



EN ESTE BOLETÍN

- » Investigación/noticia destacada del mes
- » Asesorías Metodológicas de Investigación
- » Gestión de proyectos de investigación (CEI-HUN)
- » ¿Quieres investigar en el HUN?
- » Encuesta de satisfacción

[Investigación/noticia destacada del mes]

¿Ya leíste las últimas publicaciones científicas de los investigadores del HUN?

Hepatocarcinoma: experiencia de la vida real en un centro especializado de Bogotá, Colombia

AUTORES:

Jhon Edison Prieto-Ortiz, Nathaly Garzón-Orjuela, Santiago Sánchez-Pardo, Robin Germán Prieto-Ortíz, Javier H. Eslava-Schmalbach

AFILIACIONES:

- Centro de enfermedades hepáticas y digestivas (CEHYD)
- Universidad Nacional de Colombia - Departamento de Medicina.
- Clínica infantil Santa María del Lago
- Hospital Universitario Nacional de Colombia

Conoce sobre esta investigación



CLICK AQUÍ



Comportamiento de las enfermedades hepáticas en una cohorte de pacientes colombianos con COVID 19

AUTORES:

Santiago Sánchez-Pardo, Nathaly Garzón-Orjuela, Jhon Edison Prieto-Ortiz, Robin Germán Prieto-Ortíz, Javier H. Eslava- Shmalbach

AFILIACIONES:

- Centro de enfermedades hepáticas y digestivas (CEHYD)
- Universidad Nacional de Colombia - Departamento de Medicina
- Clínica infantil Santa María del Lago
- Hospital Universitario Nacional de Colombia

Conoce sobre esta investigación 
[CLICK AQUÍ](#)

[Asesorías Metodológicas de Investigación]

Desde la Dirección de Investigación e Innovación se realizó el lanzamiento de Estándares Clínicos Basados en la Evidencia (ECBE)

Los cuales representan un punto de referencia con miras hacia el futuro y el mejoramiento continuo de la institución.



Contacto:

investigacion@hun.edu.co

Tel 3904888 Ext 11781

Oficina de Investigación: Edificio Administrativo, Entrada 1, Piso 2

Contacto:

investigacion@hun.edu.co

Tel 3904888 Ext 11781
Oficina de Investigación: Edificio
Administrativo, Entrada 1, Piso 2



Los integrantes de la Dirección de Investigación e Innovación hicieron parte del congreso nacional ISPOR MEDELLIN 2022

Realizado los días 08 y 09 de septiembre, presentando a nivel nacional los Estándares Clínicos Basados en la Evidencia realizados en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.



Asociación entre la fragmentación de la atención en salud y la supervivencia de pacientes con cáncer colorrectal en Colombia



Felipe Patiño^{1,2,3}, Giancarlo Buitrago^{1,2,3}, Laura Saldaña^{1,2}, Nicolás Rozo^{1,2}, Óscar Gamboa^{1,4,5}, Javier Eslava^{1,2}, Carlos Bonilla³, Óscar Guevara^{1,2,3,5}, Rubén Caycedo^{1,3}, Germán Junca^{1,3}, Ricardo Sánchez^{1,2,5}.
1 Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia. 2 Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional, Bogotá D.C., Colombia. 3 Hospital Universitario Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia. 4 Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá D.C., Colombia. 5 Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia



1. Antecedentes

La fragmentación de la atención en salud es un fenómeno complejo en el cual los pacientes experimentan una perdida de la continuidad de la atención, debido a una pobre coordinación de los actores del sistema de salud (1).

Aunque no existe una definición universalmente aceptada de la fragmentación de la atención, se han propuesto varias formas para medir este fenómeno, se ha encontrado que la fragmentación puede provocar mayores costos de atención, mayores tasas de re hospitalización prevenible y menor supervivencia especialmente en enfermedades crónicas (2).

Los pacientes con cáncer colorrectal son propensos a recibir atención fragmentada ya que requieren que los actores del sistema de salud actúen de manera coordinada para brindar atención oportuna por equipos multidisciplinarios especializados (3).

