fragmentación en la información de la historia clínica en la atención primaria porque se siguen generando programas específicos pero la información se pierde cuando cambia de institución o de programa”.

Dr. Mauricio Rodriguez

“La reglamentación no contempla un modelo de historia clínica único en el país, lo que tenemos es la posibilidad de tener una interoperabilidad, sin embargo, hay múltiples modelos de historia clínica con variables diferentes...”. “En el momento se está trabajando en una historia clínica unificada por entes territoriales, pero no están unificadas con las EPS, por lo que a nivel país no van a ser interoperables”.



Dr. Mauricio Rodríguez



“La resolución de problemas en salud es potenciar la capacidad de todas las personas para influir positivamente en su vida y en el entorno. Esto genera un reto, escoger el equipo idóneo para realizar todas esas funciones, el cual no debe basarse en su esencia como tal, sino adaptarse a todas las características de su entorno, características demográficas, epidemiológicas y culturales”.

Dra. Lina Olaya

“El médico familiar, es un especialista en la atención primaria de alta calidad. Somos un interlocutor muy valioso con respecto al sistema sanitario, ante el individuo y la comunidad, esto nos permite transformar ese lenguaje técnico a un lenguaje cotidiano que impacte en las comunidades y poblaciones en general. Esto ayuda a dinamizar todas las funciones técnicas y sociales que puedan tener todos los actores en salud, para que realmente impacte”

“En el contexto laboral, encontramos una alta concentraciones en las ciudades, un desconocimiento en las funciones del médico familiar donde realizan mas un rol administrativo, con mayor presencia en el sector privado y no en el publico”.



Dra. Lina Olaya



“La medicina que se aprende es la que se practica y por eso las propuesta educativa basadas en competencias, surgen en un ámbito diferente a los de la practica medica”.

Dra. Lina Olaya

“Las enfermedades crónicas no son solo un problema de salud si no de diferentes actores; si las personas no pueden acceder a una alimentación saludable, no pueden hacer ejercicio en el parque, no es pueden mejorar su salud; por eso trabajamos en diferentes componentes como el programa “Tómate la vida” que es una estrategia de acción colectiva que permite el desarrollo de pensamiento crítico en torno a prácticas saludables de los ciudadanos.”



Dra. Natalia Lasso

“Contamos con un “Observatorio de enfermedades crónicas” y estamos ahora trabajando en la creación de un “Observatorio Social”, con el objetivo de tener la información, manejarla, evitar duplicidad y darla a los tomadores de decisiones”.

“Creamos además un aplicativo que permite hacer un tamizaje para enfermedades crónicas, como obesidad, diabetes, como factores de riesgo, con el objeto de asociarlo con instituciones que brinden el apoyo”.

Dra. Natalia Lasso

“Perdimos la integralidad del médico al solo hacer medicina reparativa. No es lo mismo el cuidado que la atención, entonces APS, debería ser cuidado primario en salud, el cuidado tiene una connotación mas simétrica, horizontal y participativa, mientras que la atención es más vertical. Por eso, diseñamos un modelo de programa de medicina familiar basándonos en la teoría general de sistemas para darle respuesta a las necesidades del Departamento de Boyacá”



Dr. Jorge Castillo

“En la clínica de diabetes hay un compartir con el paciente, en el consultorio, en el domicilio y en el hospital. Tenemos un equipo que garantiza la humanización del servicio al usuario y a su familia, con un proceso de interacción con los diferentes componentes, donde el paciente es el centro de la atención, siendo una atención reactiva y prospectiva hacia el usuario, integral e integrada”

Dra. Gloria Amparo Mira

“Le enseñamos a los pacientes que con ciertas modificaciones pueden comer otras cosas que les habían indicado no debían consumir”.

“En el programa “Generación vida nueva” tenemos un modelo conductual para la educación que está planteado en entender los riesgos de las maternas que podrían tener diabetes gestacional... se identifica a través de todos los contactos que podamos tener con ellas dentro y fuera de la institución prestadora, identificando en ellas que percepción de beneficio tienen frente a estos programas. Esto permite entender las expectativas de resultado que tienen las pacientes y al mismo tiempo define cuáles serían los objetivos a lograr frente al tema de autocuidado”.

