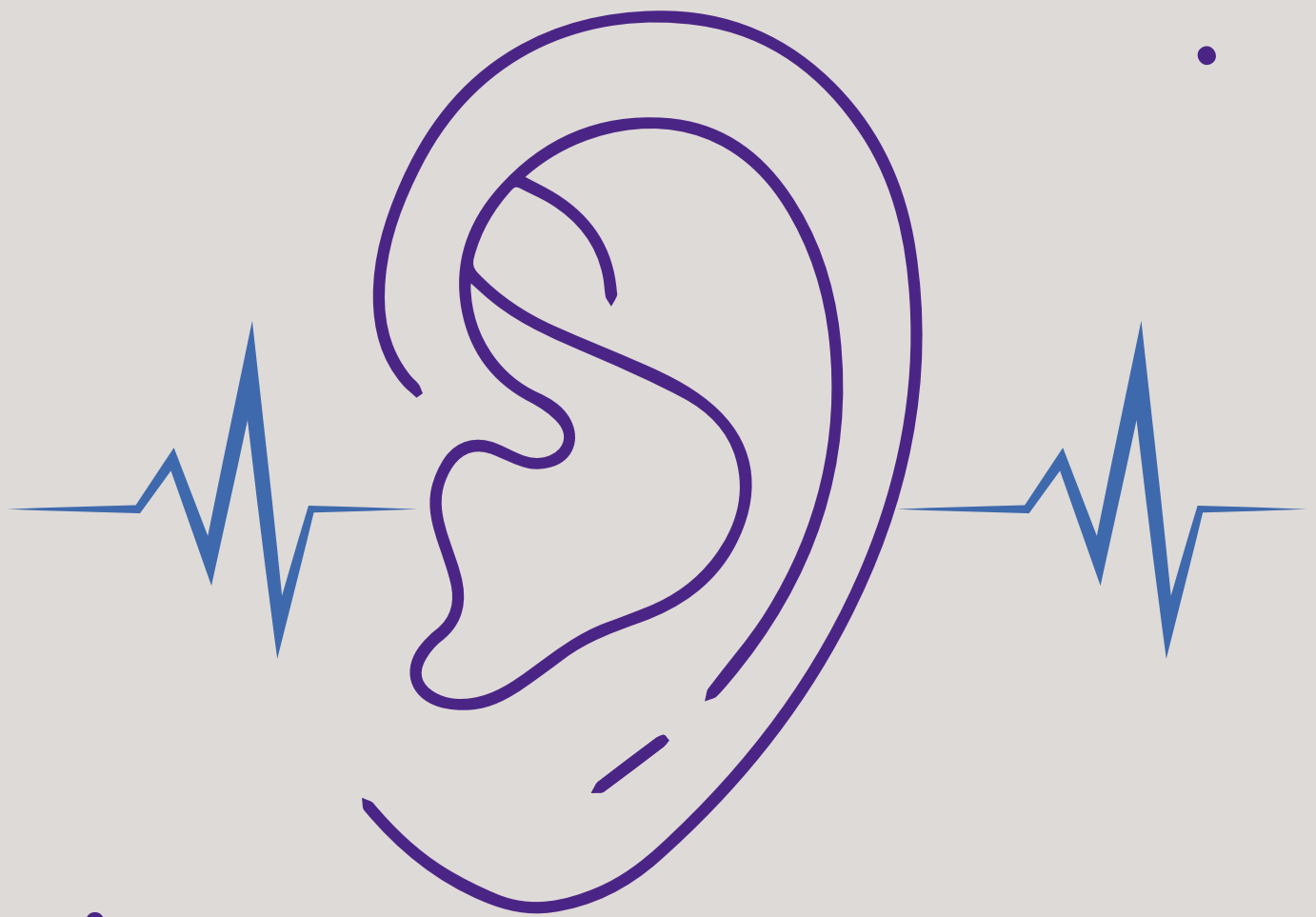


CURA ALTERIUS



REVISTA DIGITAL - VOL 22 - ABRIL A JUNIO 2022

Publicación de divulgación científica - Javesalud



JAVE SALUD

Todos Nuestros Sentidos en Usted

DIRECTOR GENERAL

Dr. Carlos Humberto Tobar González

SUBDIRECTOR GENERAL

Ing. César Alberto Botero Guingue

DIRECTORA CIENTÍFICA

Dra. Paola Liliana Páez Rojas

DIRECTORA DE GESTIÓN HUMANA

Dra. Sandra Beatriz Morales Cepeda

DIRECTORA DE OPERACIONES Y CALIDAD

Jefe. Mónica Carolina Leal Ruíz

COLABORACIÓN ESPECIAL

Ing. Carlos Roberto Nontoa Acuña

Jorge Eliécer Vargas Carreño

Miembros de Comité de Ética en Investigaciones

Área Académica Javesalud

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Daryi Tatiana Salamanca Beltrán

EDICIÓN

Dra. Paola Liliana Páez Rojas

Dra. Nelci Astrid Becerra Martinez

CRÉDITOS |



Nelci Becerra Martínez

Profesional de investigación Javesalud

La importancia de la investigación en Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria en Salud (APS) es el primer contacto que el sistema de salud proporciona a las personas y comunidades, de forma continua, integral e integrada, e indiferenciada por edad, género, estado de salud o enfermedad (1). Aproximadamente la cuarta parte de la población tiene contacto con este nivel de atención cada mes, teniendo la oportunidad de resolver el 90% de los motivos de consulta, observar y seguir las problemáticas de salud más frecuentes, promover estilos de vida saludable, realizar y evaluar actividades preventivas, terapéuticas y de rehabilitación, atender las diferentes fases de las enfermedades y acompañar al paciente y su familia durante todo el proceso salud-enfermedad, incluyendo los cuidados al final de la vida. Asimismo, se estima que cerca de un tercio de todos los profesionales de la salud trabajan en ámbitos ambulatorios, y precisamente el médico de atención primaria gestiona un porcentaje significativo del costo clínico, teniendo en su práctica habitual múltiples interrogantes relacionados con los determinantes de la salud y el proceso salud-enfermedad, siendo el ejercicio de investigación parte esencial de su ejercicio clínico, aunque muchas veces no es reconocido.

Por otra parte, se ha consolidado un buen cúmulo de evidencia que demuestra que los sistemas basados en APS se asocian con mejores resultados en salud para sus poblaciones, por lo que, desde hace varios años, la Organización Mundial de la Salud ha trabajado incansablemente por posicionar la atención primaria como el medio más eficaz para mejorar los servicios de salud, teniendo como respaldo las diferentes declaraciones internacionales promulgadas en los últimos cuarenta años, partiendo de la Declaración de Alma Ata en 1978, que proclamó la APS como el elemento central de los servicios sanitarios, lo que ha sido refrendado por diversos países mediante diferentes declaraciones en el transcurso de los años, incluyendo la declaración internacional más reciente: la 10ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en diciembre de 2021 en Ginebra, Suiza, en la que se insta a los países a priorizar la salud como parte de un ecosistema más amplio que abarque factores medioambientales, sociales, económicos y políticos, “basada en una sólida atención primaria de salud, como piedra angular de la estabilidad social, económica y política” (2).

En este orden de ideas, la investigación en APS uno de los ejes importantes a seguir fortaleciendo, por lo que se necesita integrar y articular la investigación a la prestación de servicios de salud, lo que implica por supuesto el desarrollo y mantenimiento de una infraestructura académica y de investigación sólida y bien definida. En atención primaria, como en otros ámbitos asistenciales, la atención médica de calidad debe basarse en el conocimiento; por lo tanto, la investigación es irrenunciable.

La investigación en APS es un proceso que puede facilitar el logro de la cuádruple meta en salud: 1). Mejorar resultados clínicos mediante la identificación y ajuste de indicadores de eficacia, efectividad y eficiencia de programas, acciones o intervenciones, 2). Menores costos, 3). Mejor experiencia y satisfacción del usuario y 4). Mejor experiencia y satisfacción del equipo de salud. De esta manera, la investigación en APS se constituye como un medio por excelencia para fortalecer los modelos de atención centrados en las personas, contribuyendo al mejoramiento de la salud de los individuos y el bienestar de la comunidad, analizando y estudiando los problemas de salud más prevalentes, ampliando la comprensión de los diferentes factores determinantes del proceso salud-enfermedad en las diferentes poblaciones, mejorando la calidad asistencial y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica. Además, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, la investigación se convierte en un elemento fundamental del ejercicio clínico, favoreciendo los procesos de toma de decisiones, aplicación de la medicina basada en la evidencia, fortaleciendo su quehacer como profesional, docente e investigador, contribuyendo a desarrollar un pensamiento de búsqueda e innovación permanente en la práctica médica habitual, estimulando el pensamiento crítico y aumentando la motivación y satisfacción profesional (3). Es a través de la investigación e innovación como podemos generar conocimiento y proporcionar una atención eficiente cada vez de mayor calidad. Así pues, la investigación es imprescindible tanto para la generación de conocimiento en APS, promoviendo la búsqueda de la mejor solución a los problemas que se nos plantean en la práctica cotidiana, como para la gestión del conocimiento, promoviendo una práctica clínica de excelencia a través de la aplicación de los mejores resultados procedentes de la investigación (4).

Javesalud como institución reconocida como Hospital Universitario Ambulatorio, que tiene como ejes misionales la investigación, docencia y servicio, tiene el desafío de continuar posicionando la investigación en APS como un elemento fundamental para el buen ejercicio clínico y el logro de los mejores resultados en salud y la mejor satisfacción de usuarios y profesionales sanitarios. Así, todos estamos invitados a seguir construyendo y fortaleciendo la investigación en Atención Primaria en nuestro país.

REFERENCIAS

1. González-Pedraza-Avilés A, Velasco-Jiménez MT. La importancia de la investigación en el primer nivel de atención a la salud. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2008;13(4):149-52.
2. Organización Mundial de la Salud. La 10.ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud señala un camino para crear sociedades del bienestar. 2021.
3. Segura-Fragoso A. Investigación en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam.* 2014; 7(2): 86-88.
4. Suarez-Cuba MA. La investigación en la atención primaria de salud. *Rev Méd La Paz.* 2010; 16(1): 3-4.
5. Fernández I. ¿Investigación en atención primaria? *Rev Atención Primaria.* 2003; Vol 31 (5): 281-284.