2. Objetivo

El objetivo de este estudio es identificar la asociación entre la fragmentación de la atención en salud y la supervivencia a 3 años de pacientes con cáncer colorrectal pertenecientes al régimen contributivo en Colombia.

3. Métodos

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo utilizando bases de datos administrativas, para identificar los pacientes con cáncer colorrectal se utilizó un algoritmo electrónico basado en códigos. Los pacientes fueron reclutados entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2016.

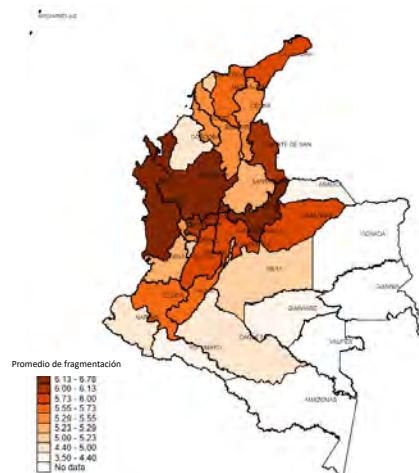
La variable de exposición fue la fragmentación, que se midió en como del número de proveedores diferentes que trataron a cada paciente durante el primer año después del diagnóstico. Se estimaron las tasas de mortalidad a los tres años y las tasas de incidencia (TIR) para los cuartiles de fragmentación. Se usó una regresión segmentada para determinar un punto de corte que dividía a la población entre exposición a mayor fragmentación versus menor fragmentación. Para controlar la confusión se realizó emparejamiento utilizando puntajes de propensión, y se calculó el Hazard Ratio (HR) para la supervivencia dada la exposición a una mayor fragmentación para la muestra emparejada.

Utilizamos tres fuentes de información: 1) la base de datos de suficiencia de la UPC. Esta base de datos contiene información detallada sobre todos los servicios de salud utilizados por los afiliados al régimen contributivo; 2) La base de datos única de afiliados (BDUA) que contiene información de todos los afiliados al sistema de salud; 3) El Registro Único de Afiliados (RUAF) contiene información sobre los certificados de defunción de la población colombiana. Todas las bases de datos son anonimizadas y cuentan con un identificador único que permite cruzar registros entre las distintas fuentes de información.

4. Resultados

Se identificaron 5036 pacientes con cáncer colorrectal, de los cuales 2525 (49,88%) fueron mujeres. El promedio de edad fue de 62,04 (DE=13,78) años. La Región central y Bogotá tuvieron el mayor número de casos de cáncer colorrectal con 1690 (33,56%) y 1664 (33,04%) respectivamente. El número promedio de proveedores durante el primer año después del diagnóstico de cáncer (medida de fragmentación) fue de 5,71 (DE=1,98) para toda la cohorte. La fragmentación en los departamentos con mayor cantidad de casos fue: 5,28 (DE=1,75) para Bogotá, 6,78 (DE=2,18) para Antioquia, 5,23 (DE=1,88) para el Valle del Cauca, 5,25 (DE=1,67) para Santander y 5,95 (DE=1,93) para Cundinamarca. La Figura 1 muestra la distribución geográfica del promedio de fragmentación por departamento.

Figura 1. Distribución geográfica de la fragmentación de la atención en Colombia.

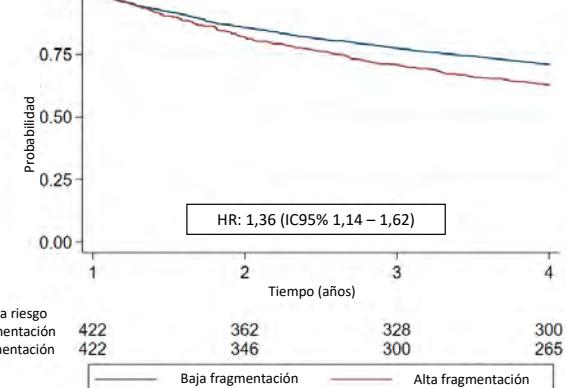


La tabla 1 muestra la proporción de mortalidad y la razón de tasa de incidencia a 3 años por los cuartiles de fragmentación.

Tabla 1. Mortalidad de la fragmentación a 3 años.

