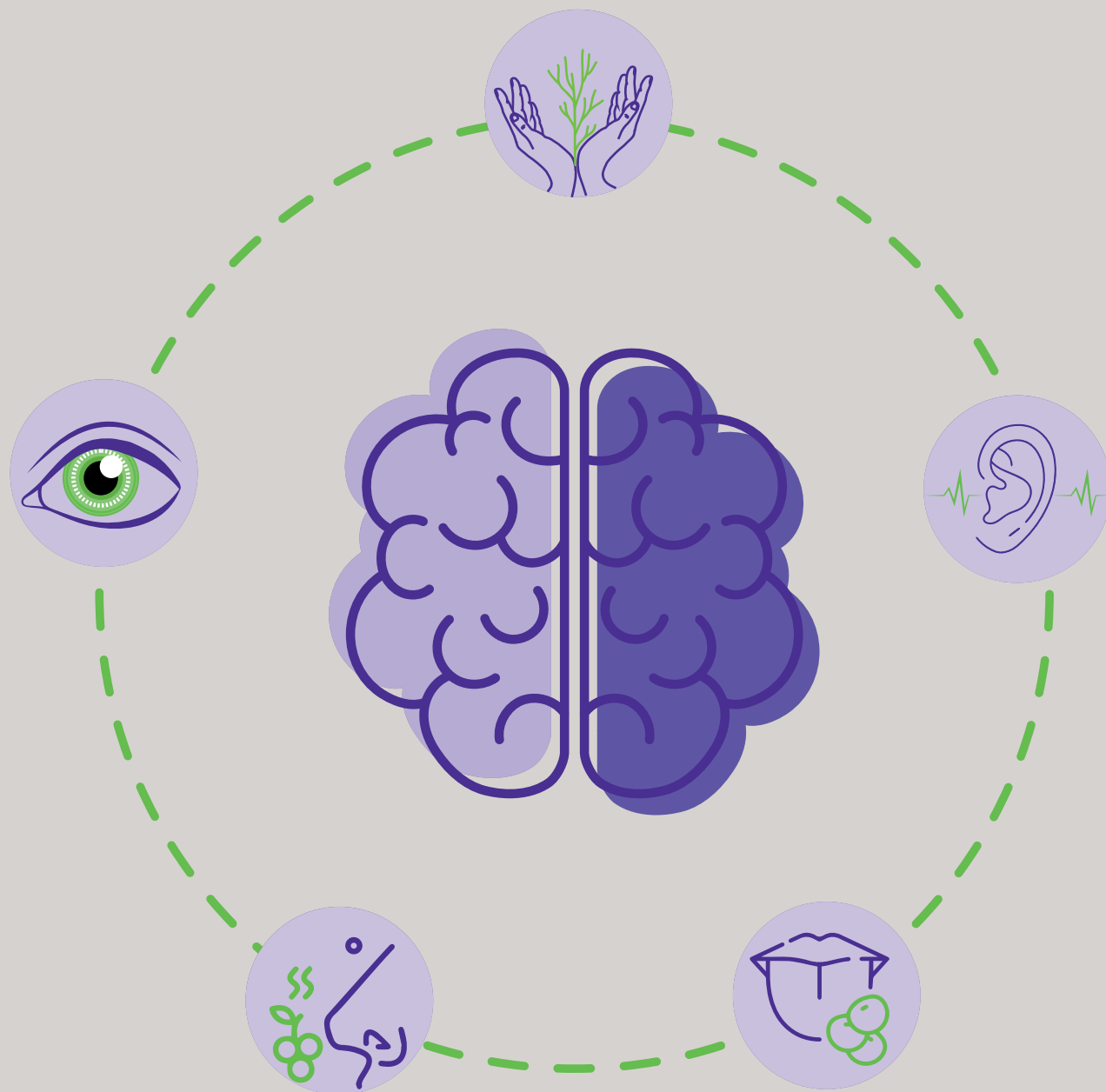


CURA ALTERIUS



REVISTA DIGITAL - VOL 24 - OCTUBRE A DICIEMBRE 2022

Publicación de divulgación científica - Javesalud



JAVE SALUD

Todos Nuestros Sentidos en Usted

Hospital Universitario

DIRECTOR GENERAL

Dr. Carlos Humberto Tobar González

SUBDIRECTOR GENERAL

Dra. Jazmin Edith Samaca Salas

DIRECTORA CIENTÍFICA

Dra. Norma Andrea Ruiz Vanegas

DIRECTORA ACADÉMICA Y DE INVESTIGACIONES

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

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 |



Paola Liliana Páez Rojas
Directora Académica y de Investigaciones - Javesalud

Reflexiones sobre Hospital Universitario

Seguramente muchos se han preguntado cuáles son las implicaciones de ser Hospital Universitario y que nos espera en el futuro bajo este marco. Para ellos es importante comprender el contexto de esta certificación.

Este reconocimiento otorgado por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional, fue firmado el 21 de octubre de 2021 por Luis Alexander Moscoso Osorio, Viceministro de Salud Pública y Presentación de Servicios y por Katty Baquero Baquero, Directora de Desarrollo de Talento Humano de Minsalud, con una vigencia de 7 años (acuerdo 00341 de 2021). El proceso se da, luego de que el Ministerio de Educación revisara y realizara las más rigurosas revisiones y visitas de verificación a los centros médicos en el cual se constataron cada uno de los requisitos dispuestos en el artículo 100 de la Ley 1438. La visita se produjo durante los meses de mayo y junio del año 2021 a las sedes: Toberín, Santa Beatriz, Allianz Norte, Allianz Salitre, Javeriana, Palermo Sur. Solo 18 instituciones en salud en el país tienen este reconocimiento, y solo Javesalud es la IPS ambulatoria de cuidado primario que lo tiene.

En el año 2015 la Junta Directiva de Javesalud decide modificar los estatutos de la Fundación de cara a los nuevos retos misionales de Javesalud. En su artículo 5 se declaró que el objeto de Javesalud es:

“Apoyar la academia, la investigación y la generación de conocimiento, mediante la administración, gestión y prestación de servicios de salud ambulatorios de calidad superior, con dignidad humana, respeto, ética e innovación conforme a la Constitución y las Leyes de la Republica.”

Esto marca un rumbo para el diseño y ejecución del proyecto Académico de Javesalud, el cual se consolida en 4 pilares: 1. Docencia servicio. 2. Investigación. 3. Prácticas formativas. 4. Recurso humano para la docencia. De ahí en adelante Javesalud emprende el camino de la excelencia para este obtener este reconocimiento, siempre de la mano de los procesos internos de mejoramiento y la acreditación institucional. La articulación con el Plan Único de Mejoramiento Continuo institucional ha permitido que los avances y mejoras se concretaran, que se establecieran acciones sistemáticas y proactivas buscando la excelencia académica.

Con este contexto, se pueden ver varias inferencias sobre el futuro del Hospital Universitario que intentaré explicar en varios puntos. Somos y seremos Hospital Universitario porque:

- 1.** Buscamos la excelencia en nuestros procesos misionales, esto implica que recibir la certificación es un paso dentro de este proceso continuo y si bien es un logro, no es la meta, la meta es el mejoramiento continuo.
- 2.** Ser mejores en lo académico nos hace mejor en todas las áreas, sabemos que el estímulo de nuestros estudiantes y de la generación de conocimiento nos reta intelectualmente, nos hacer ser mejores en competencias duras técnico científicas, pero también en humanización y profesionalismo.
- 3.** Debemos apoyar con calidad la formación del talento humano en cuidado primario en el país. Diferentes instancias nacionales e internacionales (incluyendo la Asociación Colombiana de medicina, ASCOFAME) han declarado prioridad el fortalecimiento de la APS y las competencias de resolutiveidad en profesionales en salud.
- 4.** Tenemos una deuda importante con el país en la investigación y generación de conocimiento nuevo en el cuidado primario que mejore la forma en que abordamos la salud de la población.
- 5.** Debemos ser referentes y apoyar a otros escenarios similares a nosotros a tener estándares de calidad en la academia y la investigación. Nuestro modelo puede y debe replicarse, es responsabilidad social poderlo visibilizar y trasladar.
- 6.** No trabajamos solos, hacemos parte de un centro médico académico con la Universidad Javeriana y el Hospital San Ignacio. La generación de redes es un pilar fundamental del sistema Javeriano de salud.

Con todo esto, el futuro de nuestro Hospital Universitario es el de fortalecimiento de trabajo en red, búsqueda de capacidades institucionales de docencia e investigación, proyección comunitaria y social y por supuesto el mantenimiento de los altos estándares de calidad de los cuales hoy todos somos responsables y orgullosos trabajadores. Gracias por ser ejemplo de compromiso con nuestros profesionales del futuro y del presente.

EACPA del momento.

1

Investigaciones activas.

10

Investigación del momento.

11

Investigación finalizada.

17

Académicos destacados por los estudiantes 2022-2.

21

Transferencia de conocimiento.

23

Noticias y novedades.

26

¿Cuánto aprendió?.