Artículo de
opinión.

1

EACPA del
momento.

6

Investigaciones
activas.

14

Investigación
del momento.

15

Investigación
finalizada.

18

Académicos
destacados por los
estudiantes 2022-1

23

Transferencia de
conocimiento.

25

Noticias y
novedades.

27

¿Cuánto
aprendió?.

30



SER EMPRESA FAMILIARMENTE RESPONSABLE: EL RETO DEL HOY, EL PROYECTO DEL FUTURO

ARTÍCULO DE OPINIÓN

*Autor: Maria del Mar Franco Pla
Psicóloga, Coordinadora de Calidad de Vida y Manager EFR de Javesalud*

El trabajo ha sido, desde los inicios de lo humano, uno de los elementos más importantes de nuestra construcción como sociedad. Ha sido gracias al trabajo en colectivo que hemos podido construir los más grandes imperios y las más bellas ciudades, y ahora, en nuestra cotidianidad, es el trabajo lo que estructura gran parte de nuestro día a día y lo que nos permite crecer y desarrollarnos como individuos.

El trabajo entonces, sin lugar a duda, es uno de los mayores pilares del ser humano, siendo el espacio en el cual ocupamos gran parte de nuestro tiempo y desde el cual sustentamos mucho de lo que somos. El trabajo nos moldea, nos forma, nos convierte en las personas que somos, y representa en nuestra vida una fuente innegable de emociones y experiencias, en tanto supe un sinnúmero de necesidades humanas que van desde la necesidad más primaria de sustento, hasta necesidades mucho más complejas de comunicación, relacionamiento, desarrollo, entre otras (Viamontes, 2010).





Anteriormente, el trabajo parecía encontrarse completamente desligado de la vida personal y familiar, como si fueran dos mundos irreconciliables que debían permanecer separados, bajo la errada creencia de que entre más apartado te encontraras de tu vida personal, más productivo y eficiente serías en el trabajo. Actualmente, y tras la realización de diversos estudios e investigaciones en el tema, se ha llegado a la firme conclusión de que la realidad laboral es prácti-

camente opuesta. Se ha demostrado desde diferentes frentes que la eficiencia, el éxito y la productividad en el trabajo se encuentran sumamente relacionadas con la satisfacción laboral y la calidad de vida en el empleo, así como también la felicidad y/o satisfacción general del hombre se encuentra sumamente relacionada con la satisfacción y/o conformidad percibida en el trabajo (Gamero, 2013).

El concepto de felicidad, por sí solo, resalta por su complejidad y amplio campo de interpretación, ya que se estructura “mediante múltiples interacciones con los diferentes aspectos de la vida humana”, donde encontramos que elementos como “los valores personales, la sociedad, las relaciones humanas, la salud, la situación económica, la cultura y el *trabajo*”, representan aristas significativas para la experiencia de aquello que llamamos “felicidad” (Gamero, 2013, p. 2). De manera similar, la satisfacción en el trabajo se puede entender e interpretar de diversas maneras también.



Se ha podido determinar que la satisfacción laboral encuentra su origen en aspectos que según Harold Gamero (2013) se dividen en tres categorías principales: las humanitarias, -donde resaltan elementos de compañerismo, relacionamiento con jefes y clima organizacional-, las formales, -donde se evidencian las variables de remuneración, desarrollo, autonomía, estrés laboral, roles y funciones, entre otros-, las del entorno, -en términos de origen y formalidad de la empresa-, y finalmente, aquellas de identidad, -donde se ponen en juego temas de actitud, compromiso, compatibilidad y *balance de vida personal y trabajo*- (Gamero, 2013).

Por su lado, Amaía Urrutia (2006) ha definido la satisfacción laboral como fundamentada en ocho pilares: ambiente laboral motivador, momentos de celebración, franqueza y honestidad, aprobación y valoración, oportunidades y retos, y lo que hoy en día se ha nombrado como *Work Life Balance (Balance Vida/Trabajo)*, tratándose del logro de un equilibrio satisfactorio entre la vida personal, familiar y laboral.

Parece ser entonces que uno de los elementos que se repite con frecuencia a la hora de hablar de satisfacción y bienestar laboral, y por ende a la hora de hablar de satisfacción y felicidad individual, es aquel que hace referencia al equilibrio y balance entre la vida personal, la vida familiar y la vida laboral.



¿Y CÓMO LOGRAR DENTRO DE UNA EMPRESA ESE BALANCE TAN ANHELADO?

El balance entre la vida laboral, familiar y personal dentro de una organización parte primordialmente del modelo de gestión y del estilo de liderazgo presente al interior de esta, elementos que, de manera indudable, deben encontrarse en la raíz de sus ideologías, en su orientación estratégica y en su cultura organizacional (Urrutia, 2006). De esta manera, si bien lograr este equilibrio debe fundamentarse en gran medida en la cultura y postura interna de las organizaciones, se han creado proyectos e iniciativas que tienen como propósito principal el logro de este objetivo. La Fundación Más familia de España ha sido pionera en la creación de un Modelo de Gestión Laboral que invita a las organizaciones a certificarse como Empresas Familiarmente Responsables (EFR), y a hacer parte de “un movimiento internacional que se ocupa de avanzar y dar respuestas en materia de responsabilidad social empresarial, de conciliación de la vida familiar y laboral, así como en el apoyo en la igualdad de oportunidades e inclusión” (Martínez, 2006, pp. 54).

Este Modelo de Gestión y su respectivo proceso de certificación, busca guiar el paso a paso de las empresas dirigiendo un proyecto de amplios esfuerzos y recursos con el firme propósito de fomentar el bienestar y la conciliación entre los diferentes focos de la vida de sus colaboradores. La decisión de convertirse en una empresa “EFR” implica un compromiso explícito por parte de los altos mandos y un estilo de liderazgo y cultura internos que provean los espacios y medios para la creación de medidas y políticas relacionadas con la calidad de vida e el

empleo, la flexibilidad temporal y espacial, el apoyo a la familia de los colaboradores, la gestión del desarrollo, la competencia profesional, y la igualdad de oportunidades” (Martínez, 2006). *Esta decisión es la que hemos decidido tomar en Javesalud.*

¿Y PARA QUÉ SER EFR?

En Javesalud hemos tomado la decisión de hacer parte de este movimiento de empresa familiarmente responsable tomando como referencia y punto de partida el cuidado integral de nuestro talento humano, ya que, desde nuestros pilares de estrategia, los colaboradores son reconocidos como nuestro recurso más valioso y prioritario. Tomamos la decisión de certificarnos como Empresa Familiarmente Responsable porque somos una Fundación cuya cultura organizacional se encuentra dirigida, no únicamente hacia el cliente externo, sino también hacia el interno, y porque somos una entidad donde el bienestar, la



satisfacción y la calidad de vida de nuestros colaboradores representa el motor principal de nuestro éxito.

Ser efr para Javesalud no sólo implicaría un enorme crecimiento y desarrollo en términos de ambiente laboral, satisfacción en el trabajo y un fomento indiscutible de la calidad de vida de nuestro talento humano, cumpliendo con ello nuestra promesa de valor y nuestro direccionamiento estratégico más primario, sino que también resulta en un proyecto de mejoramiento generalizado de clima organizacional y de salario emocional, lo que repercute directamente en la retención del talento humano (Belausteguigoitia y Domenge, 2009), cumpliendo con ello nuestro deseo de convertirnos en una entidad en la cual sus colaboradores quieran crecer y permanecer.



Así mismo, ser una organización “efr” acarrea un sinnúmero de consecuencias positivas en términos reputacionales, empresariales y sociales, ya que, como hemos visto, la satisfacción en el trabajo no sólo aumenta la calidad de vida de los colaboradores, sino que también tiene una influencia favorable en el rendimiento de estos, ya que sus niveles de calidad, eficiencia y productividad aumentan en tanto aumenta el sentido de pertenencia y la valoración hacia su lugar de trabajo (Fundación Másfamilia, s.f). Similarmente, contar con una certificación efr representa el ingreso a un modelo de gestión conciliador, respetuoso con la dignidad

humana, y enfocado en el bienestar, lo que no sólo genera una imagen reputacional favorable para el sector (Belausteguigoitia y Domenge, 2009), sino que también sienta un precedente ejemplarizante que nos conduce a una nueva visión y orientación general en el trabajo, la cual personalmente considero, es la visión del futuro.



Teniendo en cuenta todo lo anterior, puedo decir con total convicción, desde mi experiencia personal y profesional, que el proyecto efr es el proyecto del futuro. La vida laboral debe dejar de entenderse como el enemigo de la vida familiar y el elemento aislado de la vida personal, sino que por el contrario, debemos encaminarnos a considerar el ámbito laboral, familiar y personal como aspectos coexistentes y complementarios dentro de una misma vida.

Es necesario empezar a gestionar el día a día de las instituciones desde este mismo pensamiento, comprendiendo desde nuestro sentido más humano y conciliador que las personas con las que trabajamos tienen una vida compleja e integral en sí misma, con un universo propio de preocupaciones, sentimientos, emociones, dificultades, pensamientos y relaciones, las cuales debemos proteger y cuidar, generando en el espacio de trabajo un ambiente seguro y equilibrado, un ambiente unificado que ellos puedan reconocer como parte importante y valiosa de su vida, y no como un invitado no deseado que obstaculiza su desenvolvimiento. Embarcarnos en un proceso de certificación efr acompaña en la Fundación los principios del mejoramiento continuo y el proyecto de humanización inscrito en nuestro ADN, lo que nos permitirá a futuro, no sólo generar valor, sino que nos permitirá también dejar huella en una sociedad como la colombiana, donde la empatía, el respeto por la dignidad y la comprensión del otro, son valores necesarios y determinantes para la construcción de un mejor país.

