

CURA ALTERIUS



REVISTA DIGITAL - VOL 25 - ENERO A MARZO 2023

Publicación de divulgación científica - Javesalud



JAVESALUD

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 |



Johanna Stefanny Acosta Sanchez
Médica General Centro Médico Toberín, Javesalud

La medicina complementaria y alternativa: una aliada de la biomedicina

El paciente con dolor crónico ya sea derivado de una enfermedad como la fibromialgia, discopatías, migraña y muchas más, que se caracterizan por haber sido refractarias a múltiples tratamientos de la medicina ortodoxa o biomedicina es un problema que crece cada día más, afectando la salud pública y por ende las finanzas de los sistemas de salud, además de todo lo que afecta la calidad de vida del paciente.

El tipo de tratamiento a implementar dependerá de una subjetividad del paciente, ya que una base fundamental de la medicina complementaria y alternativa es individualizar al paciente, entendiendo que somos seres diferentes y por ende no reaccionamos de la misma manera a los cambios en nuestro cuerpo, mente y entorno.



Hay varias patologías en las cuales los tratamientos de la medicina complementaria y alternativa pueden contribuir enormemente, sin embargo, haremos énfasis en algunas de ellas como por ejemplo la depresión y las patologías que hacen parte de los trastornos del humor y las alteraciones afectivas. La biomedicina contempla la integración del tratamiento psicoterapéutico y la farmacología de los medicamentos sintéticos; sin embargo, existen otras alternativas que podrían contribuir a la mejoría de los síntomas y la calidad de vida del paciente, como lo son: la farmacología vegetal y la

medicina bioenergética en su aplicación más conocida que es la acupuntura.

Varias de estas alternativas tienen múltiples estudios que han demostrado su eficacia en este tipo de trastornos, sin embargo, para cumplir el objetivo se debe trabajar en conjunto y en pro del paciente, siempre abiertos a aprender algo nuevo.

Artículo de
opinión.

1

EACPA del
momento.

4

Investigaciones
activas.

12

Investigación
finalizada.

13

Académicos
destacados por los
estudiantes 2022-2.

18

Transferencia de
conocimiento.

19

Noticias y
novedades.

22

¿Cuánto
aprendió?.

25



¿AÚN TIENE UTILIDAD EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL VIH EN LA PRÁCTICA CLÍNICA AMBULATORIA?

ARTÍCULO DE OPINIÓN

*Autor: Juan Felipe Ortiz Cabrera
Médico General, Centro Médico Santa Beatriz.*

El documento del Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, en Estados Unidos (CDC), el cual deja en evidencia el inicio de la pandemia, a través del reporte de 5 hombres homosexuales previamente sanos, en los que se identificó una neumonía producida por el entonces inusual patógeno *Pneumocystis carinii*, marca también el inicio de la estigmatización asociada a la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (1). No mucho tiempo después, se hablaría acerca de la “inmunodeficiencia asociada a la homosexualidad” (GRID), mencionada por primera vez en 1982 en un artículo del New York Times. (2) Este término, acuñado en un momento donde la discriminación hacia las personas homosexuales era la norma moral, cimentó en la

población la percepción de que esta era una enfermedad solo de homosexuales, lo cual la hacía una “enfermedad indigna”. Esto, sumado a que pronto la enfermedad se convirtió en la segunda causa de muerte en hombres en Estados Unidos (3), lograría que, además de ser indigna, la fatalidad de la convirtiera en un objeto de terror colectivo.

Es evidente, entonces, que el consentimiento informado era algo necesario para ese momento en el que un resultado positivo era una condena irreversible sin opciones de tratamiento (4-5). Pero es claro que ya no vivimos en ese mundo. La conciencia moral ha cambiado. La discriminación hacia las personas homosexuales no es la norma, y la homofobia debe esconderse, como antes tenían que hacerlo las personas homosexuales. La enfermedad ya no es una condena de muerte, con una diferencia en la mortalidad en pacientes que viven con VIH de cerca de



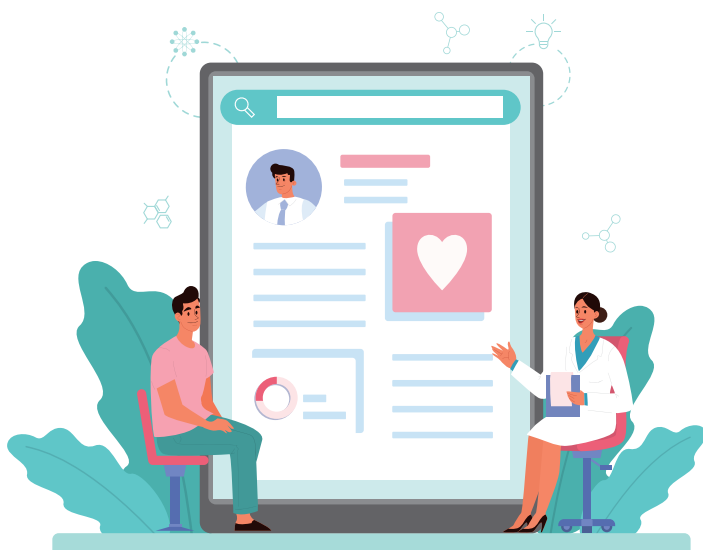
6000 muertes por 100.000 personas en el año 2000, a una mortalidad de aproximadamente 1800 muertes por 100.000 personas en el año 2019 (6). Debido a la capacidad de respuesta de la ciencia médica frente a las infecciones oportunistas asociadas al VIH, y al descubrimiento, a mediados de la década de los años noventa, de medicamentos antirretrovirales que podían controlar la infección, dando paso a la terapia antirretroviral altamente efectiva.



Es importante mencionar que aún conservamos algo de ese fragmento de la historia en el que surgió esta enfermedad. La infección por VIH sigue siendo motivo de vergüenza para quienes la padecen y la noticia se da y se recibe con una solemnidad que sugiere que aún estamos en la infancia de la pandemia, cuando era una verdadera tragedia. En una consulta médica, es común encontrar una larga lista de exámenes, incluyendo pruebas de imagen o marcadores tumorales para detectar enfermedades incluso con pronósticos mucho peores. Sin embargo, para ninguno de estos nos detenemos con tanto recelo como al sugerir una prueba de VIH. Por eso, es esperable que las personas reciban la noticia de la negativa con gran alivio, pero también con la sensación marcada de lo terrible de esta enfermedad, lo “vergonzosa” que es, por la que nos detenemos tanto tiempo para plantear un estudio para detectarla, incluso con todo un ritual aparte, diferente al de cualquier otra enfermedad.



Es innegable que la aversión por las personas que viven con la infección por VIH aún existe en el pensamiento colectivo, pero entonces resulta apropiado reflexionar qué estamos haciendo nosotros, como profesionales en salud, que conocemos los fundamentos de esta enfermedad y lo que ella conlleva, para detener este pensamiento, al continuar aceptando una medida que si bien, busca garantizar la autonomía de nuestros pacientes, podríamos hacer exactamente lo mismo al solicitar su autorización sin todo este ritual diferente al de cada uno de sus otros estudios diagnósticos.