Cuartiles	Proporción de mortalidad a 3 años por 100 pacientes		Razón de tasa de incidencia (RTI)		
			RTI	IC95%	p
Q1	29,19	25,69 - 32,95	ref	ref	ref
Q2	30,16	28,14 - 32,27	103704.00	0,88 - 1,23	0,673
Q3	28,47	25,68 - 31,43	0,9769911	0,81 - 1,18	0,81
Q4	35,67	33,36 - 38,06	1225854.00	1,04 - 1,45	0,018

Figura 2. Análisis de Kaplan Meier en la muestra emparejada.



5. Conclusiones

La fragmentación de la atención en salud, medida por la cantidad de proveedores que atienden a un paciente durante un año, disminuye la supervivencia global a 3 años de los pacientes con cáncer colorrectal en Colombia.

6. Limitaciones

Aunque los resultados del análisis de puntaje de propensión muestran que la fragmentación reduce la supervivencia en pacientes con cáncer colorrectal, el supuesto de que todas las variables de confusión están equilibradas no es verificable.

7. Referencias

1. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare. Canadian Health Services Research Foundation; 2002 p. 1-51.
2. Frandsen BR, Joyst KE, Rebitzer JB, Jha AK. Care fragmentation, quality, and costs among chronically ill patients. Am J Manag Care. mayo de 2015;21(5):355-62.
3. Improving patient survival with the colorectal cancer multi-disciplinary team - PubMed

PROPUESTA METODOLÓGICA PARA DESARROLLAR UN ÍNDICE DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD PARA PRIORIZAR CONDICIONES CLÍNICAS PARA EL DESARROLLO DE ESTÁNDARES CLÍNICOS BASADOS EN LA EVIDENCIA



Valeria Herrera Villamizar^{2,4}, Giancarlo Buitrago^{1,2,3}, Lina Angélica Buitrago Reyes⁴, Javier Amaya-Nieto¹, Paula González-Caicedo^{1,2}.

1. Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; Bogotá, DC, Colombia.

2. Hospital Universitario Nacional de Colombia; Bogotá, DC, Colombia.

3. Grupo de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud; Universidad Nacional de Colombia; Bogotá, DC, Colombia.

4. Facultad de Ciencias, Universidad Nacional de Colombia; Bogotá, DC, Colombia.

Introducción

El desarrollo de estándares clínicos es un proceso metodológico que busca disminuir la variabilidad en el diagnóstico y tratamiento del paciente (1,2). Este proceso requiere de recursos económicos y humanos, que en el contexto de un país en vía de desarrollo, suele ser limitado (3). Es por esto que se recurre a implementar ejercicios de priorización de temas que sean objeto de la estandarización (1). En este caso, en un hospital universitario de Colombia se desarrolló el Índice de Carga de Utilización de Servicios en Salud (ICUSS), considerado como una medida válida que permite realizar un ordenamiento objetivo de las condiciones clínicas presentes en la institución.

Objetivo

Desarrollar el ICUSS para priorizar las condiciones objeto de estandarización clínica en un hospital universitario de alta complejidad en Colombia.

Métodos

- A partir de la base de datos de facturación de la institución se clasificaron los servicios hospitalarios en las siguientes categorías:
 - Ambulatoria.
 - Ingresos hospitalarios.
 - Días de estancia hospitalaria.
 - Procedimientos quirúrgicos.
 - Imágenes diagnósticas.
 - Laboratorios y otras pruebas diagnósticas.
 - Medicamentos.
 - Otros.
- Se calcularon la cantidad de servicios pertenecientes a cada categoría que se brindaron para el tratamiento de cada condición clínica.
- Se planteó el ICUSS de la siguiente manera:

$$ICUSS_i = \sum_{j=1}^8 C_{ij} w_j,$$

donde C_{ij} es la cantidad de servicios de la categoría j utilizados por los pacientes para tratar la condición i , y w_j es el peso designado a la categoría de servicios j .

- Mediante un Análisis de Componentes Principales (ACP), se estimaron los pesos de cada categoría:

$$w_j = \frac{b_j}{\sum_{j=1}^8 b_j},$$

donde b_j es el coeficiente obtenido en el ACP para la categoría de servicios j .