31



EL EACPA DEL **DEL MOMENTO**

ACNÉ, UNA MIRADA DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Autores: Jennifer Castro Maldonado¹

Dra. Amalia Londoño²

¹Residente de Medicina Familiar, PUJ

²Dermatóloga, Javesalud

**Revisión y edición del documento realizada por la Dra. Marcela Clemencia Rodríguez en septiembre 20 de 2022.*

INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

El acné vulgar es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a cerca del 85% de la población entre 12 y 25 años, típicamente inicia durante la pubertad, en mujeres a los 11 años y a los 12 años en hombres y tiende a resolver hacia los 30 años, sin embargo, puede persistir hasta la adultez llegando a comprometer al 26% de las mujeres y al 12% de los hombres alrededor de los 40 años. Lo que la constituye en la octava enfermedad más prevalente y el motivo de consulta más frecuente en Dermatología (Zaenglein, 2018). El espectro clínico de la enfermedad es muy amplio pudiendo ir desde leve hasta compromiso severo, adicionalmente se ha visto una asociación genética con familiares de primer grado hasta en un 50% de los pacientes. (Botros, Tsai, & Pujalte, 2015) (Daza., 2019).

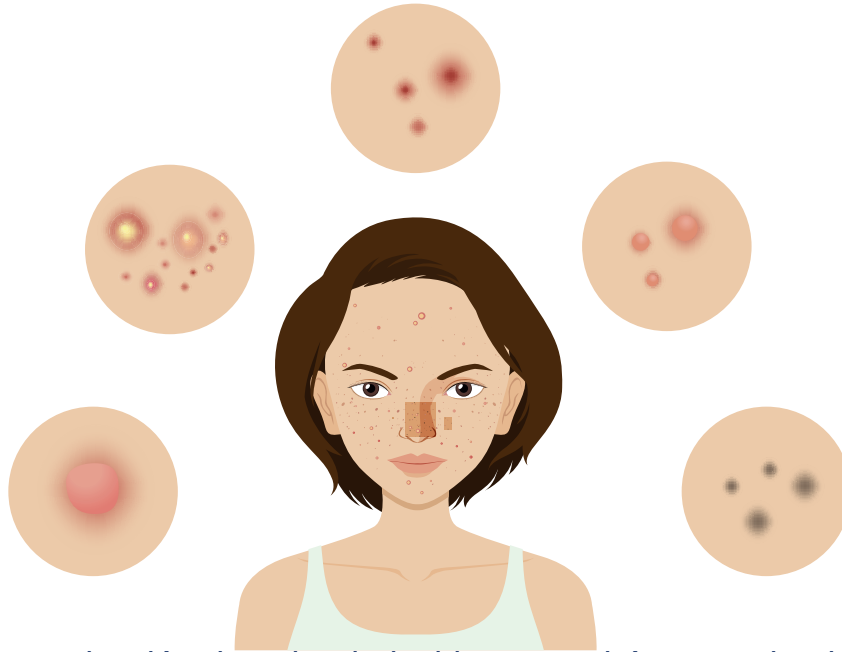


Para la realización de éste EACPase realizó una búsqueda en dos bases de datos principalmente: PubMed y Clinical Key, se limitó la búsqueda a los últimos 10 años, en cualquier idioma, con las palabras clave “acné” y “primary care”, se limitó la búsqueda por especialidad a Medicina Familiar y Ambulatoria y Dermatología.



PRESENTACIÓN CLÍNICA

El acné vulgar consiste en una disfunción crónica de la unidad pilosebácea, que ocurre mediante 4 mecanismos fisiopatológicos principalmente:



1. Incremento en la producción de sebo, inducida por andrógenos, de ahí que sea frecuente durante la pubertad.
2. Hiperqueratinización del ducto pilosebáceo, que lleva a la formación de comedones.
3. Inflamación alrededor de la glándula sebácea, inclusive en las formas más severas del acné (nódulo quístico y fulminans) en las cuales se puede encontrar inclusive necrosis del tejido conectivo y grandes abscesos.
4. Colonización bacteriana de los folículos pilosos de cara, tórax, espalda por el gramnegativo anaerobio *Cutibacterium acnes*, (previamente conocido como *Propionibacterium acnes*) que se nutre de los triglicéridos contenidos en el sebo.

El acné usualmente ocurre en las áreas seborreicas como la cara (frente, mentón, región submandibular), el tórax, y la espalda.



Las lesiones se clasifican en 3 tipos:

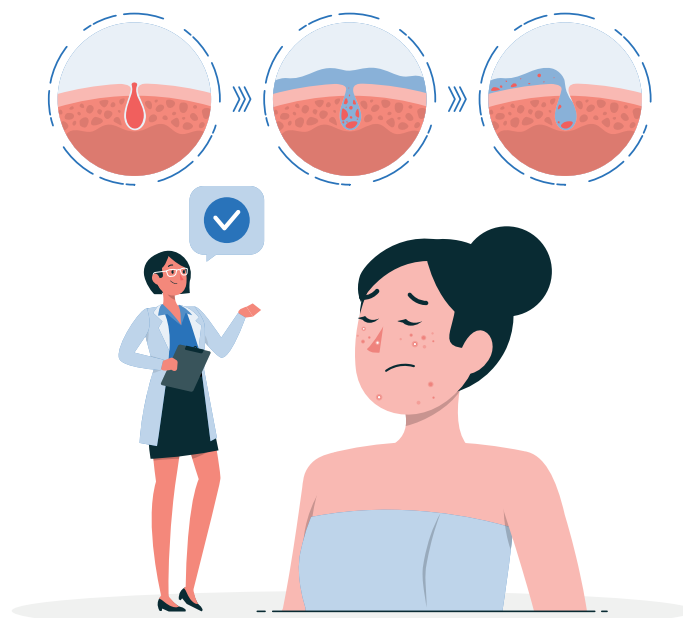
- Inflamatorias, no inflamatorias y residuales.
- No inflamatorias: comedones abiertos y comedones cerrados.
- Inflamatorias: pápulas, pústulas, nódulos, nódulo quistes.
- Residuales: cicatrices atróficas, hipertróficas o queloides y máculas.



De acuerdo con su etiología, se clasifica en primario (sin factores desencadenantes) y secundario (resultante de factores exógenos o endógenos).

Dentro de los primarios se encuentra el acné vulgar o también llamado juvenil, que se caracteriza por comedones abiertos, comedones cerrados, pápulas y pústulas que no dejan cicatriz; otra variedad es el acné conglobata que se caracteriza por la presencia de comedones en puente y tractos fistulosos y que puede comprometer zonas inusuales como los glúteos y la parte baja de la espalda, y el acné nódulo quístico que se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias dolorosas como nódulos y quistes y por generalmente dejar lesiones residuales.

Dentro de los secundarios encontramos el acné ocasionado por hiperandrogenismo, el acné químico por oclusión de los folículos pilosos por la utilización de sustancias oleosas y el acné por medicamentos, entre otros. (Daza, 2019).



DIAGNÓSTICO, MANEJO



El diagnóstico es clínico, indagar por antecedentes como acné en familiares de primer grado, irregularidades menstruales, hirsutismo, uso de medicamentos, rutina de cuidado facial y tratamientos previos.

Como diagnósticos diferenciales encontramos: la rosácea (compromete sólo el rostro y a diferencia del acné no cursa con comedones); la miliaria (pequeños quistes de 1 – 2 mm de diámetro de queratina); la foliculitis bacteriana (localizada únicamente

en zonas de gran densidad de vello como cuero cabelludo, bigote, barba, axilas y pubis); la dermatitis perioral (pápulas y pústulas en mejillas, mentón, región peri oral y párpados con ausencia de comedones) y por último la pseudofoliculitis de la barba, que corresponde a la incrustación del pelo con la correspondiente inflamación asociada.

Se recomienda la instauración temprana y agresiva del tratamiento como una estrategia para limitar las consecuencias físicas y psicológicas de la enfermedad, así como la terapia de mantenimiento para evitar recaídas y garantizar mejores resultados.

Para el tratamiento, existen principalmente 4 grupos terapéuticos:

Retinoides: Disminuyen la hiperqueratinización anormal en el folículo, generando reducción en

los comedones existentes y evitando la formación de nuevos micro comedones, adicionalmente tienen un efecto antiinflamatorio por inhibición de las vías de la lipooxigenasa y los leucotrienos.

Son facilitadores de la penetración de otros medicamentos tópicos. Disminuyen los ácidos grasos libres en los microcomedones. También ejercen un efecto positivo en lesiones residuales hiperpigmentadas. Son tratamiento de primera línea tanto para el acné inflamatorio como no inflamatorio, y de elección para el tratamiento de mantenimiento, se debe enfatizar su uso en la tarde o noche por su potencial de fotosensibilidad y su aplicación en pequeñas cantidades, lejos de ojos y boca porque generan irritación, resequedad y descamación de la piel (Botros et al., 2015).

Retinoides tópicos: tretinoína (ácido retinoico), isotretinoína, adapaleno y tazaroteno.