En mi opinión, el formato de consentimiento informado fue necesario en un momento diferente, pero actualmente resulta en una herramienta anacrónica que perpetua percepciones erradas de la enfermedad y no podemos esperar que la sociedad, que no sabe de virología y de anti-retrovirales, cambie si no lo hacemos nosotros primero, al demostrar que esta es una enfermedad más, que dejó de necesitar un tratamiento especial hace décadas y que como lo recomienda la CDC, debería requerir que fuera notificado durante la atención médica que se plantea la posibilidad de realizar el examen, sin necesidad

de todo un formato de consentimiento que termina paradójicamente discriminando a los que intentan proteger de la discriminación y perpetuando en la conciencia colectiva la “vergüenza” que conlleva tener esta enfermedad. Como médicos, es nuestro deber garantizar el bienestar de nuestros pacientes, incluso de lo que intenta protegerlos (7,8).

REFERENCIAS

1. Centers for Disease Control (CDC). Pneumocystis pneumonia--Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1981 Jun 5;30(21):250-2
2. New Homosexual Disorder Worries Health Officials. New York Times. May 1982
3. Centers for Disease Control (CDC). The HIV/AIDS epidemic: the first 10 years. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1991 Jun 7;40(22):357
4. Bayer R, Levine C, Wolf SM. HIV antibody screening. An ethical framework for evaluating proposed programs. JAMA. 1986 Oct 3;256(13):1768-74.
5. Bayer, R. (1986). HIV Antibody Screening. JAMA, 256(13), 1768, p
6. Global HIV & AIDS statistics — 2020 fact sheet. UNAIDS. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
7. Johnson S. New CDC Guidelines for HIV Screening - Ethical Implications for Health Care Providers. Published online 2007
8. Bayer R, Philbin M, Remien RH. The End of Written Informed Consent for HIV Testing: Not with a Bang but a Whimper. Am J Public Health. 2017 Aug;107(8):1259-1265

EL EACPA DEL

DEL MOMENTO

ABORDAJE Y MANEJO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE CON IDEACIÓN SUICIDA

*Autor: Yury Vanessa Ortiz Hernández
Residente de Pediatría, PUJ.*

*Tutor: Dra. Nancy Martínez
Estevez, Pediatra Javesalud.*

INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

En primer lugar es importante definir algunos conceptos fundamentales para el desarrollo de la presente temática, dentro de estos: “estado de ánimo” que es una “forma de sentir que se prolonga y no hay causa inmediata” (1); el concepto de “ideación suicida” que se entiende como “los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método” (2) y el concepto de “suicidio” que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “el acto deliberado de quitarse la vida”(3). Lo anterior ha tenido un gran impacto en época de pandemia por COVID-19, con cambios en el estado de ánimo y la salud mental de las personas (4).



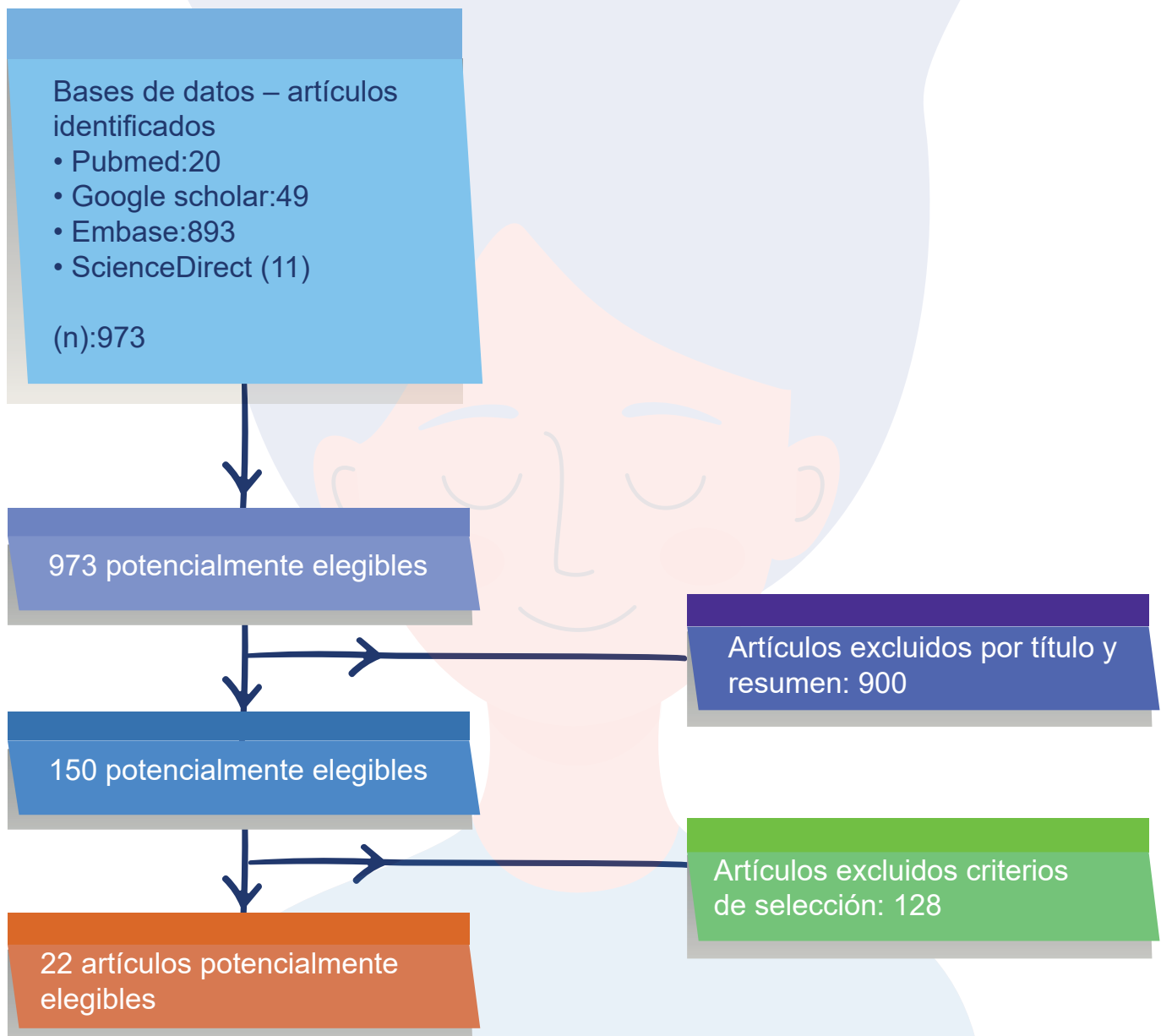
En la adolescencia hay muchas vulnerabilidades según la etapa del desarrollo dado que se presentan distintos cambios físicos y psicológicos, como aspectos sociales, económicos y culturales, por lo que cada experiencia es diferente a las demás. Según el comunicado de UNICEF sobre Periodismo, Niñez y Adolescencia “tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal. Estos son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte” (5,6).

Según la publicación del Suicide Worldwide in 2019, para este año se suicidaron más de 700.000 personas, es decir 1 de cada 100 muertes fueron por esta causa; además la OMS la reporta como la cuarta causa de

muerte entre personas de 15 y 29 años y la tercera entre las niñas de 15 a 19 años. Se ha evidenciado una relación de 12,6 por 100.000 hombres frente a 5,4 por 100.000 mujeres, lo cual hace evidente la necesidad de protección de la salud mental, por eso existen programas como el LIVE LIFE que fomenta la protección de la salud mental y la red de apoyo en colegios y universidades para detección del riesgo de suicidio y la prevención del mismo (7).