Dr. Humberto Mendoza

“En una revisión de la universidad Simón Bolívar el 60% de las pacientes en embarazo estaban en etapas pre-contemplativas y contemplativas sobre la actividad física, solo unas pocas estaban en fase de acción, lo que quiere decir que muy pocas creían que el ejercicio realmente les podía ser beneficioso para el embarazo. Dentro de las barreras que se identificaron el 92% decían que no hacían actividad física durante el embarazo o porque pensaban que les iba a ocasionar daño o les daba temor hacerlo o no tenían recurso para actividad física. Tener la concepción errónea de que el ejercicio hace daño en el embarazo es factor de riesgo individual para aumentar la probabilidad de diabetes gestacional”.



Dr. Humberto Mendoza

“Los datos de autoreporte puede subestimar las prevalencias de una enfermedad hasta un 14%, los RIPS reportan una prevalencia más baja que lo puede ser poblacionalmente”.

Dr. Diego Lucumí

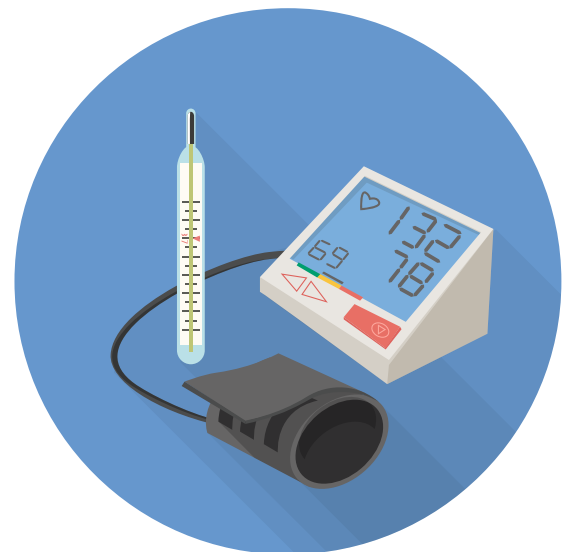
“Se debe hacer un abordaje más social de la hipertensión y no tanto desde lo individual, entenderla como un fenómeno con implicaciones sociales y que por tanto debería ser abordada desde esa perspectiva, pero nos encontramos con que hay una poca valoración de lo que son las desigualdades en hipertensión. Estamos tratando el problema de un forma homogénea en un país altamente desigual”.

Dr. Diego Lucumí



“La perspectiva de construir una explicación de lo que esta pasando con la hipertensión en Colombia estaba poco ligada a tener unos modelos conceptuales que ayudaran a entender el problema, damos pasos en falso por no tener un referente”.

Dr. Diego Lucumí



“La necesidad de construir modelos conceptuales, como un factor como la educación puede explicar un fenómeno como la hipertensión se presenta, es entender como todas esas vías empiezan a tener un sentido y a explicar una condición cómo está”

Dr. Diego Lucumí

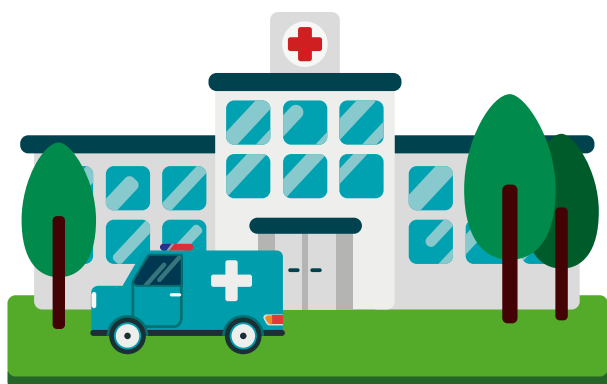


“Abordar el problema de hipertensión en Colombia implica entender las condiciones de inequidad, la condición social y toda la complejidad del fenómeno si queremos tener una visión compleja y comprensible de la hipertensión”