- Después de haber estimado los pesos para cada categoría, se calculó el $ICUSS_i$ para cada condición clínica.

Resultados

Los pesos estimados para cada categoría fueron:

$$w_{\text{Ambulatoria}} = 0,125$$

$$w_{\text{Ingresos hospitalarios}} = 0,108$$

$$w_{\text{Días de estancia}} = 0,120$$

$$w_{\text{Procedimientos}} = 0,103$$

$$w_{\text{Imágenes}} = 0,132$$

$$w_{\text{Laboratorios}} = 0,136$$

$$w_{\text{Medicamentos}} = 0,144$$

$$w_{\text{Otros}} = 0,131$$

Después de haber calculado el $ICUSS_i$ para cada condición, éstas se ordenaron de mayor a menor según el resultado que obtuvo cada una:

CIE10	ICUSS	Condición clínica
U07	46 587,65	COVID19
R57	23 962,01	Choque
C73	15 050,90	Tumor maligno de la glándula tiroides
I21	14 532,62	Infarto agudo de miocardio
K80	11 420,86	Colecistitis y Colelitiasis
I50	9 248,23	Falla cardíaca crónica
A41	8 822,80	Septicemia
N39	8 623,13	Infección de vías urinarias
K85	7 453,19	Pancreatitis aguda
C85	6 937,77	Linfoma

Este ordenamiento permitió establecer objetivamente la lista de condiciones a priorizar para el desarrollo de Estándares Clínicos Basados en la Evidencia en un hospital universitario en Colombia.

Conclusión

El ICUSS es una medida objetiva, sistemática y reproducible que permite la priorización de las condiciones clínicas para la elaboración de estándares clínicos basados en la evidencia.

Referencias (1) Jaeschke R, Guyatt GH, Dellinger P, Schunemann H, Levy MM, Kunz R, et al. Use of GRADE grid to reach decisions on clinical practice guidelines when consensus is elusive. *BMJ*. 2008;337(7765):327-30. (2) Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *BMJ*. 1999; 2,318. (3) Buitrago G, Pardo R, Amaya J. Manual metodológico para el desarrollo de estándares clínicos basados en la evidencia en el Hospital Universitario Nacional de Colombia; 2021.

Información de contacto: Giancarlo Buitrago MD Msc PhD, gbuitragog@unal.edu.co; Valeria Herrera Villamizar, vherrera@unal.edu.co

DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE EVALUACIONES DE TECNOLOGIAS EN SALUD EN EL CONTEXTO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALTA COMPLEJIDAD EN BOGOTÁ

Steffany Villate-Soto^{1,2,3} Jorge Augusto Díaz^{1,3} Hernando Gaitán Duarte^{1,3} Giancarlo Buitrago^{1,2}.