Cabe resaltar que el Congreso de la República tiene un proyecto de Ley de Salud Mental que fue aprobado en el año 2013, señalando, en el artículo 1 que el objeto de la ley “es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del sistema de salud (4).

Se realizó una búsqueda de literatura en bases de datos incluidas Pubmed, Embase, Google Scholar, ScienceDirect con términos MeSH como “psychological test”, “Adolescent”, “suicidal ideation”, encontrando artículos de revisión y guías de práctica clínica.



PRESENTACIÓN CLÍNICA

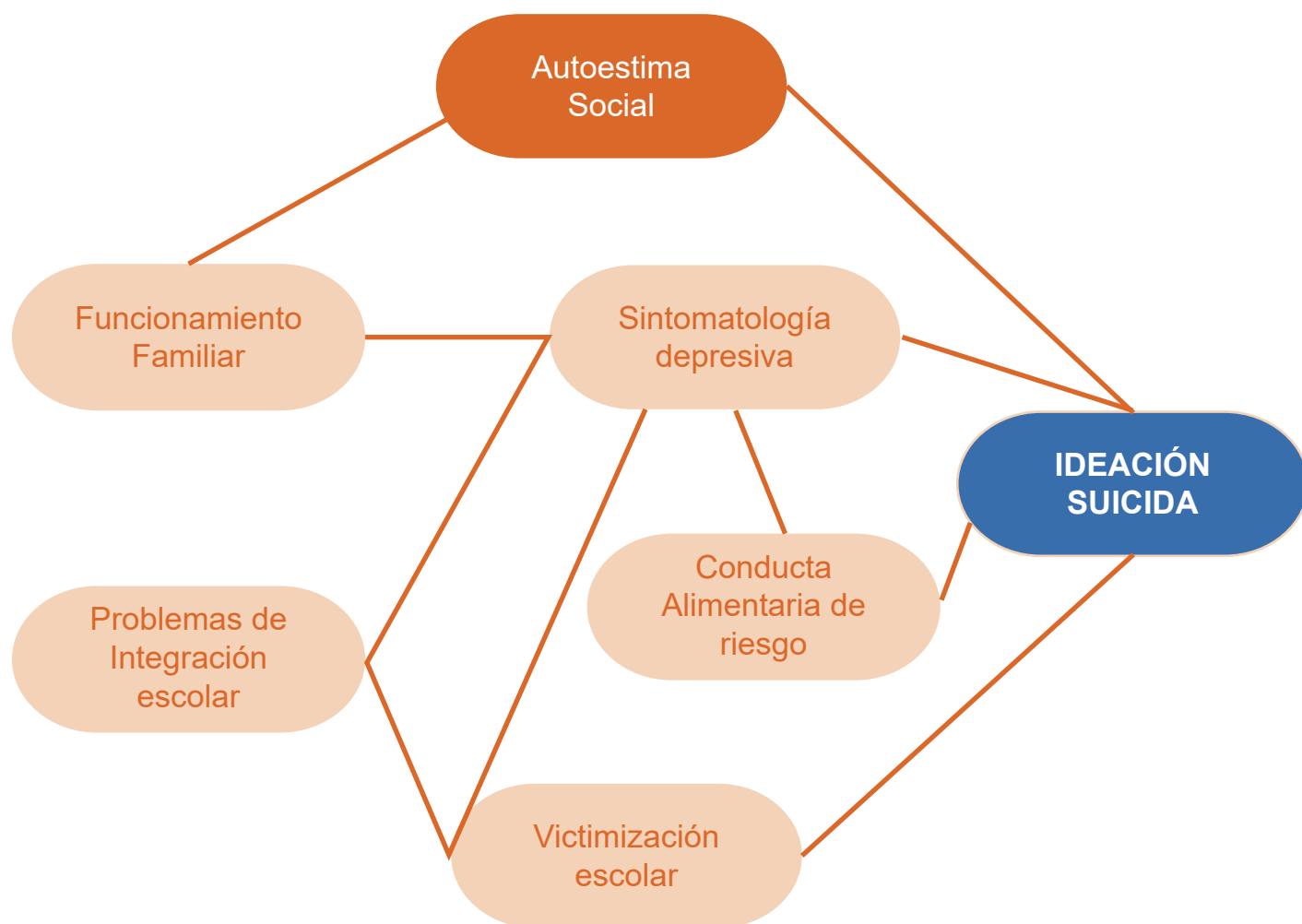
La ideación suicida puede describirse como una variedad de deseos y preocupaciones con respecto a la muerte y el suicidio, donde se puede incluir la planificación del suicidio o como una etapa discreta, presentada en altibajos donde abarca deseos de quedarse dormido, disminución en el apetito, cambios en el peso corporal, nunca querer despertar, agitación, hasta preocupaciones perturbadoras de autoagresión asociada a delirios. Se debe entender desde la perspectiva psicológica y psiquiátrica de la conducta autodestructiva de las personas, ya que puede ser un acto de, desespero cuando “no hay una salida”, una forma de llamar la atención, una manera de descarga de sentimientos y deseos; además, sobresaliendo en los adolescentes las conductas de alto riesgo como los deportes con alto grado de peligro o velocidad (3).

El adolescente está en un proceso de búsqueda de aceptación en una sociedad, por lo que se encuentra en situaciones de subsistencia para integrarse a ella y en esta búsqueda tiene riesgo de problemas de depresión que puede llevarlo a acabar con su vida (8, 9). El intento suicida y la ideación suicida se encuentra asociado a trastornos mentales como depresión, donde un 25% de los pacientes han presentado intento de suicidio y puede verse reflejado en la falta de interés hacia sí mismo, la inseguridad, la poca interacción con los demás, por lo que son alertas que se deben atender en la sociedad. También se encuentra asociado a patologías como la esquizofrenia, alcoholismo, consumo de drogas, siendo la exacerbación de éstas las desencadenantes del acto suicida. Finalmente, los antecedentes de trastorno mental en la familia son un factor de riesgo asociado, algo que debe considerarse al momento de hacer evaluaciones y de la prevención (10).



La intensidad de los pensamientos suicidas puede durar horas o semanas, cuando el individuo tiene pocas fluctuaciones, tiene más control sobre ellos, por lo que el predictor de riesgo de suicidio es bajo (11).

El Doctor Juan Carlos Sánchez y et al en su artículo de ideación suicida en adolescentes (12), expone el Modelo Hipotético Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS) donde correlaciona el contexto familiar y escolar y el factor personal o psicológico con mayor relación suicida, a continuación, se representará.



Modelo Hipotético Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS) (9).