REFERENCIAS

- Belausteguigoitia, I., Domenge, R. (2009). La empresa familiarmente responsable. Apoyo, flexibilidad y entendimiento, un balance más adecuado entre la vida profesional y familiar trae mejores rendimientos a la empresa. Dirección Estratégica. No. 31. Tomado de: https://www.researchgate.net/publication/326655407_2009_BELAUSTEGUIGOITIA_DOMENGE_la_empresa_familiarmente_responsable
- Fundación Másfamilia (s.f). Beneficios de la conciliación. Tomado de: <https://www.masfamilia.org/beneficios-de-la-conciliacion/>
- Gamero, H. (2013). La satisfacción laboral como dimensión de la felicidad. Ciencia y Trabajo. Vol. 13(47). Tomado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-24492013000200010&script=sci_arttext
- Martínez, R (2006). El Modelo EFR: Un nuevo paradigma para la gestión de las empresas familiarmente responsables (I). Capital Humano, No. 202. Tomado de: <http://pdfs.wke.es/2/6/2/4/pd0000012624.pdf>
- Urrutia, A. (2006). La empresa familiarmente responsable en auge en las organizaciones. Question/Cuestión. Vol. 1(10). Tomado de: <https://www.perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/download/176/117>
- Viamontes, D. (2010). Satisfacción laboral: Una aproximación teórica. Contribuciones a las Ciencias Sociales. Tomado de: www.eumed.net/rev/cccss/09/dgv.htm

EL EACPA DEL DEL MOMENTO

ABORDAJE DEL NIÑO Y ADOLESCENTE CON GINECOMASTIA

Autor: Sofía Ortega Ochoa ¹

María Lucía Castañeda ²

¹ Estudiante de Especialización en Pediatría. PUJ.

² Pediatra. Javesalud.

INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

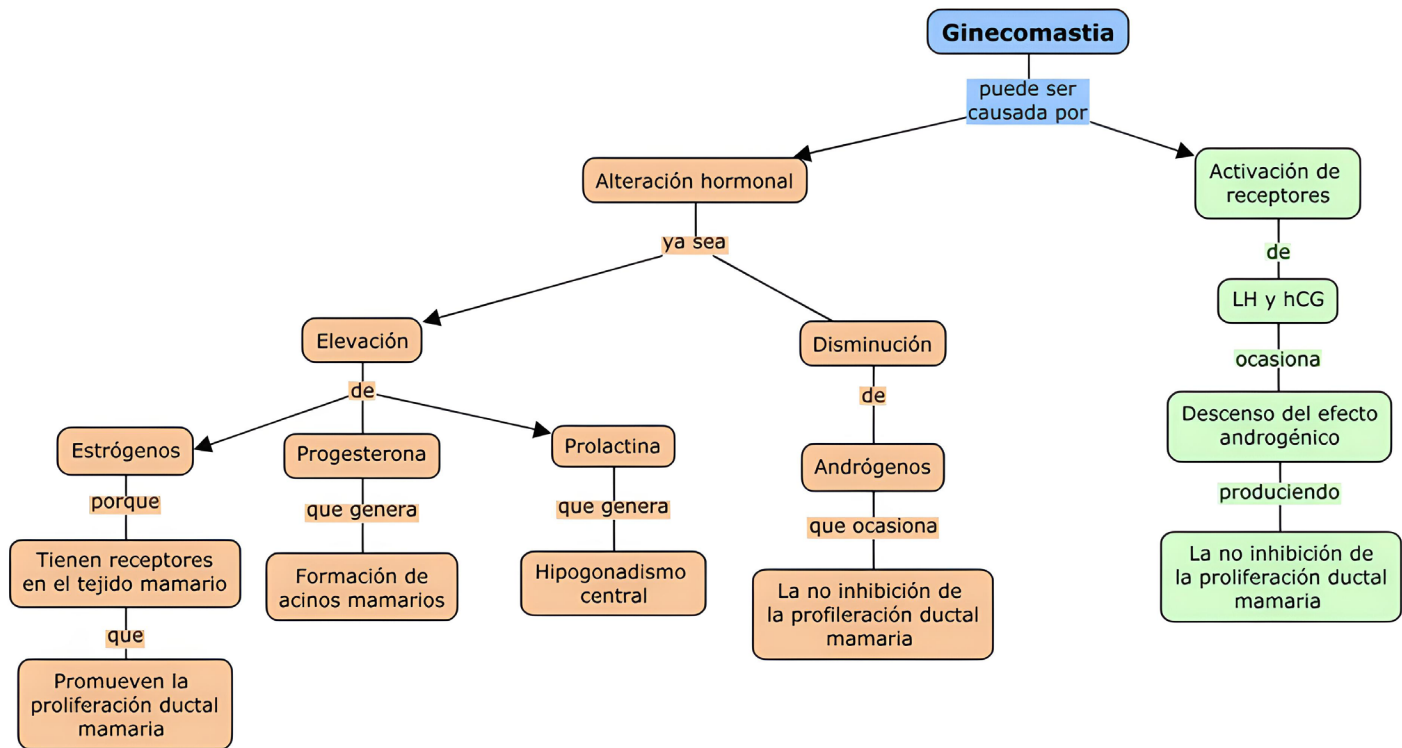
La ginecomastia es definida como el crecimiento, generalmente benigno, del tejido mamario en los hombres que es debida a la proliferación de tejido glandular y al depósito de grasa a nivel local con una distribución simétrica alrededor del complejo areola – pezón¹⁻². Esta condición puede afectar a todos los grupos de edad, se estima que el 30 al 65% de los hombres pueden llegar a presentarla durante la adolescencia y menos del 5% lo presentan fuera de esta etapa²⁻³. Puede ser puberal o patológica, la ginecomastia puberal afecta hombres entre los 12 y 14 años y se caracteriza por tener una duración menor de 6 meses⁴.

Se realizó la búsqueda en diferentes bases de datos entre las que se incluyen PubMed, Science Direct, Web of Science, Google Scholar y Scopus. Se utilizaron como palabras clave: “Gynecomastia”, “Pediatric”, “Treatment”, “Managment”, “Adolescent”. Un total de 12 artículos fueron revisados para la elaboración del presente texto.



FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la ginecomastia consta de varios puntos resumidos en el siguiente algoritmo²:



Barros ACSD de, Sampaio M de CM. Gynecomastia: physiopathology, evaluation and treatment. Sao Paulo Medical Journal. 2012;130(3):187–97.

ETIOLOGÍA

Las causas de ginecomastia y sus principales características se resumen en la siguiente tabla

Tabla 1. 1,2,4,5

Causas fisiológicas	
	Características
Neonatal ^{1,4}	Se presenta por la transformación placentaria de dehidroepiandrosterona y el sulfato de dehidroepiandrosterona en estrona y estradiol que al ingresar a la circulación fetal estimulan la proliferación glandular mamaria. Se asocia con galactorrea. Generalmente resuelven al año de vida.
Puberal ²	Se presenta en promedio entre los 12 y 14 años.



Causas patológicas			
Medicamentos ²	Similares a estrógenos	Estrógenos tópicos, digitálicos, marihuana	
	Estimuladores de la síntesis de estrógenos	Gonadotropinas, hormona de crecimiento	
	Precusores de estrógenos aromatizables	Andrógenos exógenos, androstenediona exógena	
	Daño directo testicular	Quimioterapia como: Vincristina, Busulfán o Nitrosourea	
	Bloqueadores de la síntesis de testosterona	Ketoconazol, Espironolactona, Metronidazol, Etomidato	
	Bloqueadores de la acción androgénica	Ranitidina, Espironolactona,	
	Disyuntores de la unión del estrógenos y SHBG	Espironolactona, Etanol	
Hipogonadismo	Primario ^{4,5}	Síndrome de Klinefelter	Hombres altos y delgados con piernas largas y genitales externos pequeños
		Criptorquidia	Uno o ambos testículos fuera de la bolsa escrotal
		Defecto en la síntesis de testosterona	Genitales ambiguos
		Hipogonadismo primario adquirido	Antecedente de cirugía, radiación o enfermedad sistémica con afectación testicular. Pueden presentar disminución del tamaño testicular.
	Secundario ^{4,5}	Ketoconazol, Espironolactona, Metronidazol, Etomidato	Injuria del eje hipotálamo-hipófisis-pituitario. Pueden presentar cefalea o cambios en la visión.
		Ranitidina, Espironolactona,	Galactorrea
Tumores	Tumor de células de Leydig o Sertoli ^{4,5}	Dolor y/o masa testicular, atrofia del testículo contralateral y signos de feminización	
	Tumor suprarrenal feminizante ²	Presencia de masa abdominal y signos de feminización	

Tumores	Prolactinoma ²		Galactorrea, cefalea, hipogonadismo e incluso alteraciones visuales (secundarias a compresión de quiasma óptico)
	Tumores productores de hCG ⁴ ,	Tumor germinal	Presencia de masa abdominal y signos de feminización
		Tumor ectópico productor de hCG	Pérdida de peso, síntomas propios del sistema que compromete
Otras causas	Enfermedad	Hepática ⁴	Anorexia, náusea, emesis, pérdida de peso, edema, ictericia, prurito
		Renal ⁴	Anorexia, fatiga, náuseas, emesis, oliguria, prurito, letargo.
	Hipertiroidismo ⁴		Pérdida de peso, palpitaciones, sudoración excesiva, diarrea, nerviosismo, insomnio, taquicardia, ptosis.
	Síndrome de exceso de aromatasa ⁴		Crecimiento acelerado, ginecomastia prepuberal, insuficiencia testicular
	Resistencia a andrógenos ⁴		Hipospadias, genitales ambiguos, debilidad proximal muscular o fasciculaciones
	Hiperplasia suprarrenal congénita ^{1,4}	Déficit de 11-beta-hidroxilasa	Adrenarquia y pubertad precoz, crecimiento lineal acelerado, hipertensión.
		Déficit de 3-beta-hidroxiesteroidehidrogenasa	Genitales ambiguos, subvirilización
		Déficit de 21-hidroxilasa de inicio tardío	Adrenarquia precoz con edad ósea avanzada, acné infantil, crecimiento lineal acelerado
	Trastorno ovo testicular del desarrollo sexual ^{1,4}		Previamente conocido como hermafroditismo verdadero, presentan tejido folicular ovárico y testicular en el mismo individuo.