Retinoides sistémicos: Vitamina A e Isotretinoína, ésta última es de uso exclusivo del dermatólogo por sus potenciales efectos adversos, a dosis de 120 – 150 mg/kg.





Antimicrobianos: Tienen efectos antiinflamatorios y disminuyen la población de *C. acnes*, generalmente los tópicos se usan en combinación con retinoides tópicos.

Tópicos: Eritromicina, Clindamicina, Peróxido de Benzoilo

La eritromicina es un antibiótico macrólido que se une a los ribosomas de las bacterias, bloqueando las reacciones de transpeptidación y translocación, con la consecuente inhibición de la síntesis de proteínas dependientes del ARN.

La clindamicina es un derivado semisintético de la lincomicina. Inhibe la síntesis de proteínas por su acción sobre la subunidad 50S del ribosoma bacteriano

El peróxido de benzoilo es un agente predominantemente bacteriostático y, posiblemente, bactericida que ha demostrado, además, una acción comedolítica. Su acción antimicrobiana se desprende de la degradación de las proteínas bacterianas por la liberación de radicales libres y minimiza el riesgo de resistencia bacteriana.

Existe información creciente que sustenta el uso de esquemas que combinan retinoides tópicos con agentes antimicrobianos como la primera línea de tratamiento para la mayoría de los casos de acné, debido a que este abordaje permite controlar múltiples factores fisiopatogénicos de la enfermedad, tratándose de pacientes con lesiones inflamatorias y no inflamatorias.

Sistémicos: La administración de antibióticos sistémicos en el acné se indica en las formas moderadas a extensas, en el acné inflamatorio resistente al tratamiento tópico, en la enfermedad con compromiso del tronco y en las pieles muy oleosas.

La administración de antibióticos sistémicos en el acné se indica en las formas moderadas a extensas, en el acné inflamatorio resistente al tratamiento tópico, en la enfermedad con compromiso del tronco y en las pieles muy oleosas.

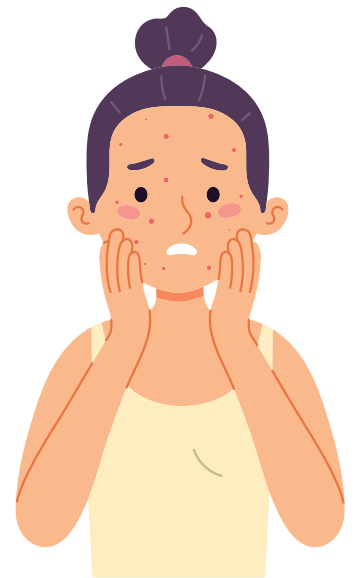


Los mecanismos mediante los cuales los antibióticos ejercen su actividad antibacteriana en el acné son diversos. Las ciclinas, los macrólidos y la clindamicina inhiben la síntesis de proteínas bacterianas; el trimetoprim-sulfametoxazol interfiere con el metabolismo de los folatos bacterianos, y las quinolonas inhiben la girasa bacteriana de ADN.

Además, tienen la capacidad de disminuir las lipasas bacterianas de *P. acnes* y poseen efectos inmunomoduladores y antiinflamatorios por inhibición directa, dependiente de la dosis, de la mitosis de los linfocitos. Además, inhiben la fagocitosis y disminuyen la secreción de citocinas proinflamatorias, como el FNT- α y las interleucinas 1 y 6 (IL-1, IL-6) al mismo tiempo que promueven la secreción de citocinas antiinflamatorias como la interleucina 10 (IL-10). De manera más específica, las ciclinas pueden modificar la vía del complemento mediante la disminución de la actividad del factor C3.

Las ciclinas deben usarse como la primera línea de los antibióticos orales para el manejo del acné pápulo-pustuloso moderado a extenso. Existen tetraciclinas de primera y segunda generación. En el primer grupo podemos contar con las tetraciclinas, las oxitetraciclinas, la minociclina y la doxiciclina, la limeciclina es una tetraciclina de segunda generación, se han comparado las ciclinas de primera y segunda generación, sin encontrar una diferencia significativa en cuanto a su eficacia.

En niños menores de 12 años, el uso de estos antibióticos está contraindicado por la inhibición del crecimiento esquelético y la alteración de los dientes en formación. Igualmente, se contraindica su uso en mujeres embarazadas por el alto riesgo de teratogenicidad.



Tetraciclinas como la doxiciclina y minociclina, la dosis de doxiciclina es de 100 mg 1 o 2 veces al día, dependiendo de la severidad, se recomienda que se tome 2 horas posterior a la alimentación y con abundante agua, ya que los alimentos pueden alterar su absorción y sus efectos adversos más importantes son gastrointestinales.

Como segunda línea encontramos el Trimetoprim Sulfa, se usa en casos de acné nódulo-quístico, cuando no se puede dar isotretinoína oral o cuando se ha probado que hay falla terapéutica con los otros antibióticos sin embargo tiene múltiples efectos adversos como anemia megaloblástica, neutropenia, leucopenia y reacciones medicamentosas. El tratamiento con antibióticos no debe prolongarse por más de tres meses para no inducir resistencia bacteriana.





Anti androgénicos: El tratamiento hormonal puede usarse como una alternativa a los ciclos repetidos de tratamiento con antibióticos o isotretinoína, o como complemento de estos. Está indicada en pacientes con seborrea intensa, alopecia androgénica, síndrome SAHA (seborrea-acné-hirsutismo-alopecia), acné de iniciación tardía o con exacerbaciones premenstruales. Igualmente, puede ser utilizada cuando se ha documentado hiperandrogenismo de origen ovárico o suprarrenal el tratamiento hormonal es benéfico independientemente de la presencia de elevación de los andrógenos circulantes. Puede iniciarse tratamiento hormonal con base en la evaluación clínica, sin estudios de laboratorio previos, en pacientes sin signos de virilización u otras anomalías endocrinológicas. En caso de sospecha de hiperandrogenemia, ésta sería como

la producida por un tumor y es, por lo tanto, suficiente con medir la testosterona total y el sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS). En mujeres con acné que presentan hirsutismo, oligomenorrea o amenorrea, así como infertilidad, obesidad, acantosis nigricans o diabetes, debe hacerse una evaluación más completa, con un perfil que incluya: testosterona libre, 17-hidroxi-progesterona, lutropina (LH), folitropina (FSH), prolactina, prueba de tolerancia a la glucosa y prueba de estimulación con corticotropina.

Disminuyen la producción de sebo, actuando directamente en el receptor androgénico de la glándula sebácea o en el infundíbulo como la espironolactona, flutamida o acetato de ciproterona, o reducen los andrógenos circulantes alterando la función ovárica (anticonceptivos orales), que en su mayoría combinan etinilestradiol con progestágenos, cuya función es suprimir la secreción de gonadotrofinas.

Espironolactona: compite con la testosterona y la dihidrotestosterona por unirse a su receptor y afecta la captación éstos por parte de los órganos blanco. Sus efectos adversos son ginecomastia en hombres, cefalea, mareos, irregularidades menstruales y sensibilidad mamaria que podría contrarrestarse con el uso adicional de anticonceptivos combinados, la hiperkalemia es infrecuente, excepto en pacientes con enfermedad renal o que usen otros fármacos ahorradores de potasio, cefalea, mareos. La dosis recomendada es 100 mg al día.

Las pacientes deben evitar el embarazo por potencial feminización del feto (Daza., 2019).

Isotretinoína oral

Retinoide oral indicado en acné extenso: acné quístico, acné conglobata, acné con falla a tratamientos convencionales luego de 6 meses de tratamiento. Se recomienda iniciar con dosis de 0,5 mg/ kg / día, el tratamiento se continúe hasta lograr dosis totales de 120 a 150 mg/kg, con lo que se reducen los riesgos de recaídas posteriores y se obtienen mejorías del 85%.

El tratamiento con isotretinoína oral debe estar en-marcado bajo un estricto seguimiento con pruebas de laboratorio. Las pruebas deben incluir prueba de embarazo previo al inicio del tratamiento, determinación de los títulos de triglicéridos, colesterol, transaminasas y cuadro hemático completo.

La isotretinoína es un potente teratógeno. De acuerdo con las recomendaciones de la FDA, el medicamento está contraindicado en mujeres gestantes o con planes de embarazo, debido a los daños fetales permanentes que pueden ocurrir con su administración, independientemente de la dosis o de la edad de gestación, si bien el riesgo es mayor durante el primer trimestre.