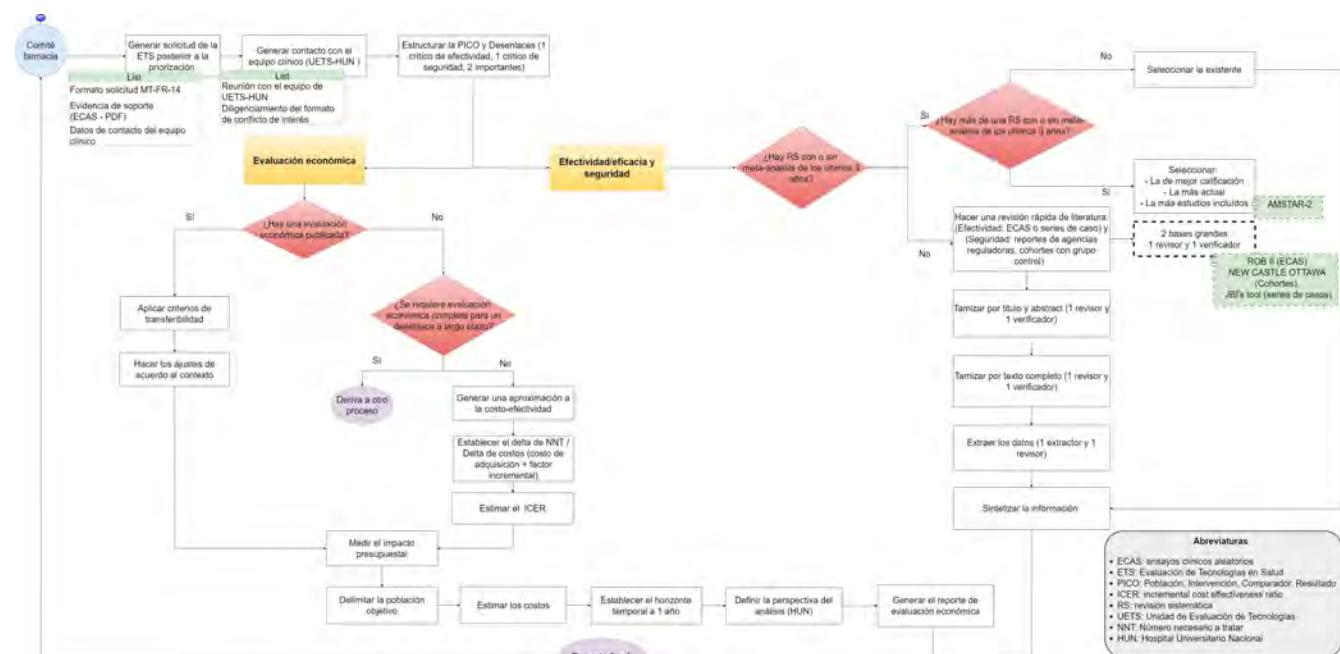
1. Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; Bogotá, DC, Colombia.

2. Hospital Universitario Nacional de Colombia; Bogotá, DC, Colombia.

3. Grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud; Universidad Nacional de Colombia; Bogotá, DC, Colombia.



RESULTADOS



CONCLUSIÓN

Esta propuesta busca generar innovación en la creación de un proceso que incluya la **adaptación de la rigurosidad de los métodos de ETS** y la articulación con las **necesidades del contexto de la institución**. Esta propuesta no solo apoya la toma de decisiones informadas desde la gerencia, sino también, fortalece la formación de talento humano y aporta en el **cumplimiento de estándares de acreditación institucional**.

Referencias: 1. ISPOR [Internet]. ISPOR Improving healthcare decisions. 2022 [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.ispor.org/>. 2. EUnetHTA Work Package 8. EUnetHTA Handbook on Health Technology Assessment Capacity Building. Barcelona (Spain): Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research. Catalan Health Service. Department of Health Autonomous Government of Catalonia. 2008. 3. Sampietro Colom L, Lach K, Cicchetti A, Kidholm K, Pasterнак I, Fure B, Rosenmüller M, et al. The AdhoptHTA_Handbook [Internet]. 2015 [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.adhopthta.eu/handbook>. 4. Usquén-Pérrila S, Cano-Muñoz A, Troncoso D, Bonilla N, De Almeida R. El uso de la evaluación de tecnologías en salud para la adquisición de tecnología en los hospitales [Internet]. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1909-9762201700100004&lng=en&nrm=iso&tlang=en. 5. Higgins JP, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2008 [citado 3 de mayo de 2022]. p. 51-79. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470712184.ch4>. 6. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de tecnologías de salud (OPS/OMS) | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 4 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/evaluacion-tecnologias-salud>. 7. Van der Weij L. Costo-efectividad, análisis y tipos de evaluaciones económicas [Internet]. [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.nuroeconomics.com/es/claves-para-entender-el-analisis-de-costo-efectividad-y-dos-tipos-de-evaluaciones-economicas-utm_sourceblogutm_mediummailingutm_campaignpublicacionesutm_contentpostutm_termgoogle/. 8. Ministerio de Salud y Protección Social. Páginas - Medicamentos y Tecnologías en Salud [Internet]. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/home-medicamentos-y-tecnologias.aspx>.