DIAGNÓSTICO, MANEJO

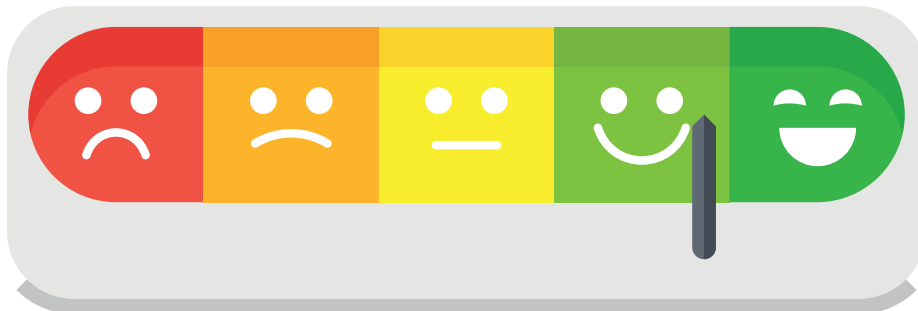
El personal de salud, familiares y la sociedad debe participar activamente en la identificación de los factores de riesgo en varias esferas que puedan impactar en la ideación suicida y en la detección temprana e influye en un tratamiento oportuno. Dentro de los principales factores a considerar, se encuentran:

- Factores de riesgo psicosociales: evaluar situaciones particulares de los jóvenes, actos discriminatorios, rechazo o violencia que pueda generar cuadros de ansiedad, depresión, cambios en la autoestima, alteración en las aspiraciones, ya que está etapa del desarrollo los lazos sociales son fundamentales como sentido de pertenencia (12,13).
- Factores de riesgo familiares: baja escolaridad de padres, cambios en el nivel de vida, desempleo de padres, conflictos entre miembro de la familia o disfunción familiar como la separación o el divorcio tiene más impacto en los adolescentes varones, cuando hay hogares de una sola figura paterna o materna puede presentar conflicto asociado, violencia intrafamiliar, problemas de pareja, muerte de algún miembro de la familia. Cuando hay una red social estable y fuerte permite alertar de forma oportuna (14,15).



- Factores psiquiátricos: trastorno de ansiedad, estrés postraumático (Caycedo et al., 2010), consumo de sustancias. La evaluación de la depresión en niños entre 12 años a 18 años y los controles del Niño Sano hacen parte de las recomendaciones de la Academia Estadounidense de Pediatría para detectar oportunamente pensamientos suicidas ya que las tasas de suicidio son más altas en el rango de edad de 15 a 19 años (13,16).

Así como la identificación de factores de riesgo, los factores protectores impactan también en el problema de salud mental del adolescente y en la disminución de trastornos emocionales con reducción del riesgo suicida; esto incluye buena red de apoyo familiar, de amigos y de la comunidad. Otro factor asociado es la inteligencia emocional para vincular la información a nivel cerebral de forma afectiva y así controlar los pensamientos (10, 17).



Como método de detección de ideación suicida se encuentra el cuestionario de salud del paciente 9 (PHQ9) que permite un registro médico electrónico en los adolescentes, por lo que, si hay respuestas afirmativas, el pediatra o médico tratante (médico general, familiar, etc), debe iniciar evaluación de depresión y riesgo suicida. El dialogo de los pediatras o personal de salud hacia los padres y jóvenes debe ser con confidencialidad, con mutuo acuerdo del núcleo familiar, si existe riesgos de autoagresión se debe comunicar inmediatamente (18, 20).

Cuando ya se evalúa la tendencia suicida, se debe fortalecer la red de apoyo y derivar a especialistas en salud mental (psiquiatría, psicología), construir un plan de fortalecimiento y seguridad, estrategias de afrontamiento, líneas nacionales de suicidio y retiro de amenazas identificadas que puedan ser letales (arma de fuego, medicamentos, etc.), además de campañas contra acoso en los colegios (19, 20).

SEGUIMIENTO Y REMISIÓN:

Se debe evaluar en el cuidado primario las condiciones físicas del adolescente, la necesidad de derivar a un centro hospitalario de mayor complejidad con previa detección de factores de riesgo.

Dentro de la valoración debe incluir:

- Consulta urgente por psiquiatría, psicología o derivación a la misma si presenta la ideación suicida y signos de intento de agresión o autoagresión.



- Evaluar trastorno mental grave, plan de suicidio o elaboración de este, intención de ejecución de suicidio, riesgo de intento inmediato.
- Red de apoyo, evaluar que no esté solo, que haya un ambiente seguro con algún miembro de la familia que lo supervise y garantice su seguridad y con activación de apoyo psicosocial. Apoyo en recursos comunitarios como familiares, amigos, líderes religiosos, centros de orientación, líneas de atención a la comunidad.
- Restringir métodos que puedan ser riesgosos para autoagresión (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas corto punzante, ahorcamientos), mientras la persona tenga pensamientos o actos de autolesión.

Dentro de criterios de remisión inmediata incluyen:

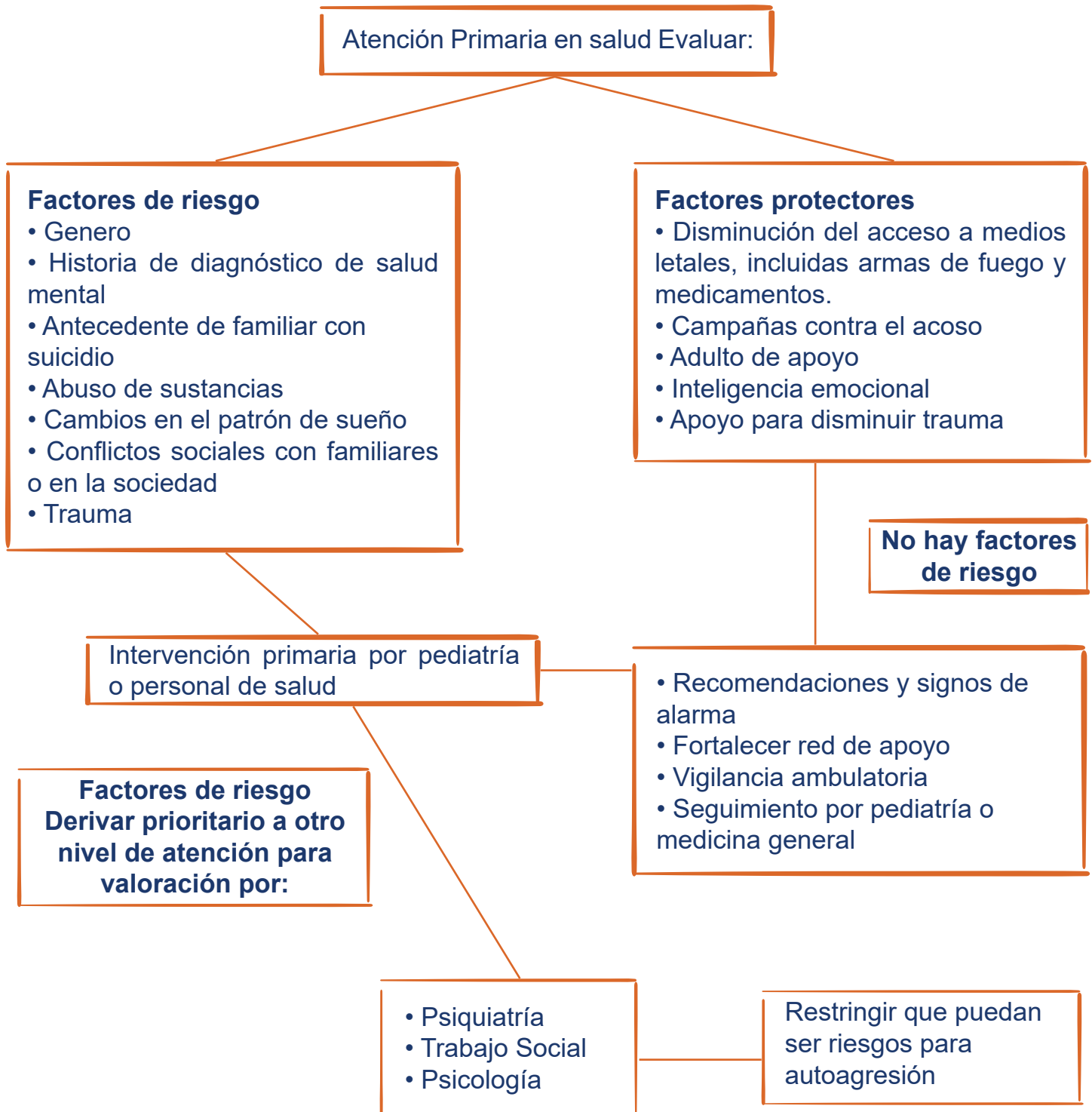
- Antecedentes de intentos de suicidio: la historia de intentos suicidas previos registrados, antecedente de hospitalización psiquiátrica y comorbilidades por trastorno psiquiátrico (depresión mayor, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastorno de la personalidad limítrofe o psicopática, el déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos de inicio en Infancia y Adolescencia y los trastornos de ansiedad, síntomas de Anhedonia (falta de placer), desesperanza, insomnio, pobre concentración, consumo o dependencia de sustancias como el alcohol y otras drogas psicoactivas).
- Factores genéticos: antecedentes familiares de suicidio. El 11 % de los suicidas tiene un familiar de primer grado con muerte por suicidio o con intentos de suicidio.
- Factores sociales: acoso en colegio, rechazo social, baja inteligencia emocional, antecedente de exposición a trauma, disfunción familiar, pobre red de apoyo, víctima de abuso o violencia intrafamiliar, desesperanza, ideas de culpa.