SHBG: globulina fijadora de hormonas sexuales - hCG: Gonadotropina coriónica humana

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Historia clínica: Generalmente consultan por la presencia de crecimiento del tejido mamario evidenciado por ellos mismos o por sus padres. Por lo que es importante, indagar duración y momento de aparición del crecimiento de las mamas, ya que una rápida progresión puede indicar un desequilibrio hormonal mayor⁶. Realizar una entrevista exhaustiva indagando sobre medicamentos (incluyendo medicamentos homeopáticos), presencia de síntomas constitucionales y antecedentes familiares⁶. Generalmente, consultan por la presencia de crecimiento del tejido mamario evidenciado por ellos mismos o por sus padres.



Examen físico: Con el tórax descubierto colocando las manos sobre la cintura buscando adenopatías axilares, posteriormente, en decúbito supino con las manos entrelazadas debajo de la cabeza el examinador procede a realizar palpación con los pulpejos del tejido mamario y presión suave con el pulgar contra el dedo medio para detectar la presencia de masas². Al examen físico encontramos tejido blando, elástico o firme pero no duro y que afecta el área concéntrica al complejo areola – pezón^{2,7}. De igual forma se deben describir la presencia o ausencia de otros signos de desarrollo puberal (estadio de Tanner, cambios en la voz, crecimiento testicular, aparición de vello púbico)⁸.

Existen diferentes clasificaciones de ginecomastia en los niños ⁹:

Clasificación de Simon	Clasificación de Rohrich	Clasificación de Bannayan
<p>Grado I: crecimiento leve sin exceso de piel.</p> <p>Grado IIa: crecimiento moderado sin exceso de piel.</p> <p>Grado IIb: crecimiento moderado con ligero exceso de piel.</p> <p>Grado III: marcado crecimiento con presencia de senos de tipo femeninos.</p>	<p>Grado I: hipertrofia mínima (< 25 g) sin ptosis.</p> <p>Grado II: hipertrofia moderada (250-500 g) sin ptosis.</p> <p>Grado III: hipertrofia severa (> 500g) con ptosis grado I.</p> <p>Grado IV: hipertrofia severa con ptosis grado II o III.</p>	<p>Florida: hiperplasia y proliferación ductal con estroma edematoso</p> <p>Fibrosa: fibrosis estromal y menor cantidad de ductos</p> <p>Intermedia: características de florida y fibrosa</p>

DIAGNÓSTICO, MANEJO



Paraclínicos: Csi se presenta en un paciente adolescente sin signos de alarma, duración menor de 18 meses, sin alteraciones al examen físico, ni antecedentes, no se deben realizar estudios adicionales. En cambio, si se produce prepuberal, se asocia con cambios en la virilización, masas de rápido crecimiento o masas testiculares, se deben realizar estudios complementarios^{6,7}.

Inicialmente se deben solicitar pruebas de función tiroidea, estradiol, hCG, LH y testosterona (se deben medir en horas de la mañana debido a su producción circadiana)⁷. Como parte del estudio imagenológico de la ginecomastia se debe realizar una ecografía de mamas en la que se puede evidenciar la presencia de masas hipoecóicas retroareolares con aumento de la profundidad anteroposterior desde el pezón².

En caso de masa testicular o presencia de niveles elevados de hCG, estrógenos o testosterona, se debe completar los estudios con ecografía testicular⁷.

Diagnósticos diferenciales: los principales diagnósticos diferenciales y su comparación con la ginecomastia los encontramos en las tablas 1 y 2⁶:

Tabla 2⁶.

		Características	Ginecomastia
Unilateral	Carinoma de seno	Evidencia de tejido duro o firme fuera del complejo areola – pezón, puede presentar retracción del pezón. No presenta dolor local. Presenta secreción ya sea galactorrea o sangrado por pezón. Detectado con la mamografía que tiene un 90% de sensibilidad y especificidad	Tejido blando, elástico o firme pero no duro que afecta el área concéntrica en el complejo areola – pezón. Pueden presentar dolor que no dura más de 6 meses La galactorrea es infrecuente.
Bilateral	Pseudoginecomastia	Se define como la presencia de grasa subareolar sin crecimiento del componente glandular. ¹⁻⁴ Presenta tejido blando a la palpación que no presenta tejido firme alrededor del pezón.	A la palpación presenta un disco de tejido firme en el complejo areola – pezón.

TRATAMIENTO:

- **Médico:** el retiro del agente causal (endocrinológico o ambiental) normalmente es suficiente para que se disminuya el dolor y haya regresión del tejido mamario en aproximadamente 6 meses^{5,6}. Si no se logra, se debe remitir a valoración por Endocrinología Pediátrica para definir la necesidad de manejo farmacológico (Tamoxifeno, Danazol, Anastrozol)^{3,9}.

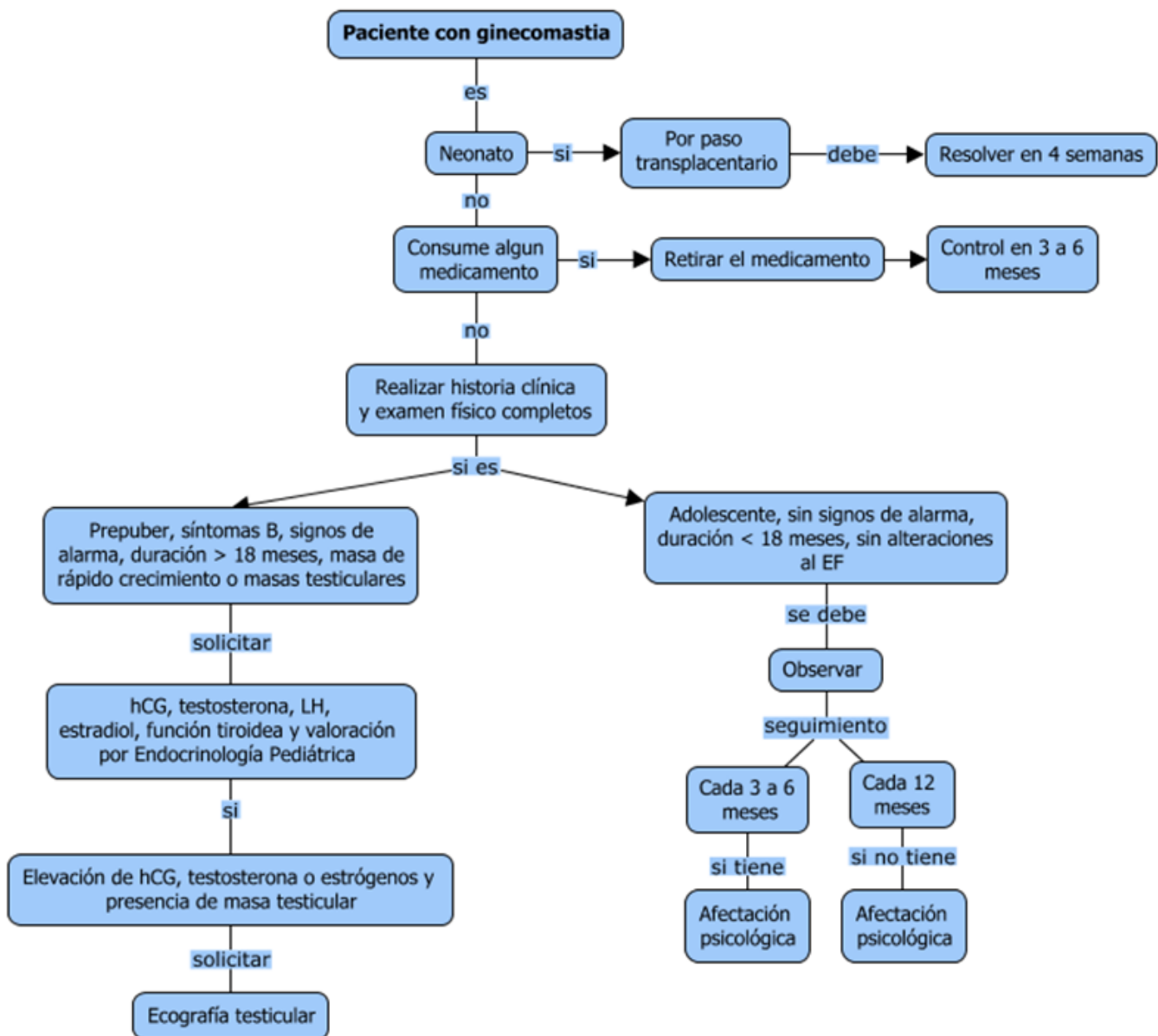
- **Quirúrgico:** indicada en adolescentes no obesos con presencia de ginecomastia persistente por más de 12 meses, dolor o induración local o presencia de afectación de calidad de vida, ya que diferentes autores han documentado asociación entre ginecomastia y carga psicológica (depresión, ansiedad o trastornos de alimentación) y su mejoría posterior al manejo quirúrgico⁹⁻¹³.

SEGUIMIENTO Y REMISIÓN:

Seguimiento: la frecuencia en el seguimiento va a depender de la clínica, grado de ginecomastia y la afectación psicológica del paciente. En general, se debe realizar control cada 3 a 6 meses, sin embargo, en adolescentes sin afectación psicológica puede espaciarse hasta cada 12 meses¹².

Remisión a especialista: si la ginecomastia se presenta en prepúberes, se asocia con cambios en la virilización, masas de rápido crecimiento o masas testiculares. En este caso se realiza remisión a Endocrinología Pediátrica⁶⁻⁷.