Información de contacto: Jorge Augusto Díaz MSc, PhD, jadiazr@unal.edu.co; Steffany Villate MSc (C), svillates@unal.edu.co

El consenso formal como herramienta de acuerdo para la estandarización de la práctica clínica en un hospital universitario de alta complejidad en Colombia



Paula González-Caicedo^{1,2}, Giancarlo Buitrago^{1,2,3}, Rodrigo Pardo-Turriago^{1,2}, Javier Amaya-Nieto¹, Andrés Felipe Patiño^{1,2}, Anamaría Vargas Cáceres^{1,2}.

1. Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; Bogotá, DC, Colombia.

2. Hospital Universitario Nacional de Colombia; Bogotá, DC, Colombia.

3. Grupo de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud; Universidad Nacional de Colombia; Bogotá, DC, Colombia.

Introducción

Los consensos formales de expertos representan una opción útil dentro de la dinámica de las instituciones prestadoras de servicios de salud (1). Son métodos participativos que sirven como mecanismo para someter la evidencia disponible al juicio clínico de las personas que participan. Dentro de las características principales se encuentra la presentación de la evidencia bajo una metodología exhaustiva, la iteración de las rondas participativas, la retroalimentación sobre las respuestas obtenidas, la utilización de métodos estadísticos en el proceso, la transparencia en la ejecución de la metodología y la reproducibilidad (2,3), y se utilizan como una estrategia de fortalecimiento académico de los profesionales (1,2). Dentro de los métodos más utilizados con respecto al uso de consensos formales, se pueden reconocer la estrategia RAND/UCLA, el método Delphi y la técnica de grupo nominal (2,4,5,6).

Objetivo

Desarrollar una metodología para realizar consensos sobre recomendaciones clínicas basadas en evidencia en el contexto de adaptación de guías de práctica clínica en un hospital universitario de alta complejidad en Colombia.

Métodos

Los consensos interdisciplinarios se realizan bajo la metodología Delphi modificada, e involucran las siguientes actividades:

1. Identificar a los representantes de las áreas o servicios asistenciales involucrados en la atención del paciente con la enfermedad/condición a estandarizar.
2. Enviar la información relevante para el consenso: documentos, evidencia, algoritmos.
3. Realizar la reunión de consenso que involucra a los servicios o áreas asistenciales relacionados con la atención interdisciplinaria de los pacientes con una determinada enfermedad/condición.
4. Registrar el conflicto de intereses para garantizar la transparencia y rigor metodológico de la reunión.
5. Presentar la información del consenso: algoritmo de abordaje integral del paciente con la enfermedad/condición a estandarizar.
6. Realizar rondas de discusión de la información presentada, basado en la mejor evidencia disponible, a través de una escala Likert.
7. Realizar las votaciones, hacer el reporte y establecer los resultados.



Resultados

Se realizaron 13 reuniones de consenso para el abordaje clínico interdisciplinario del paciente con:

1. Pancreatitis aguda
2. Infarto agudo de miocardio
3. Falla cardíaca crónica
4. COVID-19
5. Obesidad y pérdida masiva de peso



6. Lesiones meninales
7. Disfagia orofaringea
8. Trauma raquímedular
9. Fístulas intestinales



10. Colecistitis aguda
11. Sepsis/choque séptico
12. Reacciones cutáneas adversas a medicamentos
13. Síndrome de dificultad respiratoria del adulto



Conclusión

Los procesos de acuerdo formal bajo la metodología de consenso con participación de los servicios y/o áreas asistenciales involucrados en el proceso de atención, permiten la adaptación de recomendaciones clínicas basadas en evidencia para la estandarización de la práctica clínica en un hospital universitario de tercer nivel en Colombia.