- El adolescente debe ser evaluado por psiquiatría; trabajo social, cuando presentan una disfuncionalidad familiar y cuando no existan redes de apoyo adecuadas; psicopedagogía, en dificultades académicas, dificultades de carácter académico y déficit de atención y concentración (21, 22).

FLUJOGRAMA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

A continuación, se expone un algoritmo de manejo en el adolescente con ideación suicida:



BIBLIOGRAFÍA

- (1) Gallardo Vergara R, Naturaleza del Estado de Ánimo. *Revista Chilena de Neuropsicología* [Internet]. 2006;1(1):29-40. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179317886004>
- (2) Cañón Buitrago Sandra Constanza, Carmona Parra Jaime Alberto. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2018 [citado 2022 Nov 26]; 20(80): 387-397. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es.
- (3) Bedoya Cardona Erika Yohanna, Montaña Villalba Ludvía Esther. Suicidio y Trastorno Mental. *CES Psicol* [Internet]. 2016 Dec [cited 2022 Nov 26]; 9(2): 179-201. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802016000200179&lng=en. <https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.12>.
- (4) Serrano CC, Dolci GF. Suicide prevention and suicidal behavior. *Gac Med Mex*. 2021; 157(5):547-552. English. doi: 10.24875/GMM.M21000611. PMID: 35104269.
- (5) *Boletín de salud mental. Conducta suicida. Subdirección de Enfermedades No. Transmisibles. Bogotá (D.C.), agosto de 2018.*
- (6) Sanabria P., Useche B., Ochoa P, Rojas F, Sanz A. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia. Editorial CES.
- (7) *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>.*
- (8) Harmer B, Lee S, Duong TVH, Saadabadi A. Suicidal Ideation. 2022 May 18. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 33351435.
- (9) Narváez-Sánchez Y, Hernández-Suárez M. I, Vázquez- Hernández M, Miranda de la Cruz A, Magaña Olán L. Depresión e ideas suicidas en jóvenes de educación media superior en Tenosique, Tabasco. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2017; 23(1-2):28-33. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566005>
- (10) Grossberg A, Rice T. Depression and Suicidal Behavior in Adolescents. *Medical Clinics of North America*.2022; 107(1): 169-182. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.04.005>.
- (11) Kleiman M, Turner J, Fedor S, Beale E, Huffman C, Nock K. Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *J Abnorm Psychol*. 2017 Aug; 126(6):726-738.
- (12) Sánchez-Sosa Juan Carlos, Villarreal-González María Elena, Musitu Gonzalo, Martínez Ferrer Belen. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Psychosocial Intervention* [Internet]. 2010 Dic [citado 2022 Nov 23]; 19(3): 279-287. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300008&lng=es.
- (13) González Sancho RD, Picado Cortés M. A Systematic Literature Review on Suicide: Risk and Protection Factors in Latin American Youth 1995-2017. *AP* [Internet]. 2020Oct.16 [cited 2022Nov.23]; 34(129):47-69. Available from: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades/article/view/34298>
- (14) Mars B, Heron J, Klonsky ED, et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or nonsuicidal self-harm: a population based birth cohort study. *Lancet Psychiatry* 2019; 6:327–337.
- (15) Zygo M, Pawłowska B, Potemska E, et al. Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13-19 years. *Ann Agric Environ Med AAEM* 2019;26:329–336
- (16) Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Pare´s-Badell O, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health* 2019; 64:265–283.
- (17) Quintana-Orts C, Rey L, Mérida-Lo´pez S, Extremera N. What bridges the gap between emotional intelligence and suicide risk in victims of bullying? A moderated mediation study. *J Affect Disord* 2019; 245:798–805.
- (18) Gallego Iborra A, García Aguado J, Pallás Alonso CR, Rando Diego A, San Miguel Muñoz MJ, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, et al. Cribado de la depresión mayor en la infancia y adolescencia (parte 1). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2020; 22:195-206.
- (19) Breslin K, Balaban J, Shubkin CD. Adolescent suicide: what can pediatricians do? *Curr Opin Pediatr*. 2020 Aug; 32(4):595-600. doi: 10.1097/MOP.0000000000000916. PMID: 32618792.
- (20) Koyanagi A, Oh H, Carvalho AF, et al. Bullying victimization and suicide attempt among adolescents aged 12-15 years from 48 countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019; 58:907.e4–918.e4.
- (21) *Protección Social. Consultado en: <http://190.26.195.115/saludpublica/saludmental/memorias/Plan%20Nacional%20de%20Prevenci%C3%B3n%20e%20Intervenci%C3%B3n%20de%20la%20Conducta%20Suicida.pdf>*
- (22) *GUÍA DE PRACTICA CLINICA. Para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). Sistema General de Seguridad social en Salud – Colombia. Guía completa 2017. Guía No 60*



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 (Coi)	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
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 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
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, Epidemiología Clínica -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
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 Paez (Col)	PUJ
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). Liliana Rodelo (COI)	PUJ - Javesalud
Efecto cardiovascular del consumo habitual de café en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 con reciente diagnóstico	Enfermedades Crónicas	María Carolina Pinzón, Yesica Fernanda Villalba, , Nora Badoui, Maylin Peñaloza, Nelci Becerra (COI), Juan Sebastián Castillo, Isabel del Socorro Moreno, Luz Helena Alba, Andrés Duarte Osorio.	PUJ - HUSI - Javesalud
Conocimiento y percepciones sobre el Virus del Papiloma Humano y auto-toma vaginal en mujeres y tomadores de decisiones en Colombia	Proceso diagnóstico y tamizaje	Natascha Ortiz, María Paula Jassir Acosta, Jorge Lombana, Gabriel Sánchez, Cesar Alturo, Diana Acosta, Carlos Gómez-Restrepo.	PUJ - HUSI

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

INVESTIGACIÓN DEL MOMENTO

CACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA DE LA POBLACIÓN CON CONDUCTA SUICIDA REPORTADA EN FICHAS SISVECOS EN JAVESALUD DEL 2018 AL 2022

Autores: Keyla Jemihah Triana Ángel (Investigador principal)¹

Andrés Duarte Osorio (Asesor temático y metodológico)²

Liliana Rodelo (Coinvestigadora)³

Manuela Torres (Coinvestigadora)⁴

¹ Médica residente de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

² Médico Familiar y Mag. Epidemiología Clínica Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

³ Médico Familiar Universidad El Bosque, Javesalud IPS

⁴ Médica residente de Psiquiatría, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

INTRODUCCIÓN

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

El suicidio es un problema de salud pública, prevenible con intervenciones costo efectivas basadas en la evidencia (1), el registro y la identificación de factores asociados a conducta suicida son fundamentales para comprender el contexto del problema y proponer estrategias que se ajusten a las necesidades de la población afectada, sin embargo, no hay registros oficiales de comportamiento suicida no fatal (2).