Dr. Diego Lucumí

“Los departamentos que estaban en los dos quintiles más altos de desigualdad, tenían mayor probabilidad que sus habitantes tuvieran hipertensión. Por lo que esto incluye una visión a nivel estructural pero también a nivel individual desde la perspectiva de la condición social. Pudimos determinar que el nivel educativo bajo es por si solo un factor de riesgo para HTA en el departamento del Chocó”

Dr. Diego Lucumí



“La atención en salud debería ser completa integral e integrada en todos los niveles de complejidad, que es lo que busca resolver la investigación sobre el tema de tabaquismo y el consumo de alcohol”.

Dra. Luz Helena Alba

“El consumo de tabaco, cuando la consejería breve se lleva a cabo, se aumentan significativamente las tasas de abstinencia y este incremento es dosis dependiente del tiempo que se dedique para realizar esta intervención. Sabemos que, si tomamos entre 3 a 10 minutos para realizar las intervenciones, la tasa de abstinencia podría incrementarse y ser de hasta el 16% con incrementos que son estadísticamente significativos”

Dra. Luz Helena Alba

“Se recomienda un modelo estandarizado de consejería”

Dra. Luz Helena Alba



“En cuanto al consumo de alcohol luego de una intervención breve en alcohol, las personas logran reducir 2.5 bebidas estándar a la semana y esta reducción es estadísticamente significativa y esto sucede luego de 6 a 12 meses de seguimiento. Comparado con las intervenciones de grupo control, cuando hacemos intervenciones en alcohol se disminuye el riesgo que una persona sobre pase los límites de alcohol que se consideran seguros y también se disminuye el riesgo de tener episodios de consumo pesado”

Dra. Luz Helena Alba

“La recomendación de la OMS es que los profesionales deberíamos tamizar a todos los pacientes con los cuales tenemos contacto y deberías ofrecer estrategias estructuradas de consejería breve para tratar de motivarlos a disminuir su consumo”

Dra. Luz Helena Alba



“Las intervenciones breves en el ámbito hospitalario han demostrado disminuir la probabilidad de re-operación, de cirugías extensas y las complicaciones cardiovasculares, pulmonares y de la herida quirúrgica, aun cuando las personas ya tienen una condición de salud instaurada vale la pena intervenir el factor de riesgo”.

Dra. Luz Helena Alba

“La formación médica en temas de intervenciones breves es necesaria si realmente queremos transformar este tipo de factores de riesgo”.

Dra. Luz Helena Alba



“Sembrando salud en Soracá, es una iniciativa que centra sus esfuerzos en mejorar las condiciones de nutrición y seguridad alimentaria en una población rural, siendo que en este municipio la tasa de obesidad y diabetes es bastante alta. A estas familias las invitamos al cultivo y consumo de alimentos saludables como medida de intervención en salud. Ha logrado llegar a 284 hogares y ha logrado cumplir la articulación de los actores, la intersectorialidad y alianzas estratégicas para potenciar acciones: los recursos de un municipio categoría 6 en términos de lo que tiene disponible en su plan de desarrollo, son muy pocos, por lo que se debe convocar a la academia, empresas y sociedad civil”

Dra. Kenny Trujillo

“Sus metas principales son la diversificación alimentaria, el fortalecimiento de capacidades y sostenibilidad ambiental y económica; se conto con el gobierno y sector educativo para el plan de alimentación escolar, y sector salud con la promoción y mantenimiento de la salud materna e infantil”

MEJORES DOCENTES 2018 - 2

MEJORES DOCENTES CORE



Lina Paola Ramírez
Mejor Docente Core
Médico Pediatra
Docente pregrado Medicina PUJ