FLUJOGRAMA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO



Tomado de: Nuzzi LC, Firriolo JM, Pike CM, Cerrato FE, DiVasta AD, Labow BI. The Effect of Surgical Treatment for Gynecomastia on Quality of Life in Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2018;1-7

BIBLIOGRAFÍA

1. Braunstein G. Gynecomastia. *New England Journal of Medicine*. 1993;328 (7):490–5.
2. Barros ACS de, Sampaio M de CM. Gynecomastia: physiopathology, evaluation and treatment. *Sao Paulo Medical Journal*. 2012;130(3):187–97.
3. Laituri CA, Garey CL, Ostlie DJ, St. Peter SD, Gittes GK, Snyder CL. 10.1016/j.jpedsurg.2009.11.016. *Journal of Pediatric Surgery*. 2010;45:650–4.
4. Braunstein GD. Gynecomastia. *New England Journal of Medicine*. 2007;357(12):1229–37.
5. Swerdloff RS, Ming Ng C. *Endotext - Gynecomastia: Etiology, Diagnosis, and Treatment*. 2019.
6. Ma NS, Geffner ME. Gynecomastia in prepubertal and pubertal boys. *Current Opinion in Pediatrics*. 2008;20:465–70.
7. Nordt CA, DiVasta ADD. Gynecomastia in adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*. 2008;20:375–82.
8. Lemaine V, Cayci C, Simmons PS, Petty P. Gynecomastia in Adolescent Males. *Seminars in Plastic Surgery*. 2013;27:56–61.
9. Soliman AT, Sanctis VD, Yassin M. Management of adolescent gynecomastia: an update. *Acta Biomed*. 2017;88(2):204–13.
10. Kinsella, Jr C, Landfair A, Rottgers SA, Cray JJ, Weidman C, Deleyiannis FW-B., et al. The Psychological Burden of Idiopathic Adolescent Gynecomastia. *Plastic and Reconstructive Surgery Journal*. 2012;129(1):1–7.
11. Dickson G. Gynecomastia. *American Academy of Family Physicians*. 2012;85(7):716–22.
12. Nuzzi LC, Firriolo JM, Pike CM, Cerrato FE, DiVasta AD, Labow BI. The Effect of Surgical Treatment for Gynecomastia on Quality of Life in Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2018;1–7.

INVESTIGACIONES

ACTIVAS EN JAVESALUD

Nombre del proyecto de investigación	Línea de Investigación	Investigadores nacionales	Institución aliada
Diversidad y composición de la microbiota intestinal en lactantes con diagnóstico de cólico comparado con lactantes sanos en Bogotá, Colombia	Modelos de Atención / Enfermedades Crónicas	Laura María Argüello Muñoz Rafael José Castillo Torres María Gabriela García Ramírez Nancy Soraya Martínez Estevez (Coi).	PUJ-Javesalud
Desarrollo de un instrumento para evaluar función familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2	Modelos de Atención / Enfermedades Crónicas	José Manuel Vivas (IP), Angela Maria Molina (Coi), Juliana Rocio Saravia (Coi).	PUJ-HUSI
REGISTRO JAVEPOC (Registro Interinstitucional de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)	Enfermedades Crónicas	Carlos Celis (IP), Paola Rodríguez (Coi),	HUSI - JAVESALUD
DIABFRAIL-LATAM: Adaptación de un programa de intervención ya contrastado en personas mayores con diabetes y fragilidad en América Latina	Enfermedades Crónicas	Carlos Alberto Cano (IP), Alejandra Villadiego (Col)	PUJ-Javesalud
Registro Internacional de Asma Grave	Enfermedades Crónicas	Ivan Solarte (IP), Carlos Andrés Celis Preciado Norma Ruíz (Coi).	PUJ- Departamento de Neumología Clínicos IPS- Javesalud
Building resilience in adolescence – improving quality of life for adolescents with mental health problems in Colombia (BRiCs)	Intervención de P y P	Carlos Gómez (IP), Nelci Becerra (Col),	PUJ-Javesalud
Validación e Implementación del cuestionario DDPQ en Personal Médico de Atención Primaria	Intervención de P y P	Claudia Robayo (IP), Jose Manuel Vivas (Coi). Paula Mahecha (Coi).	PUJ-Javesalud
Conocimientos, actitudes y prácticas sobre cigarrillos electrónicos en un grupo de pacientes de una IPS de cuidado primario ambulatorio en Bogotá, Colombia	Intervención de P y P	Yenny Fernanda Lopez Barrera (IP), Nelci Becerra (Coi). Claudia Robayo (Col).	PUJ-Javesalud
Percepciones de las gestantes adolescentes usuarias de JAVESALUD acerca de las barreras para su acceso a la atención integral en salud, durante la pandemia COVID 19	Modelos de Atención / Enfermedades Crónicas	Yazmín María Lucila Cadena Camargo (IP), Juan Carlos Rivera Becerra	PUJ-Javesalud
DIADA - Estrategias para la sostenibilidad, aceptabilidad y continuidad de un modelo de atención en salud mental, basado en tecnología y aprendizaje colaborativo, en centros de atención primaria en Colombia	Intervención de P y P	Carlos Gomez Restrepo (IP); Fernando Suarez Obando (Col); Paola Páez(Coi).	Instituto nacional de salud mental de USA, Universidad de Darmouth, Epidemiología Clínica -PUJ-Javesalud
PROMESA:Procedencia del Material particulado y su Efecto en la Salud de los niños: Diseño de un sistema de monitoreo de tercera generación para estimar carga atribuible por contaminación atmosférica	Proceso diagnóstico y tamizaje	Diana Marcela Marín Pineda	Universidad Pontificia Bolivariana - SURA
Uso de los dispositivos electrónicos y relación con el comportamiento de los niños, niñas y adolescentes, entre los 6 y 14 años en instituciones escolares, durante la pandemia COVID19	Intervención de P y P	Nancy Martínez (IP), Julio Moreno(IP)	PUJ - Javesalud
Manejo de dolor crónico no oncológico en cuidado primario ambulatorio	Enfermedades Crónicas	Sonia del Carmen Martínez (IP), José Manuel Vivas (COI), Wilson Fernando (COI)	PUJ
Evaluación del estado de salud de un grupo de mujeres migrantes que han estado o están en la prostitución, antes y después de una intervención multimodal	Intervención de P y P	Carlos Gómez (IP), Paola Páez (COI)	PUJ-Javesalud

(IP) Investigador(a) principal ■ Profesionales de Javesalud
 (Coi) Coinvestigador(a) ■ Estudiantes en Javesalud
 (Col) Colaborador(a)

INVESTIGACIÓN DEL MOMENTO

MANEJO DE DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN CUIDADO PRIMARIO AMBULATORIO

Autores: Sonia Martínez Moreno

Jose Manuel Vivas

Claudia Robayo

Wilson Fernando Hernández

INTRODUCCIÓN

¿CUÁL ES EL PROBLEMA QUE EL PROYECTO AYUDA A RESOLVER?

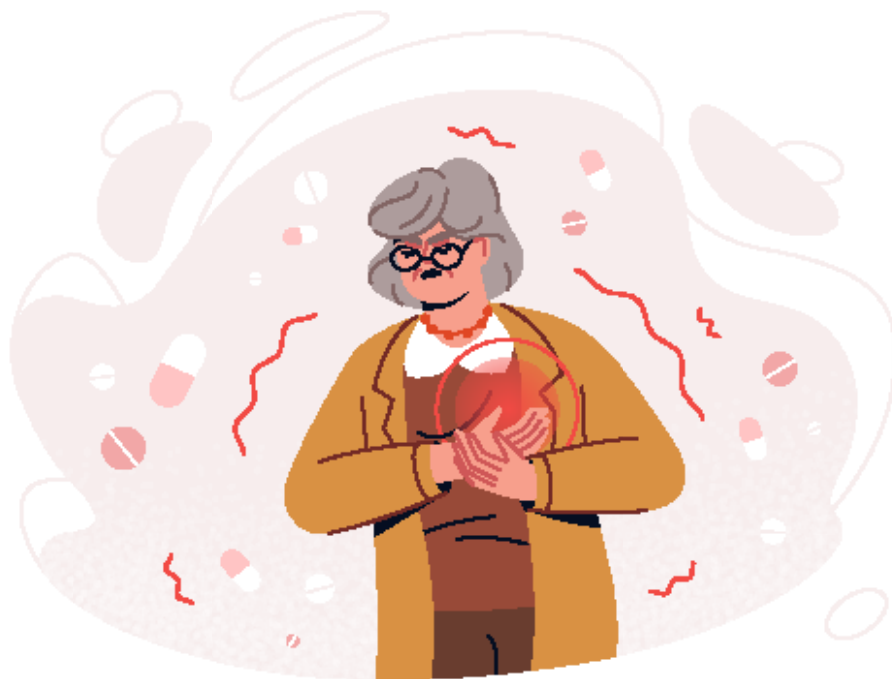
El dolor crónico tiende a afectar varias áreas de la persona que lo padece. Pero también afecta la economía ya que la cantidad de dinero que se debe destinar para su tratamiento, además los días de trabajo perdidos por licencias médicas que se generan cuando se intensifica el dolor (1). Hacia el año 2010 en Estados Unidos tenía una prevalencia del 30,7 % de DCNO en la población general(2), mientras que en el 2018 el Centro de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) reportó un rango entre 11% y el 40%(1,3). En América Latina, en Chile más de 5 millones de personas sufren dolor crónico, el 28% de intensidad severa (1,5). Para el año 2008, En Colombia en el departamento de Caldas se reportó una prevalencia del 31 % en su población general (2).

El abordaje de dolor es integral, por lo tanto, debemos tener en cuenta que existe un manejo farmacológico y no farmacológico(3). En el primero, se cuenta con una variedad de medicamentos y procedimientos



para el control y alivio, los cuales tienen un orden establecido desde 1986 con la guía de manejo de dolor oncológico de la OMS donde se plasma la escalera analgésica (3).