Partiendo de las fichas SISVECOS (3,4) diligenciadas entre el 01 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2022 y de sus correspondientes historias clínicas, se identificará el perfil sociodemográfico y clínico de la población atendida en las sedes Toberín y Santa Beatriz de Javesalud. Con dicho perfil la IPS podrá generar rutas anticipatorias o planes de intervención para la población que lo requiera.

¿CÓMO ESTÁN HACIENDO ESTE PROYECTO?

El protocolo fue presentado ante el Comité de Ética en Investigaciones de Javesalud en diciembre de 2022, y aprobado para su ejecución. Las sedes Toberín y Santa Beatriz serán las unidades primarias generadoras de datos, a partir de la revisión de las fichas SISVECOS diligenciadas durante el período 01 de enero de 2018 a 31 de diciembre de 2022 y de las historias clínicas correspondientes, se extraerá la información necesaria para el diseño de una base de datos en REDCap. El plan de análisis incluirá una descripción de las variables, el cálculo de la frecuencia del intento suicida y la identificación de factores de riesgo y desencadenantes de la conducta suicida.

¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS QUE ESPERAMOS ENCONTRAR?

Partiendo de la información consignada en las fichas SISVECOS y en las historias clínicas correspondientes, en el marco del modelo de determinantes de la salud, será posible la caracterización socio-demográfica y clínica de la población atendida en las sedes Toberín y Santa Beatriz de Javesalud en el período comprendido de 01 de enero de 2018 hasta 31 de diciembre de 2022.



¿CÓMO ESTÁ VINCULADO JAVESALUD AL PROYECTO?

Las sedes Toberín y Santa Beatriz serán las unidades primarias generadoras de datos. En el momento está vinculada al proyecto una colaboradora de Javesalud, cumpliendo rol de coinvestigadora.

REFERENCIAS

1. Suicide [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Curso virtual: Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de los profesionales de atención primaria de salud [Internet] [Internet]. 2019. Available from: <https://mooc.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=99>
3. Alejo Alejo H, Cortés Romero L, Rodríguez Gómez JA. Ficha técnica de los subsistemas de vigilancia epidemiológica de eventos prioritarios de salud mental SIVIM, SISVECOS, SIVELCE y VESPA. Bogotá; 2021.
4. Dirección de Salud Pública SISVECOS [Internet]. [cited 2022 Jun 22]. Available from: <http://saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/SISVECOS.aspx>



INVESTIGACIÓN FINALIZADA

Análisis del cambio en el índice de masa corporal y el perímetro de la pantorrilla de los pacientes adultos mayores con bajo peso o desnutrición que participaron en el programa de atención integral de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en la IPS Javesalud entre 2015 y 2021, en Bogotá, Colombia.

Autores: Jinnet Paola Gómez Torres (Investigadora Principal)¹

Jose Manuel Vivas Prieto (coinvestigador)²

Paola Rodríguez Torres (coinvestigadora)³

¹ Residente de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

² Médico Familiar Pontificia Universidad Javeriana – Coordinador prácticas formativas Javesalud IPS

³ Médica Familiar, Gerente Médico Centro Médico Javeriana, Javesalud IPS

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un trastorno inflamatorio crónico de los pulmones causado principalmente por el tabaquismo(1), es una patología común, prevenible y tratable, está dentro de las tres principales causas de muerte en todo el mundo, se conoce que en el 2012 murieron más de 3 millones de personas (6% de todas las muertes a nivel mundial). En Colombia según el estudio PREPOCOL, la EPOC es mayor en hombres 13,6 % que en mujeres 6,6 % con un aumento de la prevalencia con la edad, del 12,4% en entre 60 a 69 años y del 25,3 % en > 70 años(2). En la mayoría de los pacientes, la EPOC se asocia a enfermedades crónicas concomitantes importantes, que aumentan su morbilidad y mortalidad(3).

En personas con EPOC, la desnutrición y el bajo peso son comorbilidades muy frecuentes que se observan con mayor frecuencia en el adulto mayor, afectando principalmente tanto la capacidad funcional como su calidad de vida, además de ser un indicador de mal pronóstico(4). Se estima que un tercio de los pacientes con EPOC moderado a severo tienen una relación peso/talla por debajo de lo normal, el cual se incrementa en un 32% a 63% en los pacientes que requieren ingresar a un programa de rehabilitación pulmonar(5).

Una intervención nutricional destinada a aumentar la masa muscular puede influir favorablemente en el proceso de rehabilitación en sujetos desnutridos con EPOC, mejorando la fuerza de los músculos respiratorios, la capacidad física, el estado general de salud y la calidad de vida(6)..



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

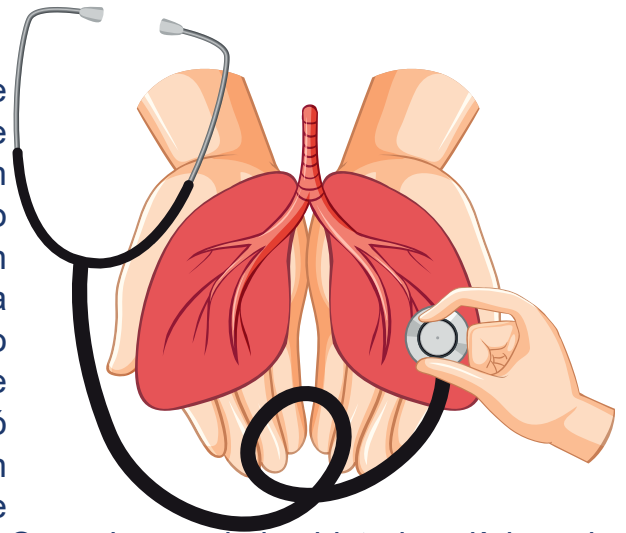
Debido a la importancia que tiene la condición nutricional en los pacientes con EPOC, diferentes guías recomiendan se realice la valoración y manejo nutricional en los pacientes incluidos en los programas de rehabilitación pulmonar. En este sentido, se quiso conocer ¿Cómo cambian el índice de masa corporal y el perímetro de la pantorrilla en los pacientes adultos mayores con bajo peso y desnutrición que participaron en el programa de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en la IPS Javesalud de Bogotá entre

2015 y 2021?