Martha Johana Aguilar
Médico Internista
Docente Pregrado Medicina PUJ



Diana Edith Martínez
Médico General
Docente Pregrado Medicina PUJ



Liliana Rodelo
Médico Familiar
Docente Pre y Postgrado Medicina PUJ



Winy Katherine Rodríguez
Jefe de Enfermería
Docente Pre y Postgrado Medicina PUJ

MEJORES DOCENTES JUNIOR



Lina María Paredes
Médico Ginecólogo
Docente Pregrado y Postgrado PUJ



Stefany Plaza
Jefe de Enfermería
Docente Pregrado Medicina PUJ

MEJORES DOCENTES EN CONTACTO CON EL ESTUDIANTE



Katerine Yañez
Terapeuta Respiratoria
Docente Pregrado Medicina



Claudia Perdomo
Nutricionista
Docente Pregrado Nutrición PUJ

RESIDENTE FORMADOR



Marcela Sánchez
Médico Residente de
Medicina Familiar PUJ

DOCENTE FACILITADOR



Isabel Zapata
Gerente de Sede Santa Bárbara

NOTICIAS Y NOVEDADES

1. PUBLICACIONES Y PRESENTACIONES

A. Durante el primer trimestre de 2019 se publicaron dos artículos con autoría de Javesalud, se resaltan en negrilla los colaboradores de la institución:

1. Artículo de revisión. **Vivas Jose Manuel, Caballero Sandra, Echeverry Mateo.** “Enfoque diagnóstico del paciente con rubor facial transitorio en atención primaria”. Disponible en <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/24469>. Es importante resaltar que este artículo parte de un EACPA que realizaron los residentes de medicina familiar y que pronto tendremos como guía complementaria en Javesalud.

2. Reporte de caso. **Rincón Alejandra, Páez Paola, Suarez Fernando.** “8q22.2q22.3 Microdeletion Syndrome Associated with Hearing Loss and Intractable Epilepsy”. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6348808/>.

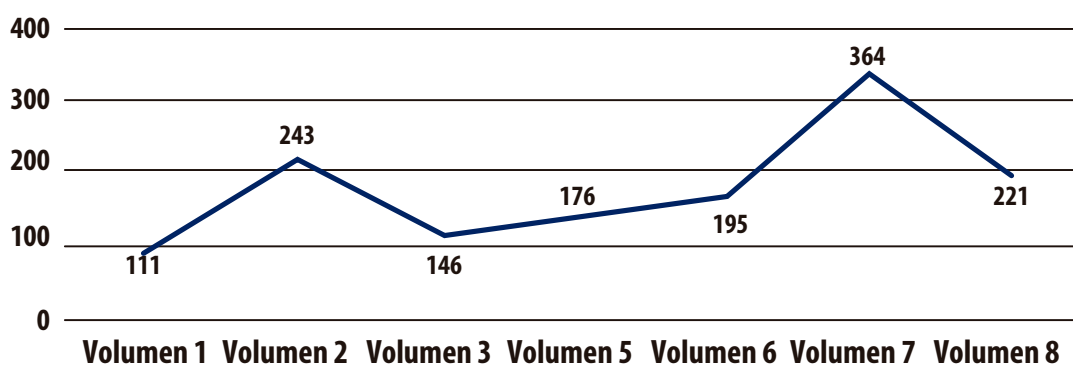
A Se aprobó y presentó el trabajo "Te Acompañamos": una experiencia en la formación de profesionalismo en medicina en un escenario de práctica ambulatorio colombiano", en el Congreso Mundial de Educación Médica- ASCOFAME y XXI Conferencia Panamericana de Educación Médica celebrado en los días 23 a 25 de marzo de 2019. Este poster es autoría de las Doctoras **Paola Páez, Claudia Robayo y jefe Ruth Falla.**



2. Cura Alterius: ¿Cómo vamos?

¡HEMOS LLEGADO A LA META EN NÚMERO DE LECTURAS CON EL VOLUMEN 9!

Cuestionarios Resueltos 2017 - 2018



¡FELICITACIONES, ES NUESTRA REVISTA!

*Y como 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. Escríbanle a la **Doctora Claudia Robayo**, crobayo@javesalud.com.co o a la **Dra. Paola Páez**, ppaez@javesalud.com.co si tiene una idea para escribir sobre estos temas"*

¡La célula más lectora de Cura Alterius en el año 2018 fue La Número 7!!, que correspondió a la Célula de Médicos generales PM de la Sede Santa Bárbara.