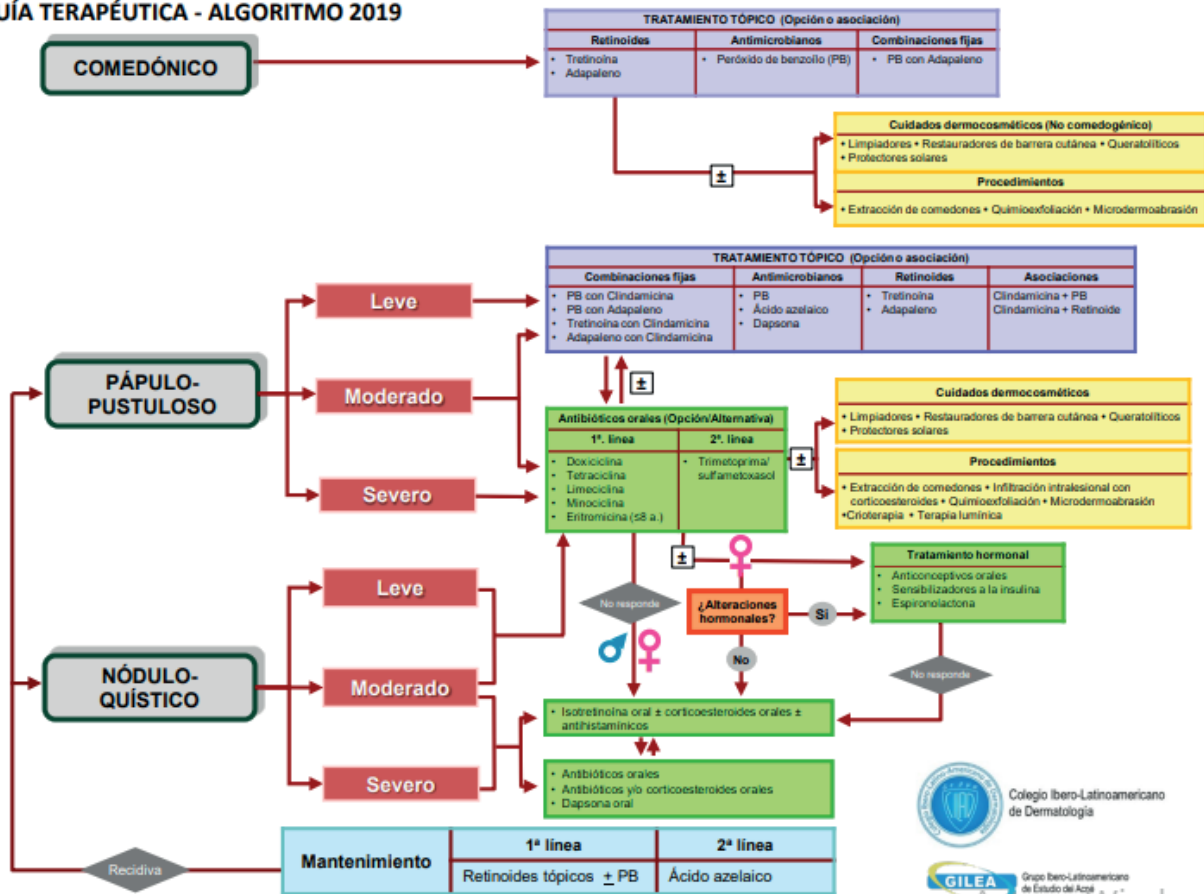
SEGUIMIENTO Y REMISIÓN:

Antes de iniciar cualquier tratamiento es prioritario investigar acerca de la rutina de piel del paciente, cómo realiza la limpieza, que productos usa ya que de esto depende en gran parte el éxito del tratamiento, en la medida en que previene la aparición de nuevas lesiones; se debe recomendar limpieza facial máximo dos veces al día, con agua tibia y un limpiador suave que no contenga jabón, evitando frotar la piel con productos astringentes o irritantes, así como el uso tres veces al día de un protector solar dermatológico en gel o loción. Hidratante facial cuyo vehículo sea en gel y que sea no comedogénico al igual que el resto de los productos que se utilicen en la piel como maquillaje, haciendo énfasis en evitar la aplicación de sustancias oleosas. A pesar de que la evidencia respecto a la dieta no es tan sólida, en varios estudios se ha encontrado que una dieta baja en carbohidratos de alto índice glicémico y bajo consumo de lácteos especialmente los semi descremados si ha mostrado disminuir la prevalencia del acné especialmente en pacientes con resistencia a la insulina. Es de vital importancia explicarle al paciente que independiente del tratamiento elegido, los resultados de éste se comenzarán a observar a partir del segundo a tercer mes y que las lesiones residuales como máculas hiperpigmentadas pueden tomar hasta 1 año en desaparecer, inclusive inicialmente las lesiones pueden empeorar lo que favorece que muchos pacientes abandonen prematuramente el tratamiento. (Zaenglein, 2018) Lo ideal es una vez se inicie el tratamiento citar al paciente cada dos o tres meses para estimar la evolución de las lesiones, posibles efectos adversos a los medicamentos y para plantear un tratamiento de mantenimiento que usualmente va a ser tópico.

La isotretinoína es un medicamento que se reserva para el tratamiento del acné nódulo quístico recurrente, debe ser de uso exclusivo del especialista debido a sus múltiples efectos adversos, entre los que se incluyen: es un potente teratógeno, así que las usuarias deben utilizar al menos un método contraceptivo adicional al uso de preservativo y se debe hacer seguimiento con prueba de embarazo, adicionalmente provoca resequedad de piel y mucosas por lo que es necesario que utilicen bálsamo labial, y lubricante ocular, puede elevar los triglicéridos, colesterol LDL y transaminasas, por lo que es conveniente solicitar un perfil lipídico y unas pruebas de función hepática antes de realizar la remisión al especialista, adicionalmente se ha visto ligado con depresión e ideación suicida siendo relevante tamizar depresión en adolescentes que vayan a iniciar este tratamiento. Así que pacientes con acné moderado a severo de difícil tratamiento o acné nódulo quístico que sean candidatos para tratamiento con retinoide oral deberían ser de manejo exclusivo del especialista. (Marson & Baldwin, 2019)

FLUJOGRAMA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

ACNÉ. GUÍA TERAPÉUTICA - ALGORITMO 2019



D I E T A B A J O Í N D I C E G L I C É M I C O

*Algoritmo adaptado de Guía Terapéutica Acné CILAD (Colegio Ibero Latinoamericano de Dermatología) (Kaminsky et al., 2019).

BIBLIOGRAFÍA

otros, P. A., Tsai, G., & Pujalte, G. G. A. (2015). Evaluation and Management of Acne. Primary Care - Clinics in Office Practice, 42(4), 465–471. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2015.07.007>

Daza., C. M. A. (2019). Dermatología Clínica (conceptos básicos). In Dermatología Clínica Instituto dermatológico Federico Lleras Acosta (Vol. 53, pp. 230-245.). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Kaminsky, A., Florez-White, M., Arias, M. I., Bagatin, E., Adame Miranda, G., Alves, G., ... Villanueva, C. (2015). Classification of acne: An Ibero-Latin American consensus, 2014. Medicina Cutanea Ibero-Latino-Americana.

Marson, J. W., & Baldwin, H. E. (2019). An Overview of Acne Therapy, Part 2: Hormonal Therapy and Isotretinoin. Dermatologic Clinics, 37(2), 195–203. <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.12.002>

Zaenglein, A. L. (2018). Acne vulgaris. New England Journal of Medicine, 379(14), 1343–1352. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1702493>.



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	Ana María Bertolotto Cepeda, Clara Eugenia Plata García, Nancy Soraya Martínez Estevez (Ip).	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), Alejandra Villadiego (Coi), Ángela Ruiz(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), Daniel Castro (Col)	PUJ-Javesalud
Diseño de una herramienta para valoración de adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Fase 1.	Enfermedades Crónicas	Jose Manuel Vivas Prieto (ip), Sonia Alexandra Barrera Gonzalez, Rafael Aurelio Mazuera Bonilla.	PUJ-Javesalud
Registro ASMA ISAR. Registro Internacional de Asma Grave	Enfermedades Crónicas	Ivan Solarte (IP), Carlos Andrés Celis Preciado (IP), Norma Ruiz (Coi), David Ortegón (Coi)	HUSI - 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 - Universidad Queen Mary de Londres - 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
Entrega de una infraestructura integral de toma de decisiones para apoyar la eficiencia y eficacia de los sistemas de salud mental para niños y jóvenes	Modelos de Atención	Laura Ospina (IP); Paola Páez(Coi).	PUJ
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	Nelci Becerra (IP), Claudia Robayo (Col), Andrés Duarte (Coi), Sergio Lamus	PUJ-Javesalud
PROMESA:Procedencia del Material particulado y su Efecto en la Salud de losniños: 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 Pontifica Bolivariana - SURA
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); Paola Páez(Coi).	Instituto nacional de salud mental de USA, Universidad de Darmouth, Epidemiologia Clinica -PUJ-Javesalud
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
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
Diseño de una herramienta para la valoración de la adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (Fase 2)	Proceso diagnóstico y tamizaje	Silvia Tatiana González Gómez (IP), José Manuel Vivas (Coi)	PUJ-Javesalud
Caracterización sociodemográfica y clínica de la población con conducta suicida reportada en fichas SISVECOS en Javesalud del 2018 al 2022	Proceso diagnóstico y tamizaje	Keyla Jemihah Triana Angel (IP), Andrés Duarte Osorio, Liliana Rodelo (Coi), Manuela Torres.	PUJ-Javesalud
Efecto cardiovascular del consumo habitual de café en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 con reciente diagnóstico	Enfermedades Crónicas	María Carolina Pinzón (IP), Yesica Fernanda Villalba (IP), Nora Badoui, Maylin Peñalosa, Nelci Becerra (Coi), Juan Sebastián Castillo, Isabel del Socorro Moreno, Luz Helena Alba, Andrés Duarte Osorio.	PUJ - HUSI - Javesalud