Según los hallazgos se buscará optimizar la valoración nutricional y con ello las intervenciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes, capacitar al personal médico de atención primaria para la detección oportuna de la malnutrición y así intervenir oportunamente para lograr disminuir morbilidad y mortalidad en pacientes con EPOC y desnutrición.

¿CÓMO HICIERON ESTE PROYECTO?

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo analítico, retrospectivo, con una cohorte de pacientes con diagnóstico de EPOC. La población está constituida por adultos mayores con diagnóstico de EPOC con bajo peso o desnutrición que hacen parte del programa EPOC en IPS Javesalud en la ciudad de Bogotá en el periodo comprendido de 1ro enero de 2015 a 31 de diciembre de 2021. Al tratarse de una fuente de información secundaria no se realizó selección de muestra, se analizaron 82 pacientes con bajo peso y desnutrición que corresponden al total de los pacientes atendidos durante el periodo de estudio. Se revisaron de las historias clínicas de Javesalud los datos correspondientes desde la primera valoración nutricional de los pacientes que ingresaron al programa de EPOC y la información de la base de datos del centro médico. Para las variables cualitativas se aplicó estadística descriptiva de frecuencias y proporciones con promedio y desviación estándar y para la determinación de los cambios modificación de las medidas antropométricas (IMC y PP), se compararon las medias (inicial y a los doce meses) mediante prueba T student de dos colas y coeficiente de correlación de Pearson, con índice de confianza del 95%.



¿CUÁLES FUERON LOS RESULTADOS MÁS IMPORTANTES?

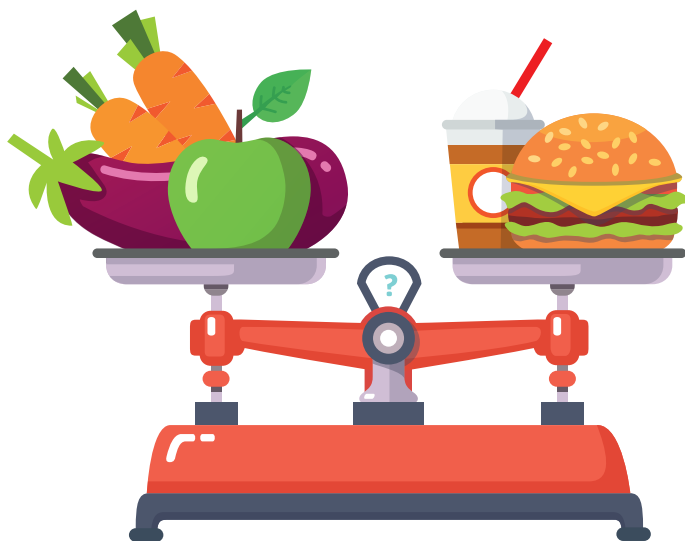
La distribución por sexo evidenció mayor frecuencia en hombres con el 67.1%. La distribución de la edad evidencia mayor frecuencia en pacientes con 81 o más años con un 39%. La distribución según el estado civil evidenció que aquellos que refirieron estar solteros alcanzaron la mayor frecuencia con un 31.8%. La distribución según las comorbilidades, evidencia que la hipertensión arterial crónica fue

la de mayor frecuencia con un 63.4%. La distribución de acuerdo con la clasificación de severidad de la EPOC, evidencia que el 50% se clasificaban como EPOC grave, el 18.3% como EPOC muy grave y el 31.7% se encontraban sin clasificar.



En el 71.9% de la muestra, se realizaron 3 o menos valoraciones nutricionales durante el periodo de 12 meses de estudio. El 50% de los pacientes en estudio recibieron suplementación nutricional. La distribución según el IMC al momento de la valoración inicial evidenció que el 87.7% se encontraban con IMC entre 18.5 – 23 kg/m² (bajo peso) (Coeficiente de correlación de Pearson: 0.76 T student: 0.30 IC: 95%). En la evaluación inicial del perímetro de la pantorrilla en hombres, el 89.1% tenían perímetros < 32 cms, a los doce meses este perímetro alcanzó el 83.6%. (Coeficiente de correlación de Pearson: 0.88 T student: 0.009 IC 95%). En la evaluación inicial del

perímetro de la pantorrilla en mujeres, el 85.2% tenían perímetros < 31 cms, porcentaje que se mantuvo al control a los doce meses (Coeficiente de correlación de Pearson: 0.89 T student: 0.91 IC 95%). El 86.6% de los pacientes incluidos en esta serie, no evidenciaron episodios de exacerbación de la enfermedad durante el año de seguimiento. El 79.3% de los pacientes no presentaron hospitalizaciones durante el año de seguimiento.



¿CUÁLES SON LAS CONCLUSIONES DE ESTE PROYECTO?

Al finalizar este proyecto se observó que, aunque no hubo cambios significativos en el IMC si hubo una cantidad de pacientes que llegaron al Normopeso. Se evidencio cambios significativos en el perímetro de la pantorrilla en hombres al año de seguimiento generando ganancia de masa muscular, por lo que podemos inferir que las intenciones nutricionales contribuyeron a ello. Se evidencia un adecuado control de la enfermedad dado la baja prevalencia de exacerbaciones y hospitalizaciones en los pacientes

analizados, por lo que podemos pensar que las demás intervenciones del programa han sido apropiadas.

REFERENCIAS

1. Itoh M, Tsuji T, Nemoto K, Nakamura H, Aoshiba K. Undernutrition in patients with COPD and its treatment. *Nutrients*. 2013;5(4):1316–35.
2. Caballero A, Torres-Duque CA, Jaramillo C, Bolívar F, Sanabria F, Osorio P, et al. Prevalence of COPD in five Colombian cities situated at low, medium, and high altitude (PREPOCOL study). *Chest*. 2008;133(2):343–9.
3. Committee G. GUÍA DE BOLSILLO PARA EL DIAGNÓSTICO, MANEJO Y PREVENCIÓN DE LA EPOC Edición de 2022. *Glob Iniatit Chronic Obstr Lung Dis*. 2022;
4. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martínez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Fe de errores de "Informe 2017 de la Iniciativa Global para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Resumen Ejecutivo de GOLD" [Arch Bronconeumol. 2017;53:128–49]. *Arch Bronconeumol*. 2017;53(7):411–2.
5. Orellana X, Mendoza L. X. Manejo nutricional en los programas de rehabilitación respiratoria de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica CONSENSO CHILENO DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN EL PACIENTE CON EPOC. *Rev Chil Enf Respir*. 2011;27:139–43.
6. Kałużniak-Szymanowska A, Krzysińska-Siemaszko R, Deskur-Śmielecka E, Lewandowicz M, Kaczmarek B, Wieczorowska-Tobis K. Malnutrition, sarcopenia, and malnutrition-sarcopenia syndrome in older adults with COPD. *Nutrients*. 2022;14(1).



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

TRANSFERENCIA











DE CONOCIMIENTO























En este volumen queremos recordar los 41 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.
-  35. Guía complementaria EACPA acné infantil y adolescente.
-  36. Guía complementaria EACPA hemorragia uterina anormal.
-  37. Guía complementaria EACPA Manejo y abordaje de ideación suicida en adolescente.
-  38. Guía Complementaria EACPA Adenopatías Pediatría.
-  39. Guía complementaria del Manejo de las Cefaleas en la Infancia EACPA.
-  40. Guía complementaria EACPA Manejo del Dolor Agudo No Oncológico en Consulta No Programada.
-  41. Guía complementaria EACPA Abordaje de la isoimmunización en el embarazo.