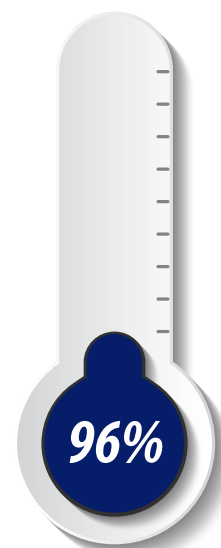
Una mención especial a las células 5 (Sede Javeriana) y 1 (Dirección General) que ocuparon el segundo y tercer lugar en índice de lectura respectivamente durante 2018.

Y finalmente... Recordamos nuestras metas de Cura Alterius

1. Que las células propongan al menos un artículo en la revista durante el 2019 (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 llegemos a 200 lecturas promedio por volumen (Se mantendrá el reconocimiento a la célula más lectora en los premios de tejido de calidad).

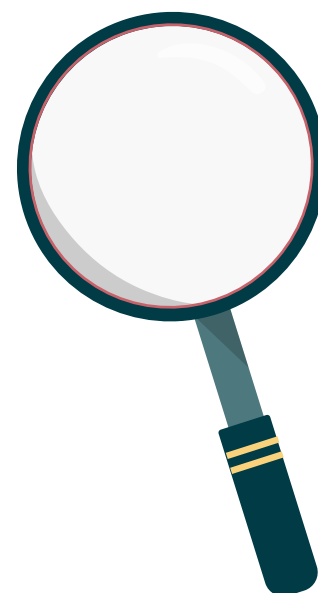
3. ¿Cómo vamos en prácticas formativas?

- Durante el año **2019** hemos recibido 86 estudiantes en enero y **111** estudiantes en febrero, en **20** prácticas formativas (rotaciones), quienes han ocupado **197** cupos en el año.
- El porcentaje de satisfacción de UNIVERSIDADES fue del **100%** durante el **2018**.
- El porcentaje de satisfacción de prácticas en el **2018-2** fue del **92,98%** (2018-1 de **93,9%**).



4. ¿Cómo vamos en investigación?

- A corte de marzo tenemos **9 proyectos activos**, de los cuales **4** son de colaboradores de Javesalud.
- Nuestro indicador "participación de colaboradores en proyectos de investigación" sigue en tendencia positiva. A diciembre de **2018** **5,8%** de los colaboradores de Javesalud participan en actividades de investigación. Nuestra meta es **3%**.
- Fueron aprobados los proyectos:
 - A.** "Caracterización clínica, uso de recursos en salud, y costos de atención de una cohorte de pacientes con **EPOC** moderado a grave" donde participa la Dra. Paola Rodríguez como coinvestigadora.
 - B.** "Determinación del nivel de deterioro cognitivo y la asociación con la severidad del la **EPOC** en pacientes de un centro de atención primaria en Bogotá", donde participa la **Dra. Alejandra Villadiego** como investigadora principal.



5. Nuestros miembros activos del grupo



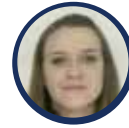
Liliana Rodelo
Médica Familiar



Gina Castellanos
Médica Familiar



Daniel Castro
Médico General



Paola Rodríguez
Médico Familiar



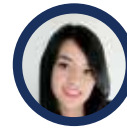
Claudia Robayo
Médica General
Epidemiología



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



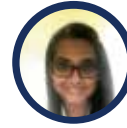
Eliana González
Médica Familiar



José Manuel Vivas
Médico Familiar



Diana Edith Martínez
Médica General



Alejandra Villadiego
Médico General



María Lucía Castañeda
Pediatra



Jorge Jaramillo
Médico General
Epidemiología



Nancy Martínez
Pediatra



¡Estamos analizando los nuevos postulados al grupo de investigación, en el próximo número conocerán los miembros nuevos!



JAVESALUD