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



INVESTIGACIÓN DEL MOMENTO

DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA PARA LA VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA Y NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Autores: *Silvia Tatiana González Gómez (Investigador principal)*¹

*Sonia Alexandra Barrera González (Coinvestigadora)*²

*José Manuel Vivas Prieto (Colaborador)*³

*Socorro Moreno Luna (Asesora metodológica)*⁴

¹ Médica Residente de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

² Médica Familiar Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

³ Médico Familiar Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá – Javesalud IPS

⁴ Epidemióloga Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

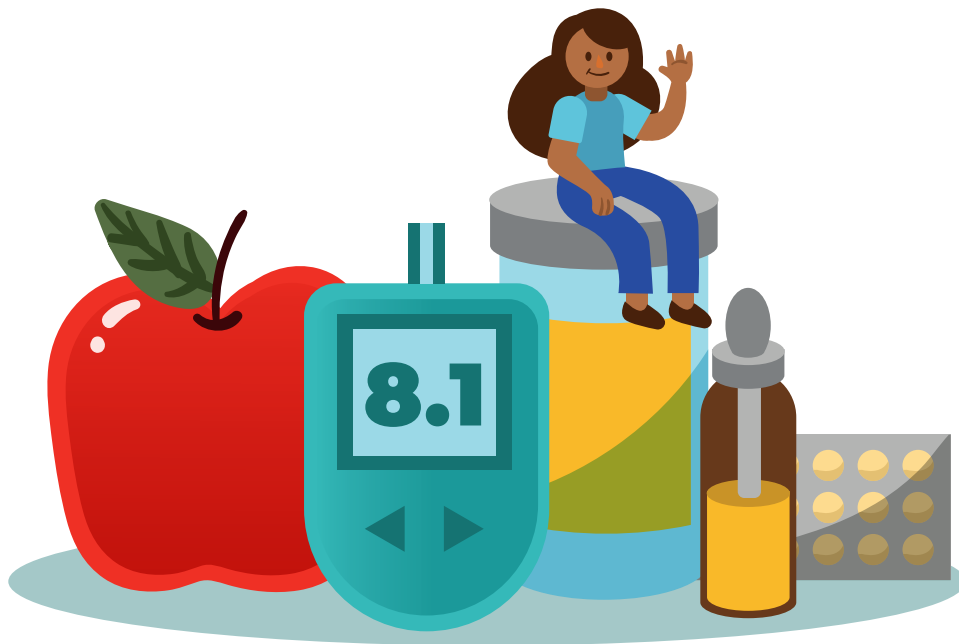
INTRODUCCIÓN

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

La diabetes mellitus es una patología metabólica crónica que se caracteriza por presentar hiperglicemia, es decir, niveles elevados de glucosa en sangre de forma continua (1). Esta enfermedad, al igual que la hipertensión arterial y otras condiciones crónicas no transmisibles, se ha convertido en un problema de salud pública relevante debido a que tiene una alta prevalencia, contribuye a un porcentaje importante de los gastos en salud a nivel mundial y genera un impacto social en el paciente y su familia (1,2). Debido a la naturaleza de la patología, un control inadecuado de la misma puede



producir complicaciones en diferentes órganos, lo que provoca un deterioro relevante de la calidad de vida y una muerte prematura, por lo que es importante fortalecer conductas dirigidas a mantener una adecuada alimentación, realizar actividad física y seguir un tratamiento farmacológico, además de evitar el consumo excesivo de alcohol y el uso de cigarrillo (2,3,4).



El cumplimiento de las recomendaciones médicas acerca del uso de los medicamentos y los hábitos de vida se conoce con el término de adherencia, y se ha descrito que cuando es adecuada, genera una importante disminución de las complicaciones de la enfermedad (5,6,7). Sin embargo, se ha documentado que la adherencia en patologías crónicas es baja, con aproximadamente un 50% en países desarrollados, siendo esta cifra menor en países en vías de desarrollo (5).

Debido a la relación que existe entre la adecuada adherencia y la disminución en las tasas de complicaciones de la diabetes mellitus, se considera pertinente la identificación de factores que puede presentar un individuo y que limiten el cumplimiento de las recomendaciones médicas (5,7). No existe en el momento una herramienta considerada como patrón de oro que permita al personal de salud hacer esta exploración, por lo que se considera una necesidad el desarrollo de un instrumento en español, corto, fácilmente comprensible y práctico, que permita hacer una evaluación de los aspectos relacionados con la adherencia en cada individuo, llevando así a una mejor comprensión de las limitaciones, generando una oportunidad de intervención oportuna que favorezca la salud de los individuos (5,6).

¿CÓMO HICIERON ESTE PROYECTO?

Este proyecto tiene 4 fases:

Fase I: Exploración de herramientas. Se define como evento de interés la medición de la adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, conduciendo una búsqueda en la literatura en bases de datos Pubmed, Science Direct, Google Scholar y Scielo. En dicha búsqueda se encuentran escalas que valoran la adherencia de

forma generalizada en patologías crónicas, y otras más específicas para diabetes mellitus, por lo que se incluyen aquellas que reportan un mayor uso, teniendo en cuenta la definición de adherencia. Se escogieron 22 cuestionarios, con un total de 403 ítems. En la **tabla 1** se encuentran resumidas las herramientas usadas en este proyecto, con datos adicionales sobre las dimensiones abordadas, la administración del cuestionario (autoadministrado o realizado por personal de salud), su disponibilidad en español y la cantidad de preguntas incluidas.

De las 22 escalas revisadas, se encontró que 9 de ellas son unidimensionales, siendo solo una específica para diabetes mellitus, y las 13 restantes son multidimensionales. El correcto uso de medicamentos, la alimentación saludable, la realización de actividad física, el autocuidado y el conocimiento de la patología fueron los factores más evaluados en las escalas multidimensionales. Se encontró que las herramientas específicas para diabetes mellitus son en su mayoría multidimensionales, pero solo 2 de ellas cuentan con versiones en español, de las cuales ninguna fue validada en Colombia, lo que supone una falta de adaptación cultural al contexto del país, además de tener otras limitantes como una cantidad elevada de ítems, que es el caso del Perfil de Atención de la Diabetes (DCP), lo que implica un tiempo considerablemente largo para contestarse a cabalidad (8). En el caso del Resumen de Actividades de Autocuidado de la Diabetes (SDSCA), validada en México y España, cuenta con una consistencia interna moderada-baja, lo que limita su uso más amplio como patrón de oro (9,10).

Tabla 1. Resumen de cuestionarios que evalúan adherencia en diabetes mellitus, incluidos en la investigación.

Instrumento	Unidimensional (U) Multidimensional (M)	Administrado por personal de salud (PS) o Autoadministrado (A)	Disponible en español	Número de preguntas incluidas
No específicos para diabetes mellitus				
Test de cumplimiento autocomunicado o Test de Haynes-Sackett	U	PS	Si	4
Test de Morisky-Green (MMAS)	U	PS	Si	4
Test de Batalla (test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)	M	PS	Si	3
The Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)	U	A	Si	6

The Medication Adherence Report Scale (MARS)	U	A	Si	10
Test de Hermes	U	PS	Si	8
Test de Herrera Carranza	U	PS	Si	4
Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS)	U	PS	Si	12
Escala de Adherencia Terapéutica (EAT)	M	A	Si	21
Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA)	U	PS	Si	24
Específicos para diabetes mellitus				
Adherence and self-management monitoring tool (ASMMT)	M	A	No	16
Diabetes Care Profile (DCP)	M	A	Si	63
The Self-Care Inventory (SCI)	M	A	No	15
Diabetes Health Promotion Self-Care Scale (DHPSC)	M	A	No	26
Diabetes Self-Care Ability Questionnaire (DSCAQ)	M	A	No	36
Diabetes Self-Management Assessment Report Tool (D-SMART)	M	A	No	49
The Diabetes Self-Management Instrument (DSMI)	M	A	No	35
Modified Insulin Management Diabetes Self-Care Scale (M-IMDSCS)	M	A	No	30
Disease-specific adherence scale for diabetes	M	A	No	8
Revised Adherence in Diabetes Questionnaire (RADQ)	M	A	No	10

The Summary of Diabetes Self-Care Activity (SDS-CA)	M	A	Si	12
The Measurement of Adherence to Treatment (MAT)	U	A	No	7
				403

Fase II: Reducción de ítems. Revisión de los 403 ítems incluidos en las 22 escalas seleccionadas, agrupando los mismos en factores socioeconómicos, relacionados con el tratamiento, el paciente, la enfermedad, y con el sistema o equipo de asistencia sanitaria. Una vez agrupadas, las preguntas son revisadas de manera individual, seleccionando aquellas preguntas repetidas y las que buscan evaluar conocimientos del encuestado sin ser dirigidas a la valoración de la adherencia directamente. Posteriormente, se revisaron las respuestas entre todos los investigadores, eliminando los ítems marcados en común y llegando a un consenso entre aquellos en los que hubo respuestas disímiles. Finalmente, se dejaron 50 ítems para la fase III.