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 25

1. Presentaciones y eventos de interés

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

Febrero 2023:

1. Primer foro de análisis sobre la reforma a la salud organizado por la Pontificia Universidad Javeriana, realizado el 15 de febrero en el auditorio Luis Carlos Galán, con la participación de congresistas, prestadores, aseguradores, EPS, academia, entidades territoriales, sociedad civil y representantes del Gobierno Nacional. El **Dr. Carlos Tobar, Director General de Javesalud** participó en el Panel de prestadores y aseguradores.

2. Conversatorio: ¿Cómo afecta la inteligencia artificial los sistemas de salud? Organizada por la Escuela Javeriana de Gobierno y Ética Pública, con la participación del **Dr. Carlos Tobar, Director General de Javesalud**, como moderador del evento.

• Convocatorias

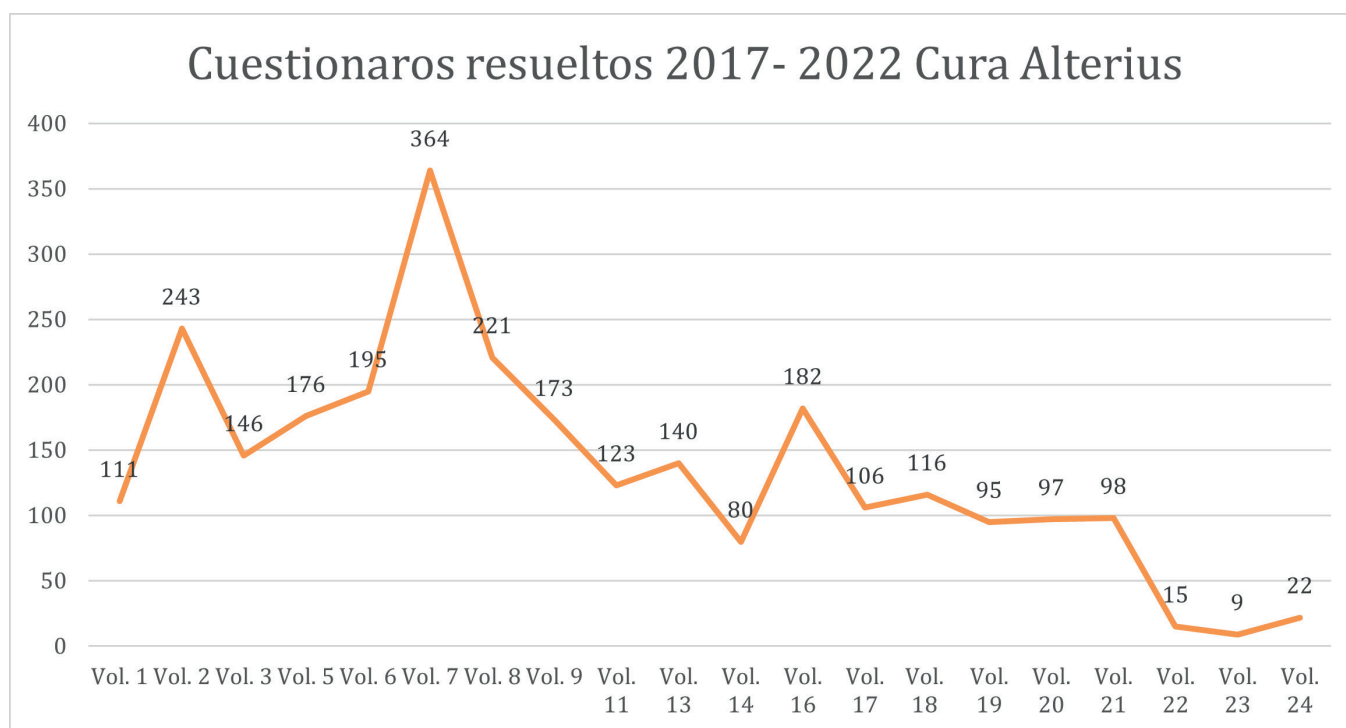
- En febrero de 2023 se aplicó a la convocatoria **“Global Health: Science and Practice (GHSP) Call for papers. A Special Issue on Integrating COVID-19 Vaccine into the Primary Health Care System: Lessons for Future Emergencies”**, organizada por USAID, Johns Hopkins, University of Alberta, para publicación de artículos relacionados con vacunación durante la pandemia. Se participó con el resumen del trabajo: **“Facing misinformation around COVID vaccination among primary healthcare workers”**, autores: **Paola Paez, Norma Ruiz, Claudia Robayo**.

- El 15 de febrero de 2023 se recibió la noticia de ACEPTACIÓN de la experiencia: **“abordaje sistémico y adaptativo de una IPS ambulatoria al contexto de la pandemia por COVID-19”**, postulada a la Convocatoria **“Sistematización de las respuestas a la emergencia sanitaria durante la pandemia del Coronavirus en Colombia”**, organizada por la Universidad Simón Bolívar en alianza con el Programa Comunidades Saludables de USAID. Esta experiencia se complementó con la realización de una entrevista a profundidad realizada el 7 de marzo de 2023 en las instalaciones de Javesalud, y los resultados se compilarán y hará parte de la publicación de un libro denominado **“Héroes y heroínas de la pandemia COVID-19 en Colombia”**.

- El 22 de marzo, aplicación a la Convocatoria interna de la Vicerrectoría de Investigaciones de la PUJ: “**Apoyo a proyectos interdisciplinarios de investigación PUJ**”, con el proyecto de investigación: “**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**”, con la participación de las facultades de Medicina, Administración, Ingeniería PUJ y Javesalud. Autores Javesalud: **Dra. Paola Páez y Dr. Andrés Rico**.

2. Cura Alterius: ¿Cómo vamos?

¡SIGAMOS MOTIVANDONOS EN LA LECTURA CON EL VOLUMEN 25!



¡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.

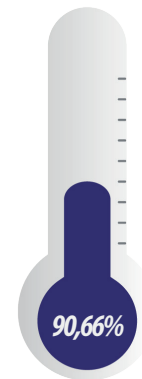
Y como es NUESTRA revista, el equipo editorial está dispuesto a apoyarlos para que se animen a escribir en ella. En particular, queremos que podamos contarnos aquellas innovaciones y reportes de caso administrativos que se destaquen en Javesalud. Escribanle a la Doctora Nelci Becerra nbecerra@javesalud.com.co 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**).

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

- Durante el año 2023 (corte a 28 de febrero) hemos recibido 251 estudiantes en prácticas formativas (rotaciones).
- El porcentaje de satisfacción de UNIVERSIDADES del primer trimestre de 2023 es del 100%. 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% y en los tres primeros meses de 2023 el porcentaje está por encima del 90%.



4. ¿Cómo vamos en investigación?

- A marzo de 2023 tenemos 18 proyectos activos y durante este primer trimestre del año se dio cierre a 1 proyecto que culminó exitosamente y cuyos resultados se presentan en la sección "Investigación finalizada".

¿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=9377>

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

3. Una vez ingrese diríjase a la Cura Alterius 25.

4. Resuelva la sopa de letras.

Mucha suerte!!!





JAVE SALUD

Todos Nuestros Sentidos en Usted

Hospital Universitario