Referencias: (1) Nair R, Aggarwal R, Khanna D. Methods of formal consensus in classification/diagnostic criteria and guideline development. *Semin Arthritis Rheum*. octubre de 2011;41(2):95-105. (2) Vallejo-Ortega MT, Sánchez-Pedraza R, Feliciano-Alfonso JE, García-Pérez MJ, Gutiérrez-Sepulveda MP, Merchán-Chaverra RA. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; Manual para la elaboración de protocolos clínicos en el Instituto Nacional de Cancerología. 2016. (3) Mokhles S, Takkenbergen JJ, Treasure T. Evidence-Based and Personalized Medicine. It's (AND) not [OR]. *Ann Thorac Surg*. enero de 2017;103(1):351-60. (4) Feliciano-Alfonso J, García-Pérez M, Castillo JS GRA. Protocolos Clínicos Institucionales de Atención en Cáncer. Manual Metodológico. 2013. (5) Carrascalilla G, Pulido-Alvarez A, De la Hoz M, AlvarK, Muñoz O, Carvajal R, et al. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano Versión completa final. 2014. (6) Jandhyala R. Delphi, RAND/UCLA appropriateness method and a novel group awareness and consensus methodology for consensus measurement: a systematic literature review. *Curr Med Res Opin*. 1 de noviembre de 2020;36(11):1873-87.

Información de contacto: Giancarlo Buitrago MD Msc PhD, gbuitragog@unal.edu.co; Paula González-Caicedo PT MSc (C), paagonzalezca@unal.edu.co

Evaluación de la adherencia al Estándar Clínico Basado en la Evidencia: diagnóstico y tratamiento del paciente con pancreatitis aguda en el Hospital Universitario Nacional de Colombia



Natalia Losada-Trujillo ^{1,2}, Giancarlo Buitrago ^{1,2,3}, Andrés Felipe Patiño ^{1,2}, Valeria Herrera Villamizar ².

1. Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, DC, Colombia.

2. Hospital Universitario Nacional de Colombia, Bogotá, DC, Colombia.

3. Grupo de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, DC, Colombia

Introducción

Los Estándares Clínicos Basados en la Evidencia (ECBE), son una alternativa para la adaptación de guías de práctica clínica en el Hospital Universitario Nacional de Colombia (HUN). El proceso de generación de los ECBE, busca disminuir la heterogeneidad injustificada en el proceso de diagnóstico, atención y rehabilitación de las enfermedades a través de un proceso sistemático y participativo, basado en la mejor evidencia disponible. La estandarización de la atención busca mejorar la calidad de la atención, el uso eficiente de los recursos y los desenlaces clínicos de los pacientes (1).

Objetivo

Determinar la **adherencia** a las recomendaciones del ECBE: "Diagnóstico y tratamiento del paciente con **pancreatitis aguda** en el HUN" y los **desenlaces clínicos y económicos** relacionados con la atención de los pacientes con esta condición.

Métodos

Diseño: estudio de corte transversal.

Población: pacientes mayores de 18 años hospitalizados en el HUN con diagnóstico de egreso de pancreatitis aguda entre el 1 de enero del 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

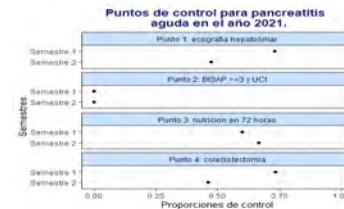
Variables: para el presente estudio se consideraron variables sociodemográficas, de adherencia y de desenlaces clínicos y económicos. Las variables sociodemográficas que se evaluaron fueron edad, sexo, régimen de afiliación, EPS y nivel educativo. La variable de adherencia que se construyó fue el Índice Global de Cumplimiento (IGC), que para este caso, es un indicador basal de adherencia previo a la implementación de las recomendaciones del ECBE, el cual se calculó como un promedio ponderado de la proporción de cumplimiento de cada paciente a cuatro puntos de control claves en la atención. Las variables de desenlaces clínicos y económicos evaluadas fueron mortalidad, requerimiento de hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), estancia hospitalaria y costos asociados a la atención de los pacientes con pancreatitis aguda hospitalizados en el HUN.

Análisis: a partir de la información de la base de datos de servicios hospitalarios facturados se realizó un análisis univariado de las variables sociodemográficas y de desenlaces clínicos y económicos de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda hospitalizados en el HUN en el 2021. En el análisis de costos, se determinó el costo total, el costo promedio y la mediana del costo facturado por paciente. Para el cálculo de los puntos de control claves y del IGC se utilizó la información obtenida de las historias clínicas.