Fase III: Validación de ítems por expertos. . A través del método Delphi, que utiliza el juicio de expertos para llegar a un consenso a través de cuestionarios (11), se realizará una primera ronda con los 50 ítems seleccionados en la fase II, solicitando a los jueces que escojan 1 de 3 posibles respuestas: 1. Relevante, el ítem debe conservarse, 2.

Irrelevante, el ítem debe eliminarse o 3. No estoy seguro (a). Adicionalmente, se dejará una casilla al final del cuestionario para escribir sugerencias de preguntas que se consideren pertinentes y no hayan sido incluidas, o para comentar sobre las preguntas previamente evaluadas. Los expertos serán escogidos por su contacto frecuente con pacientes con diabetes mellitus tipo 2, su experiencia clínica en el área asistencial y la disponibilidad para participar en el estudio. Se considera a partir de 10 expertos un número adecuado para la aplicación del método, aunque no se ha determinado un número exacto para su adecuado desempeño (11).



Fase IV: Presentación de la versión inicial de la herramienta. Teniendo en cuenta los resultados de la fase III, se elaborará un cuestionario que reúna las preguntas más relevantes para la valoración de la adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.



¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS QUE ESPERAMOS ENCONTRAR?

El diseño de una herramienta para la valoración de la adherencia farmacológica y no farmacológica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en español, fácil de aplicar en la práctica médica diaria, que permita determinar las barreras en el cumplimiento de las recomendaciones médicas, y pueda ser utilizada por el personal de salud para optimizar las intervenciones individualizadas en estos pacientes.

¿CÓMO ESTÁ VINCULADO JAVESALUD AL PROYECTO?

Este proyecto fue presentado ante el Comité de Ética en Investigaciones de Javesalud en septiembre de 2022, y aprobado para su ejecución. En el momento están vinculados al proyecto un colaborador de Javesalud, cumpliendo rol de tutor y **coinvestigador**.

REFERENCIAS

1. Banday MZ, Sameer AS, Nissar S. Pathophysiology of diabetes: An overview. *Avicenna J Med*. 2020 Oct 13;10(4):174-188. doi: 10.4103/ajm.ajm_53_20.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre la diabetes. 2016.
3. American Diabetes Association Professional Practice Committee; 5. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care* 1 January 2022; 45 (Supplement_1): S60–S82.
4. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas 10TH edition*. 2021.
5. Organización Mundial de la Salud. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. 2004.
6. López-Romero LA, Romero-Guevara SL, Parra DI, Rojas-Sánchez LZ. Adherencia al Tratamiento: Concepto Y Medición. *Hacia la promoción la salud*. 2016;0121–7577(2462–8425):117–37.
7. Clifford S, Perez-Nieves M, Skalicky AM, Reaney M, Coyne KS. A systematic literature review of methodologies used to assess medication adherence in patients with diabetes. *Curr Med Res Opin*. 2014;30(6):1071–85.
8. Taboada E. Adaptación y validación del instrumento Diabetes Care Profile para medir calidad de vida en individuos con diabetes tipo 2 atendidos en los servicios de salud de la jurisdicción sanitaria # 1 del estado de Morelos. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2011.
9. Vincent D, McEwen MM, Pasvogel A. The validity and reliability of a Spanish version of the summary of diabetes self-care activities questionnaire. *Nurs Res*. 2008;57(2):101-106. doi:10.1097/01.NNR.0000313484.18670.ab.
10. Caro-Bautista J, Morilla-Herrera J, Villa-Estrada F, et al. Adaptación cultural al español y validación psicométrica del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA) en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Atención Primaria* 2016;48(7): 458-467. doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.005.
11. Nasa P, Jain R, Juneja D. Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World J Methodol*. 2021 Jul 20;11(4):116-129. doi: 10.5662/wjm.v11.i4.116.

INVESTIGACIÓN FINALIZADA

Caracterización de dolor crónico no oncológico en cuidado primario ambulatorio en un centro de salud de atención primaria ambulatoria entre los años 2018 –2019.

Autores: Sonia del Carmen Martínez Moreno¹

José Manuel Vivas Prieto²

Claudia Ximena Robayo González³

Wilson Fernando Hernández Ruiz⁴

¹ Residente Medicina Familiar, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

² Médico Familiar, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá – Javesalud IPS

³ Médica epidemióloga - Grupo investigación Javesalud

⁴ Médico Familiar - Javesalud IPS

INTRODUCCIÓN

El DCNO (Dolor crónico no oncológico) es una causa frecuente de consulta a los servicios de salud, en el año 2010 Estados Unidos tenía una prevalencia del 30,7% de DCNO en la población general (1), 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%(2,3). Esto contrasta con lo reportado en 2006 en Europa donde la prevalencia fue del 19 %(1) y para el caso puntual de España se reportó una prevalencia del 11% (4). En América Latina, Chile reportó para el año 2016 más de 5 millones de personas que sufrían dolor crónico, el 28% de intensidad severa (3,5). Para el caso de Colombia, en el año 2008 el departamento de Caldas reportó una prevalencia del 31% en su población general (1), mientras en el 2014 el Octavo Estudio Nacional de Dolor reportó una prevalencia del 55,4% en mayores de 46 años (6).



El dolor crónico tiende a afectar múltiples áreas de la persona que lo sufre, tales como aumento en la discapacidad y limitación en las actividades diarias, lo cual puede provocar aislamiento social, disminución de las actividades de ocio, dificultades laborales y prácticas deportivas (7). Por otro lado, el 14% de los pacientes con DCNO informa no poder participar de roles sociales, ni labores del hogar (8). Además, el DCNO se encuentra relacionado con ansiedad, depresión, trastornos del sueño y mala calidad de vida (9). A nivel del entorno familiar, puede afectar su funcionamiento, así como la forma en que se comunican, resuelven sus conflictos, además puede generar rechazo y/o mal apoyo (3,7).

El dolor crónico también representa una carga económica importante. Para el año 2016 se estimó que en Estados Unidos se generaron gastos médicos por 560 mil millones al año, asociado a pérdida de productividad y aumento de la discapacidad (10).

El abordaje del dolor requiere un manejo multidisciplinario, por lo tanto, se necesita de la valoración integral por diferentes especialistas, lo cual aumenta los costos sanitarios, el número de consultas y afecta la oportunidad de los servicios en salud (2).

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

Por medio de este trabajo, se quiso conocer: ¿Cuáles son las características de la población con DCNO de moderado a severo, implementando la Escala Visual Análoga (EVA) para estratificarlo? y ¿cuál es la importancia de conocer el abordaje de dolor en atención primaria ambulatoria?

La información obtenida en esta investigación permitirá verificar los diagnósticos de dolor más frecuentes y su asociación como causas de dolor moderado y severo, además de realizar recomendaciones para optimizar el abordaje del DCNO en entornos ambulatorios.

¿CÓMO HICIERON ESTE PROYECTO?

Se realizó un estudio de corte transversal descriptivo en el que se caracterizó a los pacientes con diagnóstico de dolor crónico no oncológico, en la institución de cuidado primario ambulatorio Javesalud. Se obtuvo una muestra en la población que consultó entre los años 2018-2019 con dolor moderado a severo (EVA mayor o igual a 4) reportado en historias clínicas con dos o más mediciones consecutivas con mínimo 3 meses, por parte de médicos generales o especialistas. Las variables encontradas fueron divididas en demográficas y clínicas.





¿CUÁLES FUERON LOS RESULTADOS MÁS IMPORTANTES?

Se recopiló la información de los pacientes que consultaron entre los años descritos con valoración por Escala Visual Análoga (EVA) de dolor moderado a severo (EVA mayor o igual a 4) con dos o más mediciones consecutivas con mínimo 3 meses por parte de médicos generales o especialistas. Se encontró que la frecuencia de dolor es mayor en el sexo femenino con un 68.75 % con una media para la edad en ambos sexos de 56.6 años. Así como la intensidad del dolor por EVA, mostró una mayor proporción de dolor moderado entre un 12.16 % - 25 % con resultados similares en ambas consultas.