Los médicos de atención primaria son quienes, con mayor frecuencia, tratan pacientes con DCNO, convirtiéndose en la mejor alternativa para un manejo integral (1,6), donde la visión del equipo multidisciplinario (especialidades como anestesiología, fisioterapia, rehabilitación, psiquiatría, neurología, traumatología) deben trabajar en forma conjunta por un objetivo común (1). Desde el cuidado primario ambulatorio es importante favorecer el automanejo y la adopción de estrategias de afrontamiento adecuado por parte del paciente(7). Los médicos de cuidado primario ambulatorio no realizan un examen físico completo que les permita determinar posible origen e intensidad del dolor, y como consecuencia de ello, el tratamiento prescrito a los pacientes no es en la mayoría de los casos el correcto, por lo tanto en ocasiones se evalúa de forma errónea la no respuesta al tratamiento médico (4).



El dolor crónico no oncológico (DCNO) ocasiona un aumento en la discapacidad, limitación en las actividades diarias provocando aislamiento social, disminución de las actividades de ocio y dificultades laborales. Los pacientes tienden a disminuir la práctica de actividades físicas que generen o aumenten la intensidad del dolor y con ello mejorar la calidad del sueño para disminuir la fatiga durante el día en comparación a las personas sanas (8). En su entorno impacta la atmosfera familiar, su funcionamiento y la forma en que los miembros se comunican y resuelven sus conflictos, además puede generar reacciones como respuestas invalidantes, rechazo y/o apoyo (1,8).

¿CÓMO HICIERON ESTE PROYECTO?

Se trata de un estudio corte transversal descriptivo en el que se caracteriza una población de pacientes con diagnósticos de dolor crónico no oncológico en Javesalud. Se incluyó una muestra de pacientes que consultaron entre los años 2017-2019 con valoración por escala visual análoga de dolor moderado a severo reportados en historia clínica.

¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS QUE ESPERAMOS ENCONTRAR?

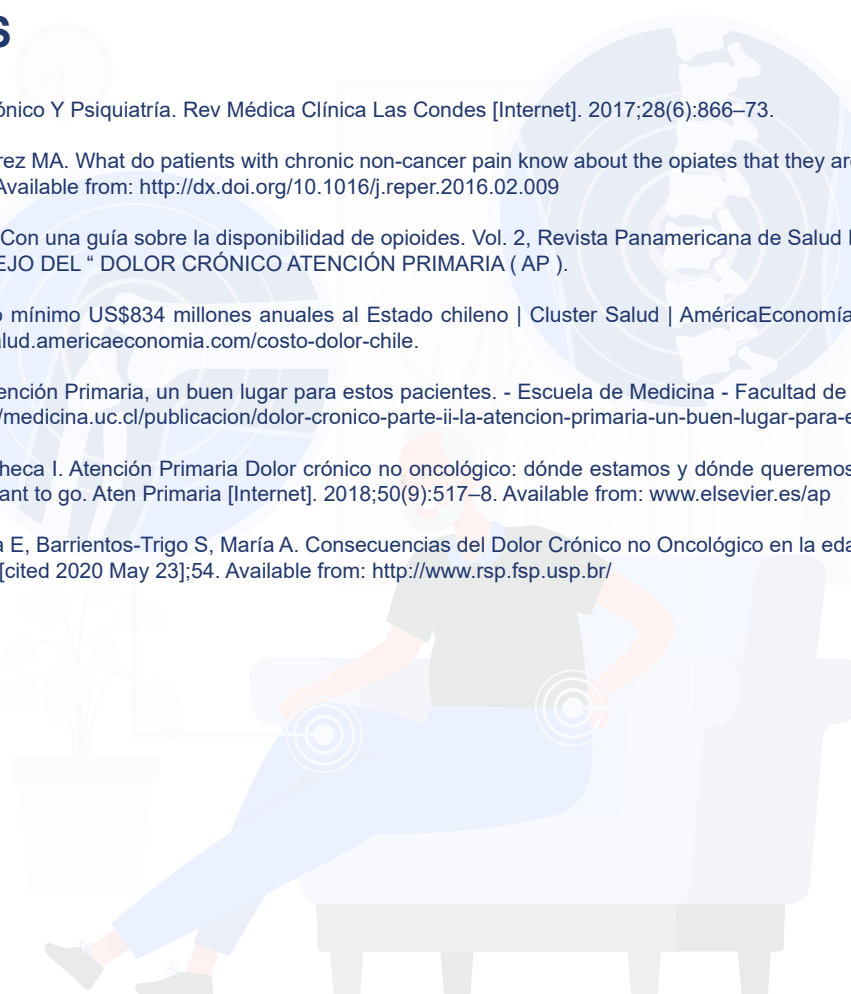
Se espera lograr la caracterización clínica y demográfica de los pacientes adultos con diagnósticos de dolor crónico no oncológico en Javesalud, así como identificar las características del dolor y determinar el nivel de control de los pacientes según la EVA (Escala visual análoga) y conocer los diagnósticos más frecuentes y tratamientos instaurados asociados al manejo del dolor.

¿CÓMO ESTÁ VINCULADO JAVESALUD AL PROYECTO?

Javesalud se vincula mediante la participación de dos coinvestigadores y también mediante el aporte de los pacientes participantes en el proyecto.

REFERENCIAS

1. Ortiz L, Velasco M. Dolor Crónico Y Psiquiatría. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017;28(6):866–73.
2. Buitrago CL, Amaya DM, Pérez MA. What do patients with chronic non-cancer pain know about the opiates that they are prescribed? Repert Med y Cir [Internet]. 2016;25(2):95–100. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reper.2016.02.009>
3. Alivio del dolor en el cáncer. Con una guía sobre la disponibilidad de opioides. Vol. 2, Revista Panamericana de Salud Pública. 1997. p. 74–74.
4. Oncológico NO, En D. MANEJO DEL “ DOLOR CRÓNICO ATENCIÓN PRIMARIA (AP).
5. Dolor crónico costaría como mínimo US\$834 millones anuales al Estado chileno | Cluster Salud | AméricaEconomía [Internet]. [cited 2020 May 9]. Available from: <https://clustersalud.americaeconomia.com/costo-dolor-chile>.
6. Dolor Crónico parte II: La Atención Primaria, un buen lugar para estos pacientes. - Escuela de Medicina - Facultad de Medicina [Internet]. [cited 2020 May 23]. Available from: <https://medicina.uc.cl/publicacion/dolor-cronico-parte-ii-la-atencion-primaria-un-buen-lugar-para-estos-pacientes/>
7. García Espinosa V, Prieto Checa I. Atención Primaria Dolor crónico no oncológico: dónde estamos y dónde queremos ir Non-oncologic chronic pain: Where we are and where we want to go. Aten Primaria [Internet]. 2018;50(9):517–8. Available from: www.elsevier.es/ap
8. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Barrientos-Trigo S, María A. Consecuencias del Dolor Crónico no Oncológico en la edad adulta. Scoping Review. Rev Saude Publica [Internet]. 2020 [cited 2020 May 23];54. Available from: <http://www.rsp.fsp.usp.br/>



INVESTIGACIÓN FINALIZADA

Uso de una plataforma virtual de aprendizaje en docentes de
Javesalud IPS.



Autores: Miguel Antonio Bohórquez Arias¹

Carmen Marcela García Chiappeta²

Vanessa Figueroa Quijano³

¹ Médico y Cirujano General, Especialista en Docencia Universitaria
Especialista en Auditoría en Salud. Javesalud IPS.

² Médica y Cirujana General
Especialista en Docencia Universitaria. Javesalud IPS.

³ Mecánica dental, Odontóloga General
Especialista en Docencia Universitaria. Ortodoncista.

INTRODUCCIÓN

Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) son un conjunto de recursos que permiten la compilación, procesamiento, almacenamiento y transmisión de la información (1-2). Dentro de las TIC desarrolladas en el área de la educación se destaca Moodle, una plataforma de enseñanza intuitiva, funcional que permite evaluar los procesos de enseñanza y aprendizaje de manera personalizada (3). Además, promueve un proceso centrado en el alumno, en el que el docente ya no es única fuente de conocimiento, permitiendo un aprendizaje colaborativo y eficaz, y le permite identificar las expectativas, los beneficios o dificultades que se puedan presentar en cada uno de los participantes con este modelo de enseñanza. Algunos autores plantean una serie de elementos que pueden contribuir al uso de Moodle, y son: habilidades comunicativas, interacción social, habilidades colaborativas, participación, autonomía de tiempo, flexibilidad horaria, independencia cognitiva, productor de investigación, lector crítico, lector constante, disciplina, creatividad, iniciativa, solución de problemas. En este sentido, autores como Amorós et al (4), coincidían en la facilidad de realizar una variedad de actividades individuales y colaborativas, la flexibilidad horaria, la autonomía de tiempo, favoreciendo el aprendizaje constructivo y colaborativo mediante el uso de la plataforma Moodle, como un aula virtual con un ambiente digital (5). Actualmente con la aparición y evolución de las TIC se abren muchas probabilidades pedagógicas en el ámbito médico. Es ahí donde dada la relación médica (docente) - estudiante, empieza a presentar cambios dadas las nuevas herramientas de formación. Javesalud, una institución que

presta servicios de salud de calidad superior, forma talento humano y genera conocimiento en el marco del cuidado primario ambulatorio, ha introducido por medio de la Escuela de Formación para sus docentes, nuevos métodos de capacitación para facilitar el aprendizaje mediante la utilización de las TIC usando una plataforma de enseñanza como Moodle.



¿CUÁL ES EL PROBLEMA QUE EL PROYECTO AYUDA A RESOLVER?

Por medio de este trabajo, se quiso conocer: ¿Cómo contribuye el uso de Moodle para el aprendizaje en una institución de cuidado ambulatorio?, ¿Qué importancia le da los docentes al uso de Moodle, plataforma de e-learning utilizada en Javesalud, como herramienta para su propio aprendizaje desde las dimensiones: social, personal y espacio temporal? y ¿Cómo puede facilitar su proceso de aprendizaje y en consecuencia su práctica docente en la institución?

El presente estudio describe la valoración que hacen los docentes sobre el uso de la plataforma virtual Moodle como un recurso de enseñanza en sus procesos de aprendizaje y de actualización como parte de su mejora continua que se realiza a través del programa institucional de formación continua.

¿CÓMO HICIERON ESTE PROYECTO?

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal aplicado a la población médica que ejerce funciones docentes en Javesalud. La muestra fue por conveniencia no probabilística, tomando como referencia el universo de médicos generales que a su vez son docentes (n=45), se escogieron en forma aleatoria 5 profesionales de diferentes sedes que llevaran más de un año en su función docente para realizar la entrevista. El cuestionario fue aplicado a 20 docentes que hubiesen utilizado la plataforma Moodle y llevaran más de seis meses en la institución. El cuestionario se diseñó con 10 preguntas que se califican de 1-4, siendo uno totalmente en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo en donde abarca el uso, la frecuencia, la satisfacción, eficiencia, impacto, rendimiento y responsabilidad. Adicionalmente se realizaron entrevistas semiestructuradas para dar respuesta a los objetivos de la investigación.

Finalmente se realizó una búsqueda de literatura en bases de datos con el fin de encontrar esos elementos que influyen al momento de utilizar plataformas.

Este estudio se realizó con la aprobación y supervisión del Comité de Ética en Investigaciones de Javesalud.



¿CUÁLES FUERON LOS RESULTADOS MÁS IMPORTANTES?

Teniendo en cuenta la revisión realizada y clasificando en tres dimensiones: social, espacio temporal y personal, se encontraron los siguientes hallazgos sobre la importancia del Moodle en los procesos de aprendizaje de los docentes en Javesalud:

1. Dimensión social: Se encuentra que el 90% de los médicos de la institución están de acuerdo en que la plataforma Moodle facilita las habilidades comunicativas y colaborativas, les permite participar con sus compañeros, comunicarse, y resolver inquietudes dentro de su ambiente laboral. En la entrevista los participantes están de acuerdo con las habilidades sociales que pueden adquirir.



Figura 1. Resultados en la dimensión social

2. Espacio temporal: Se encuentra que un 65% consideran que tienen autonomía de tiempo y flexibilidad para la realización de sus trabajos de Moodle.

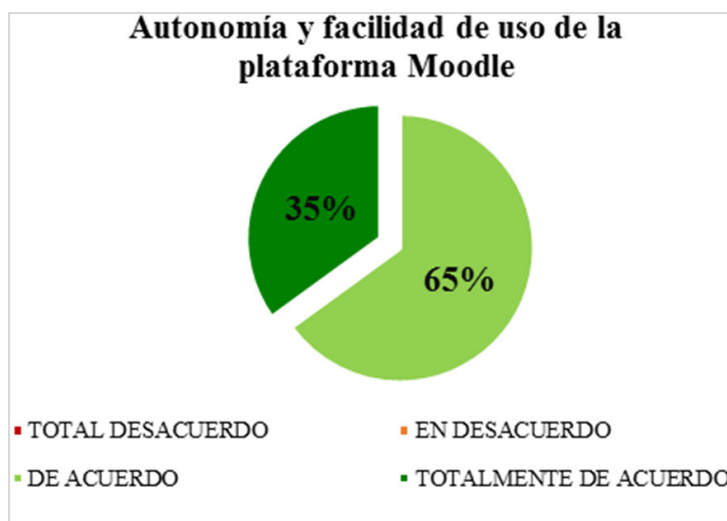


Figura 2. Resultados en el espacio temporal

3. Personal: El 80 a 90% están de acuerdo que Moodle facilita la lectura, al tener un trabajo individual lleva a crear una disciplina y permite motivaciones que van a llevar a incentivar al estudiante para la realización de sus tareas permitiéndole solucionar problemas.

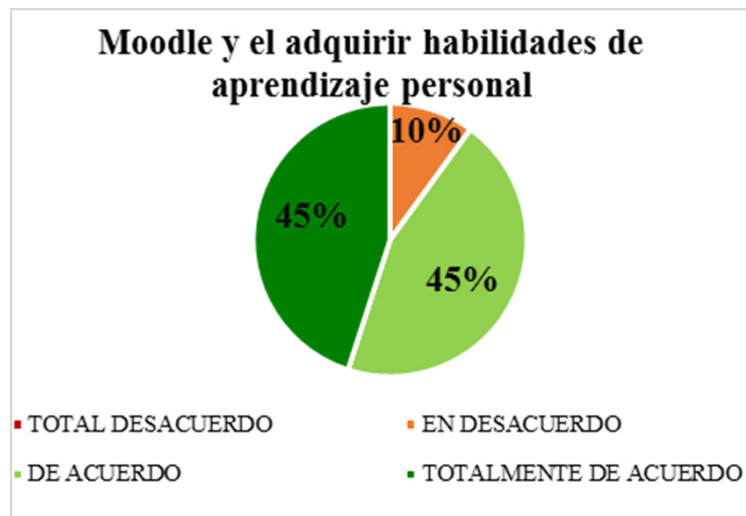


Figura 3. Resultados en la dimensión personal.

¿CUÁLES SON LAS CONCLUSIONES DE ESTE PROYECTO?

Los resultados obtenidos coinciden con lo expresado por diferentes autores haciendo referencia a que el estudiante deja de ser un actor que escucha a su maestro y se convierte en un lector constante y crítico, que disfruta de las ventajas y la disponibilidad de tiempo y flexibilidad en los horarios de la educación virtual, es decir el mismo adopta comportamientos diferentes pasando a ser el protagonista de su propio aprendizaje con autonomía y disciplina. (Suarez at al, 2014) (6).

Este tipo de elementos que resaltan los autores se dan también debido a las características que presenta la plataforma, pues Moodle se sustenta en los principios del constructivismo, en donde la idea del conocimiento se sustenta en incorporar como parte central de la experiencia formativa la creación de conocimientos y el aprendizaje colaborativo.

Moodle como plataforma de enseñanza intuitiva, contribuye de manera positiva al aprendizaje de los docentes, en el cual se plasman temas de interés académico que van a influir en el proceso de enseñanza-aprendizaje, en el cual el docente es el actor protagonista de su aprendizaje.

Es importante destacar que debido a que cada docente aprende una manera distinta, un beneficio importante que no se había mencionado previamente en la literatura, es la capacidad que tiene la herramienta para favorecer los distintos estilos de pensamiento, con métodos de enseñanza diferentes, en los tiempos necesarios por el docente. Como recomendaciones para tener un óptimo uso de la plataforma y tener mejores beneficios en este tipo de aprendizaje:

- Desarrollar dentro de las actividades de capacitación presenciales, acciones para optimizar el uso del Moodle, resolviendo inquietudes y familiarizando su uso y aplicación.

- Ampliar la capacitación de los administradores de la plataforma, cuantificar y aplicar indicadores de seguimiento, no solo de cumplimiento de las actividades a desarrollar, sino mejorando el uso con la información obtenida de esta investigación.
- Capacitar a los encargados de creación de los cuestionarios, para la realización de preguntas que sean herramientas valiosas desde el punto de vista del aprendizaje y adherencia a los temas a tratar.

REFERENCIAS

1. Congreso de Colombia. Ley 1341 de 2009. Por la cual se definen principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones –TIC–. Colombia, 2009.
2. UNESCO. Estándares de competencias en TIC para docentes, 2008. Obtenido de Eduteka.org: <http://www.eduteka.org/EstandaresDocentesUnesco.php>.
3. Conde Vides, Juan V.; García Luna, David; García Rodríguez, Jorge; Hermiz Ramírez, Alberto; Moreno López, Juan José; Muñoz Solís, Pablo Luis; Osorio Navarro, Ana y Ramos Martínez, Humberto. Manual Moodle 3.9 para el profesor. Monografía (Manual). Rectorado (UPM), Madrid. 2009.
4. Amoros Poveda, L. (2007). MOODLE como recurso didáctico. EDUTECA.
5. Dávila, A. Filosofía educativa de las aulas virtuales: caso Moodle. Compendium. 2011. p. 7-105.
6. Suarez, N. E., & Custodio, J. Evolución de las tecnologías de la información en el proceso de enseñanza - aprendizaje. Vínculos, 2014. p. 209-220.



DOCENTES DESTACADOS POR LOS ESTUDIANTES 2022 - 1

MEJORES DOCENTES CORE

MIGUEL ANTONIO BOHÓRQUEZ
Médico General
Pregrado Medicina PUJ

LINA MARÍA PAREDES
Ginecóloga
Pregrado Medicina PUJ

EDNA VIVIANA GOMEZ
Médico Internista
Pregrado Medicina PUJ

SOLANGE JOHANNA MONSALVE
Ginecóloga
Pregrado Medicina PUJ

JORGE ANTONIO JIMENEZ
Médico General
Pregrado Medicina PUJ

JORGE ALONSO JARAMILLO
Médico General
Pregrado Medicina PUJ

MEJORES INSTRUCTORES

LYDA CONSUELO POVEDA
Auxiliar de Vacunación
Pregrado Medicina PUJ

ADRIANA MARGARITA VILAR
Médico General
Pregrado medicina PUJ y U Bosque



MEJORES DOCENTES EN CONTACTO CON EL ESTUDIANTE

LIZETTE JOHANNA BALLESTEROS

Médico Familiar

*Pregrado de Medicina y Postgrado
de Pediatría y Medicina Familiar
PUJ*

LUIS CARLOS TRIANA

Neumólogo

Pregrado de Medicina PUJ



RESIDENTE FORMADOR

ANGÉLICA MARÍA PUENTES

Residente Medicina Familiar



PROFESIONAL FACILITADOR

MARIA DEL MAR FRANCO

Cordinadora de Calidad de Vida











TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO




















En este volumen queremos recordar los **29 EACPAS** que hoy son guías complementarias de Javesalud. El número más alto gracias a la participación de todos!!!

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 científica 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.