También se observó un predominio de DCNO en el curso de vida adultez con 43.22% y Vejez en el 46.61%. No obstante, en el ciclo vital Vejez el dolor severo fue más frecuente en la primera consulta (56.67%), como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de Escala Visual Análoga por ciclo vital individual

	Ciclo vital	EVA moderado	IC 95%	EVA Severo	IC 95%
PRIMERA CONSULTA	Adolescencia	1 (0.85%)	0.02% - 4.63%	NA	NA
	Juventud	11 (9.32%)	4.75% -16.07%	NA	NA
	Adultez	51 (43.22%)	34.13% -52.66%	13 (43.33%)	25.46% - 62.57%
	Vejez	55 (46.61%)	37.37% - 56.02%	17 (56.67%)	37.43% -74.54%
SEGUNDA CONSULTA	Adolescencia	1 (0.84%)	0.02% - 4.59%	NA	NA
	Juventud	11 (9.24%)	4.71% - 15.94%	NA	NA
	Adultez	48(40.34%)	31.45% - 49.72%	16 (55.17%)	35.69% - 73.55%
	Vejez	59 (49.58%)	40.29% - 58.89%	13 (44.83%)	26.45% - 64.31%

De otra parte, se encontró que los diagnósticos más frecuentemente relacionados con dolor severo fueron: compresión de la raíz y plexo nervioso en trastornos de los discos vertebrales, traumatismo superficial de abdomen (región lumbosacra y de la pelvis), artritis reumatoide, desplazamientos de disco intervertebral y trastornos especificados de la sinovia y el tendón. Los pacientes con escala de dolor mayor o igual a 4 fueron valorados con mayor frecuencia en consulta no programada 24.1 % y medicina general 17.9 %.



¿CUÁLES SON LAS CONCLUSIONES DE ESTE PROYECTO?

Al finalizar este proyecto, hemos observado el nivel de importancia de diligenciar adecuadamente las herramientas para evaluar la intensidad del dolor y consignar diagnósticos relacionados con el motivo de la consulta en orden de prioridades según el criterio médico.

La evaluación de los diferentes registros de la base de datos señala que el dolor musculoesquelético es el más predominante de sus tipologías y la intensidad más frecuente es la moderada, con un predominio

en el sexo femenino. Por otra parte, se observó una la variabilidad de la intensidad del dolor según el ciclo vital donde el dolor comienza a aumentar su frecuencia en la adultez. Inicialmente cursa con un dolor moderado, pero en la medida que avanza la edad se hace visible el dolor severo que es limitante, y modifica el estilo de vida de los pacientes.

Se resalta la importancia de conocer y abordar de manera integral las brechas existentes entre el conocimiento y el manejo del DCNO. Es necesario reforzar la adherencia del equipo de salud a las guías de práctica clínica y, por lo tanto, mejorar la identificación de los signos y síntomas del paciente, y secuencialmente su calidad de vida, desde un abordaje biopsicosocial e interdisciplinario.



REFERENCIAS

1. 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.
2. Organización mundial de la salud. Alivio del dolor en el cáncer. Con una guía sobre la disponibilidad de opioides. *Rev Panam Salud Pública*. 1996;2(1):74–74.
3. Ortiz L, Velasco M. Dolor Crónico Y Psiquiatría. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2017;28(6):866–73.
4. Victoria GE maría. Dolor crónico no oncológico: a dónde estamos y a donde queremos ir. *Elservier*. 2018;1(Dolor crónico no oncológico: dónde vamos y donde queremos ir):1.
5. Cluster Salud. Uno de cada cinco chilenos puede sufrir de dolor crónico. [Internet]. Noviembre 2020. 2020 [cited 2020 May 9]. p. 1.
6. Guerrero Liñero AM, Gómez López MP. Prevalencia del dolor crónico en Colombia. VIII Estudio Nacional de Dolor 2014. *Asoc Colomb Neurol* [Internet]. 2014;1–44.
7. 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.
8. Linda Cocchiarella, MD, MSc Scott Manaker, MD P. Disability assessment and determination in the United States [Internet]. 2021. 2021 [cited 2020 Aug 29]. p. 1.
9. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: An overview of Cochrane Reviews [Internet]. Vol. 2017, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2017 [cited 2020 Aug 31].
10. Dahlhamer JM, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, Debar L, et al. Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain among adults — United States, 2016. Vol. 67, *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Department of Health and Human Services; 2018. p. 1001–6.



RECONOCIMIENTO

— SEGUNDO —

SEMESTRE 2022

DOCENTES CORE



Karem Andrea Martínez Ruiz

Jefe De Enfermería
Centro Médico Toberín



Paola Ximena Marquez Martínez

Médico Pediatra
Centro Médico Toberín

INSTRUCTORES



María Alejandra Gongora Clevel

Médico General
Centro Médico Cali



Izlena Paola Reyes Vargas

Jefe De Enfermería
Centro Médico Toberín



Lina Marcela González Castro

Jefe De Enfermería
Centro Médico Toberín



Ingrid Daniela Sanchez Aguirre

Médico Familiar
Centro Médico Cali



Andres Felipe Borrero González

Médico General
Centro Médico Cali



Juanita Luna Obando

Médico General
Centro Médico Cali

PROFESIONAL EN CONTACTO CON EL ESTUDIANTE



Maria Constanza Morales

Dermatóloga
Centro Médico Toberín



Gladis Milena Troncoso Reina

Terapeuta Ocupacional
Centro Médico Toberín

RESIDENTE FORMADOR



Astrid Lorena Cubillos Osorio

Residente de Medicina Familiar



Monica Diopasa

Coordinador de experiencia y calidad



DOCENTE E INVESTIGADOR DEL AÑO

MEJOR DOCENTE



KAREM ANDREA MARTÍNEZ RUIZ

Enfermera
Centro Médico Toberín

MEJOR INVESTIGADOR



NANCY SORAYA MARTÍNEZ ESTEVEZ

Médico Pediatra
Centro Médico Javeriana - Toberín











TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO























En este volumen queremos recordar los 34 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.
-  30. Guía complementaria EACPA Dermatitis de contacto: la otra cara de la moneda en la higiene de manos.
-  31. Guía complementaria EACPA - Acné, una mirada desde el primer nivel de atención.
-  32. Guía complementaria EACPA abordaje niño diabético.

 **33.** Guía complementaria EACPA cólico del lactante.

 **34.** Guía complementaria EACPA Conjuntivitis.

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 Académica y de Investigaciones (ppaez@javesalud.com.co) o a alguno de los profesionales del área (yherrera@javesalud.com.co; jvivas@javesalud.com.co; nbecerra@javesalud.com.co)



NOTICIAS Y NOVEDADES

Volumen 24

1. Presentaciones y eventos de interés

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

Octubre:

1. 31° Foro Internacional de la OES (Organización para la Excelencia de la Salud) 2022, realizado del 19 al 21 de octubre en Cartagena, con dos trabajos: 1). Ponencia: “Enfoque de gestión de riesgo clínico y caracterización de perfil de riesgo individual en una institución de cuidado primario ambulatorio”. **Autores: Paola Páez, Sergio Navarrete, Diana Sánchez, Gina Castellanos, Norma Ruiz, Carlos Tobar. Ponente: Dra. Paola Paéz.**

2). Póster: “Análisis de salud en una empresa del sector financiero basado en un modelo de medicina familiar y gestión del riesgo”. **Autores: Norma Andrea Ruiz Vanegas, Paola Liliana Páez Rojas, Carlos Humberto Tobar González, Sandra Concepción Hurtado Gomez, Fanny Paola Rodriguez Torres, Nelci Astrid Becerra Martínez.**

2. 1er Simposio de administración en salud pública, Universidad Nacional de Colombia, realizado el 20 de octubre en Bogotá. Ponencia: “Servicios de salud, investigación y formación de talento humano en salud”. Ponente: **Jose Manuel Vivas.**

3. Evento Navegación de pacientes internacional, realizado de manera virtual al 21 de octubre, con la conferencia: “Barreras y facilitadores en un programa de crónicos ambulatorio”. Ponente: **Dra. Norma Ruiz.**

4. Defensa de Tesis Dra. Paola Paez, Maestría en Educación para profesionales de la Salud. Hospital Italiano de Buenos Aires, realizada el 27 de octubre. Trabajo: “Caracterización de estrategias de enseñanza en el ámbito ambulatorio de una institución de atención primaria en Colombia”. Ponente: **Dra. Paola Páez.**

5. XI CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR UNIVERSIDAD EL BOSQUE: “Abordaje Integral de Patologías Cardio metabólicas en Atención Primaria (RIA Cardiovascular)”. Realizado del 27 al 29 de octubre con la Conferencia: “¿Cómo estratificar el riesgo cardio metabólico?”. **Autores: Dr. José Manuel Vivas Prieto, Dra. Adriana Paola Molina Sánchez Residente Programa Medicina Familiar PUJ Bogotá.**

Noviembre:

1. 7° Simposio Mundial de Investigación en Sistemas de Salud (HSR 2022). Fechas: 31 de octubre al 4 de noviembre de 2022 en Bogotá. Trabajo: “Adaptación del Programa Patologías Crónicas Complejas a la pandemia por COVID-19 en una institución de cuidado primario ambulatorio”. **Autores: Eliana Gonzalez Rodriguez, Gina Castellanos y Norma Ruiz Vanegas. Ponente: Dra. Gina Castellanos**, quien fue beneficiada con una Beca para gastos de inscripción por parte del Evento. La ponencia se realizó el 3 de noviembre.