EACPAS vigentes en Javesalud:

-  1. Indicaciones tratamiento erradicacion H.PYLORI.
-  2. Enfoque Diagnóstico del Paciente con Otagia.
-  3. Abordaje del niño con Síndrome de Down.
-  4. Guía de abordaje, diagnóstico y tratamiento del adolescente con obesidad.
-  5. Manejo no hormonal de la menopausia.
-  6. Síndrome de ovario poliquístico.
-  7. Síndrome premenstrual/ Síndrome disfórico premenstrual.
-  8. Abordaje y diagnóstico de la paciente con aborto recurrente.
-  9. Guía EACPA calambres en miembros inferiores.
-  10. Manejo del estreñimiento en niños.

-  11. Abordaje, diagnóstico y tratamiento de la paciente con hiperandrogenismo.
-  12. El niño que llora.
-  13. Patología Palpebral.
-  14. Abordaje terapéutico de la paciente con menopausia.
-  15. Diagnóstico, manejo y tratamiento de la alteración en el medro en pacientes pediátricos.
-  16. Molusco contagioso.
-  17. Síndrome del niño zarandeado.
-  18. Abordaje y manejo dolor pélvico crónico.
-  19. Actualización vacuna VPH.
-  20. Dermatitis atópica en niños.
-  21. Lesiones no cariosas en cuello dentario.
-  22. Abordaje, diagnóstico y manejo de la miomatosis uterina en atención primaria.
-  23. Guía EACPA para el enfoque del dolor abdominal agudo en el paciente adulto.
-  24. Manejo post covid agudo y crónico.
-  25. Manejo de la Enfermedad Hemorroidal.
-  26. Abordaje del Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad en atención primaria.
-  27. Dermatitis de contacto.
-  28. Manejo del Retardo del crecimiento intrauterino en atención primaria.
-  29. Abordaje del niño y adolescente con Ginecomastia.

Tip de ayuda para encontrar estos EACPAS en Javesalud:

Diríjase 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 científica (ppaez@javesalud.com.co) o al área académica, (jvivas@javesalud.com.co; nbecerra@javesalud.com.co).

NOTICIAS Y NOVEDADES

Volumen 22

1. Presentaciones y eventos de interés

Hubo participación de colaboradores de Javesalud en los siguientes eventos académicos:

- “Salud mental escolar” en la PUJ, llevado a cabo el 6 de Mayo de 2022. Se socializaron los resultados de la implementación parcial del proyecto BRICS sobre salud mental en adolescentes.
- Participación en el VI Congreso Internacional de Sistemas de salud: “La salud como derecho y los sistemas sanitarios en un mundo postpandemia” organizado por el Instituto de Salud Pública y los postgrados de administración de salud y seguridad social de la PUJ con los siguientes trabajos:
 - 1). Análisis de salud en una empresa del sector financiero, basado en un modelo de medicina familiar y gestión de riesgo. (**Norma Ruiz, Diana Sánchez, Sergio Navarrete, Carlos Tobar, Paola Páez**).
 - 2). Gestión del riesgo clínico en la atención ambulatoria del paciente oncológico en el marco de la pandemia. (**Norma Andrea Ruiz y Lizette Johana Ballesteros**).
 - 3). Experiencia de la Línea de Atención en Primeros Auxilios Psicológicos “Estamos Juntos en Esto” durante el confinamiento por COVID-19. (**Sandra Beatriz Morales, Diana Sánchez-Calderón, María del Mar Franco**).

El Grupo de Investigación de Javesalud quedó oficialmente notificado de su Clasificación “C” por Minciencias en publicación oficial del 24 de Mayo de 2022, de acuerdo a la última convocatoria. Adicionalmente, se dio cierre a la convocatoria interna para nuevos miembros del grupo de investigación, contando con 8 nuevos participantes.

Se ha venido consolidando relacionamiento con la Red Javeriana de salud en materia de investigación, habiendo estado beneficiados de capacitaciones en manejo de software para habilidades investigativas como Red Cap.

Finalmente, se destacan dos importantes noticias durante el mes de Junio: la aceptación de cuatro trabajos de investigación en dos eventos académicos muy importantes a nivel internacional:

- **European Respiratory Society (ERS) International Congress**, programado del 4-6 de septiembre en la ciudad de Barcelona. Trabajo: “Characterization of a Colombian cohort of high-risk phenotypes of COPD according to GesEPOC 2021”, aceptado como presentación oral. (**Paola Rodríguez** coinvestigadora Javesalud).

- **7th Global Symposium on Health Systems Research (HSR 2022)**, a realizarse en Bogotá, del 31 de octubre al 4 de noviembre de 2022. Trabajos:

- o “Adaptación del Programa “Patologías Crónicas Complejas” a la pandemia por COVID-19 en una institución de cuidado primario ambulatorio”. **Gina Castellanos, Norma Ruiz, Eliana González**. Presentación oral.

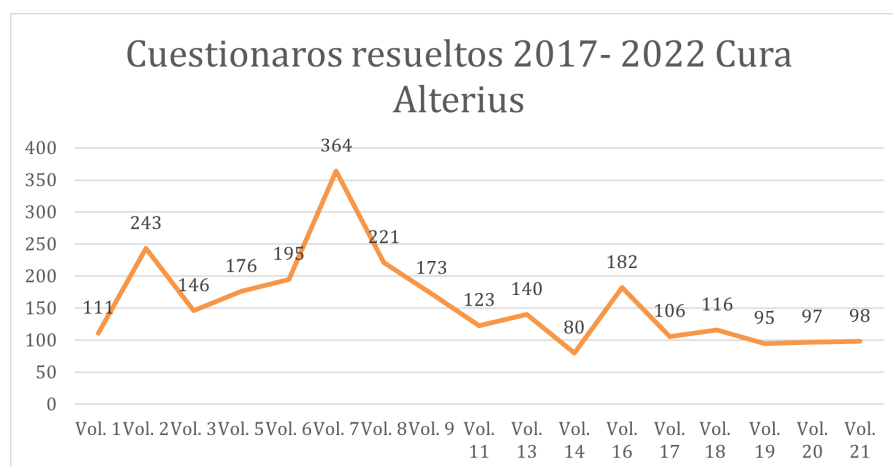
- o “Satisfacción con el servicio de Telesalud durante la pandemia en pacientes de un asegurador privado en Bogotá, Colombia”. **Nelci Becerra, Ruth Falla, Isabel Zapata**.

- o “Resultados implementación de programa piloto de Telexperticia en el departamento de Valle, Colombia”. **Paola Paez, Monica Leal, Paola Rodríguez, Sergio N.**

Y finalmente, la preparación de 4 convocatorias de investigación en conjunto con la PUJ, de las cuales 3 son de Minciencias, a saber: **1. App CODIFICO**. “Implementación de la APP CODIFICO versión 2.0 (juego serio) en el proceso de enseñanza y aprendizaje de la codificación diagnóstica y semiológica en Medicina”; **2. PROGRAMA HIFA**. “Programa de atención integral de la Hipercolesterolemia Familiar (HF) en Bogotá, Colombia: Programa Integral HiFa”; **3. PROGRAMA SALUD MENTAL**. “Ecosistema para el fortalecimiento de la atención primaria en salud mental con enfoque de curso de vida en áreas demostrativas de la Región Andina y Amazonía. Y la cuarta convocatoria de la Secretaría de Salud de Bogotá con el proyecto **4. Determinación factores mujeres preeclampsia**. “DETERMINACIÓN DE FACTORES GENÉTICOS, BIOQUÍMICOS, SOCIODEMOGRÁFICOS, PATOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS A CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO ENTRE LOS AÑOS 2023 Y 2024”.

2. Cura Alterius: ¿Cómo vamos?

¡SIGAMOS MOTIVANDONOS EN LA LECTURA CON EL VOLUMEN 22!



¡NO DEJEMOS DE LEER, ¡¡¡ES NUESTRA REVISTA!!!

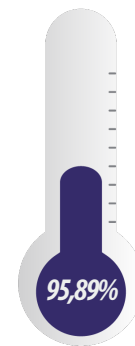
Y como es NUESTRA revista, el equipo editorial está dispuesto a apoyarlos para que se animen a escribir en ella. En particular, queremos que podamos contarnos aquellas innovaciones y reportes de caso administrativos que se destaquen en Javesalud. Escríbanle a la Doctora Nelci Becerra nbecerra@javesalud.com.co o a la Dra. Paola Páez, ppaez@javesalud.com.co si tiene una idea para escribir sobre estos temas”.

Y finalmente... Recordemos nuestras metas de Cura Alterius

1. Que las células propongan al menos un artículo en la revista durante el 2022 (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 (**Se mantendrá el reconocimiento a la célula más lectora en los premios de tejido de calidad**).

3. ¿Cómo vamos en prácticas formativas (Balance docencia servicio)?

- El porcentaje de satisfacción global de prácticas para el trimestre Enero a Marzo de 2022 fue del 95,89%
- El porcentaje de satisfacción de universidades fue del 98,8%. En los comités destacan el compromiso y la calidad de nuestros docentes. Felicitaciones!!



4. ¿Cómo vamos en investigación?

- El Grupo de investigación de Javesalud recibió categorización por el Ministerio de Ciencia y Tecnología en Categoría “C”.
- A junio de 2022 tenemos 14 proyectos activos y se dio cierre a 6 proyectos exitosamente.
- Nuestro indicador “participación de colaboradores en proyectos de investigación” sigue en tendencia positiva. Para el cierre del primer trimestre del año 2022, el 6,43% de los colaboradores de Javesalud participan en actividades de investigación. Seguimos por encima de nuestra meta trazada.

¿CUÁNTO APRENDIÓ EN ESTE NÚMERO?

Para este volumen se propone la realización de un Crucigrama interactivo para saber cuánto aprendieron. Podrá identificar los conceptos clave que se desarrollan en Cura Alterius.

¡Gracias por participar en esta su revista!

1. Ingrese al link e inicie sesión.

<https://javesalud.edu-labs.co/mod/game/view.php?id=7800&forceview=1>

2. Si no está matriculado en el curso, puede automatricularse con la contraseña CURA2021

3. Una vez ingrese diríjase a la Cura Alterius 22.

4. Resuelva el crucigrama

Mucha suerte!!!





JAVE**SALUD**

Todos Nuestros Sentidos en Usted