2. Curso clínicas de cesación tabáquica. Instituto Nacional de Cancerología. Fecha: 22 y 23 de noviembre de 2022. Ponencia 1). Perfil contemporáneo de consumo de tabaco y dispositivos electrónicos de administración de nicotina. Ponencia 2). Experiencia exitosa – El programa de Cesación Tabáquica JAVESALUD. Conferencista: Nelci Becerra.

3. Organización y ejecución exitosa del XIII FORO INTERNACIONAL DE CUIDADO PRIMARIO AMBULATORIO “Construyendo salud: experiencias intersectoriales”, los días 29 y 30 de noviembre de 2022 en el Auditorio Luis Carlos Galán de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Número de asistentes al Foro: 184 personas. En este evento a su vez, participaron como conferencistas las **Doctoras Norma Ruiz y Nancy Martínez con las ponencias:** “Experiencia Javesalud: “Llevando salud a las empresas” y “Caracterización de niños, niñas y adolescentes entre los 6 y 14 años que usan dispositivos electrónicos” respectivamente.

4. Foro regional Centro sobre Educación Médica – ASCOFAME. Fecha: 30 de noviembre de 2022, Bogotá. **Panelista: Dra. Paola Páez. Ponencia:** Factores del currículo oculto en la enseñanza clínica ambulatoria.

Se resalta la Premiación otorgada el 30 de noviembre de 2022 a Javesalud por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y USAID. Categoría: Resultados superiores en la detección temprana de cáncer. **Premio Nacional a la Calidad de la atención Integral en Salud con enfoque en la Atención Primaria en Salud 2022.**

2. Publicaciones

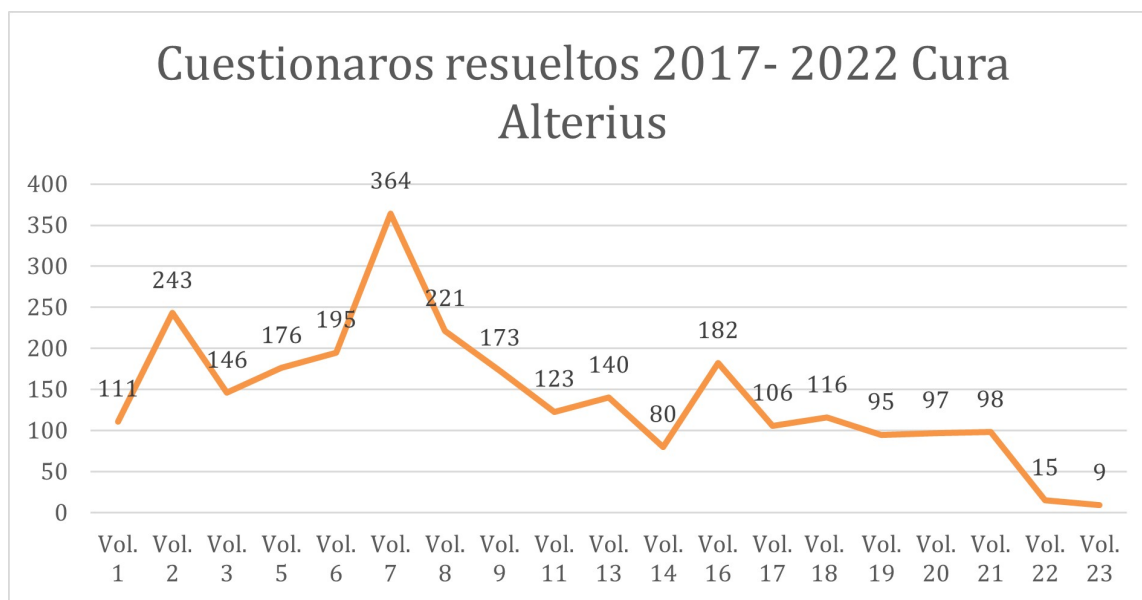
Nos alegra compartir las publicaciones en las que tuvieron participación los colaboradores de Javesalud durante 2022:

Publicaciones 2022 (Colaboradores Javesalud resaltado en negrilla)	Tipo publicación	Categoría Publindex
Olaya L, Becerra N , Cuevas V, Almonacid I, Olejua P, Alba LH. Sociodemographic, family and clinical characteristics associated with smoking cessation intention among smokers treated in a quaternary care hospital. Rev. Fac. Med. 2022;70(3):e91846. English. doi: https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.91846	Revista indexada	C
Patarroyo Velásquez D, Martínez Estévez N . Manifestaciones clínicas de la deficiencia de factor XII en un lactante. Revista Cubana de Pediatría. 2022;94(1):e1657. Disponible en: http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1657/955	Revista indexada	C
Pino L, Rico-Carrillo A , Hernández-Arango A. Del ábaco a las redes neuronales o la breve historia de la inteligencia artificial en salud. Revista Medicina No.135. Vol. 43 Núm. 4 (2021). https://www.revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1641	Revista indexada	LILACS
Alba LH, Peñaloza M, Olejua P, Cespedes E, Cuevas V, Almonacid I, Olaya L, Becerra N . Brief counseling for smoking cessation and alcohol use reduction concomitant with hospital procedures: a randomized clinical trial. Braz J Psychiatry. 2022;00:000-000. http://doi.org/10.47626/1516-4446-2021-2413	Revista indexada	A2
Navarrete S, Sánchez- Calderón D, Castellanos G, Ruiz N, Tobar C, Paez P . Enfoque de Gestión de riesgo clínico y caracterización del perfil de riesgo individual en una institución de cuidado primario ambulatorio. Observatorio Nacional de Calidad y Humanización en salud. Entidades acreditadas en Salud. 2022. Disponible en: https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/acreditacion-en-salud.aspx	Literatura gris	N/A
Pontificia Universidad Javeriana, Seguros SURA. Recomendaciones para mejorar los sistemas de salud y riesgos laborales en Colombia. Libro. Tobar C, Páez P, Bastidas J, González AM (Javesalud) . Marzo 2022. Disponible en: https://javeriana.edu.co/recursosdb/1728138/1866640/RecomendacionesSistemasSalud.pdf/95cd2e14-73cc-b2d6-cfd4-b59d79e6b2fc?t=1647457931261	Literatura gris	N/A

<p>Becerra N. ¿Es posible hablar de hospitales universitarios ambulatorios? Perspectivas en Medicina Familiar. 2022; 36-37. Disponible en: ¿Es posible hablar de hospitales universitarios ambulatorios? Perspectivas en Medicina Familiar. 2022; 36-37.</p>	<p>Literatura gris</p>	<p>N/A</p>
<p>Rivera JC, Cadena Y. 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. Trabajo grado especialización Medicina Familiar, Pontificia Universidad Javeriana, 2022.</p>	<p>Literatura gris</p>	<p>N/A</p>
<p>Martínez S, Vivas JM, Robayo CX, Hernández WF. Caracterización de dolor crónico no oncológico en cuidado primario ambulatorio en un centro de salud de atención primaria ambulatoria entre los años 2018–2019. Trabajo grado especialización Medicina Familiar, Pontificia Universidad Javeriana, 2022.</p>	<p>Literatura gris</p>	<p>N/A</p>

3. Cura Alterius: ¿Cómo vamos?

¡SIGAMOS MOTIVANDONOS EN LA LECTURA CON EL VOLUMEN 24!



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

Los invitamos a retomar la lectura de Cura Alterius, poder para darle mayor visibilidad y recuperar nuestro indicador de lectura.

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 2023 (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**).

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

- Durante el año 2022 recibimos 511 estudiantes en prácticas formativas (rotaciones), quienes han ocupado 1561 cupos en el año.
- El porcentaje de satisfacción de UNIVERSIDADES cerró el año 2022 con el 99%. En los comités destacan el compromiso y la calidad de nuestros docentes. ¡Felicitaciones!
- El porcentaje de satisfacción global de prácticas a corte de diciembre de 2022, fue del 90,66%.



5. ¿Cómo vamos en investigación?

- A diciembre de 2022 tenemos 17 proyectos activos y durante el 2022 se dio cierre a 7 proyectos exitosamente.
- Nuestro indicador “participación de colaboradores en proyectos de investigación” sigue en tendencia positiva. Para el último trimestre del año 2022, el 4,5% de los colaboradores de Javesalud participan en actividades de investigación. Seguimos por encima de nuestra meta trazada (2%).

¿CUÁNTO APRENDIÓ EN ESTE NÚMERO?

Para este volumen se propone la realización de un Sopa de Letras 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/hvp/view.php?id=8686>

2. Si no está matriculado en el curso, puede automatricularse con la contraseña CURA2022

3. Una vez ingrese diríjase a la Cura Alterius 24.

4. Resuelva la sopa de letras.

Mucha suerte!!!





JAVE SALUD

Todos Nuestros Sentidos en Usted

Hospital Universitario