Resultados

Se analizaron datos de 56 pacientes. La media de edad fue 54.66 años (DE: 20.04 años), 71.43% eran mujeres. En cuanto al porcentaje de cumplimiento de los puntos de control, se obtuvo que el 72.97% y 47.37% de los pacientes con pancreatitis aguda fueron sometidos a realización de ecografía hepatoabdominal en el primer y segundo semestre, respectivamente. El 0% de los pacientes contaba con reporte en la historia clínica de la escala BISAP. Para cada semestre, el 60% y 66.67% de los pacientes inició nutrición en las primeras 72 horas desde el inicio de los síntomas. El 73.33% y 46.15% de los pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar fueron sometidos a colecistectomía. El IGC fue 63.27%. En la Figura 1 se observa el porcentaje de cumplimiento de los puntos de control por semestre.

Figura 1. Porcentaje de cumplimiento de los puntos de control.



De los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidos en el HUN en el 2021, la mediana de días de hospitalización fue de 6 días (RIQ: 6.25 días), 39.29% requirió estancia en la UCI y 1.79% falleció. La mediana del costo total facturado por paciente fue 8.63 millones (RIQ: 9.2 millones).

Conclusión

La **adherencia global** a las recomendaciones de los ECBE se puede evaluar a través de un indicador que mide la proporción de cumplimiento de puntos clave del proceso de atención. Este indicador permitirá evaluar las variaciones de la adherencia a través del tiempo e identificar recomendaciones clave que no se aplican previo al proceso de **implementación**. Los desenlaces clínicos y económicos pueden ser monitoreados a través de **bases de datos** administrativas.

Referencias: 1.Buitrago-Gutiérrez G, Pardo-Turriago R, Armaya-Nieto J. Manual metodológico para el desarrollo de estándares clínicos basados en la evidencia en el Hospital Universitario Nacional de Colombia. Hospital Universitario Nacional de Colombia; 2021.

Información de contacto: Giancarlo Buitrago MD MSc PhD, gbuitragog@unal.edu.co; Natalia Losada-Trujillo MD MSc (C), nlosada@unal.edu.co

Diseño de algoritmos clínicos como una alternativa para la estandarización de la práctica clínica en un hospital universitario en Colombia



Anamaría Vargas Cáceres^{1,2,3}, Giancarlo Buitrago^{1,2,3}, Javier Amaya-Nieto^{1,3}, Paula González-Caicedo^{1,2}, Andrés Felipe Patiño^{1,2,3}, Rodrigo Pardo-Turriago^{1,2,3}.

1. Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; Bogotá, DC, Colombia.

2. Hospital Universitario Nacional de Colombia; Bogotá, DC, Colombia.

3. Grupo de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud; Universidad Nacional de Colombia; Bogotá, DC, Colombia.

Introducción

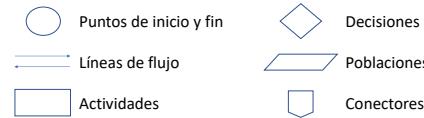
Las mejores recomendaciones para la atención de enfermedades/condiciones se encuentran consignadas en las guías de práctica clínica (GPC) (1). Las GPC son documentos tradicionales usados por profesionales de la salud para estandarizar la práctica clínica, sin embargo, existe un reto en su implementación en contextos clínicos locales (2). Para que un ejercicio de estandarización en la práctica clínica tenga el impacto esperado, es necesario conformar equipos interdisciplinarios (profesionales de la salud, líderes clínicos, administrativos y pacientes), utilizar la mejor evidencia científica disponible y fortalecer las actividades educativas en profesionales de la salud (3,4). La representación gráfica de algoritmos clínicos en un contexto local es una herramienta que facilita la comunicación entre los equipos, lo cual es un elemento clave para la estandarización de la práctica clínica.

Objetivo

Estandarizar la atención de enfermedades/condiciones mediante **algoritmos clínicos de fácil comprensión** en una institución prestadora de servicios de salud colombiana.

Métodos

Se adaptó la notación de diagramas de flujo basada en la simbología básica de la American National Standards Institute (ANSI) para representar gráficamente la secuencia lógica de actividades llevadas a cabo para establecer el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades y/o condiciones de mayor carga para el hospital. La notación seleccionada representa:



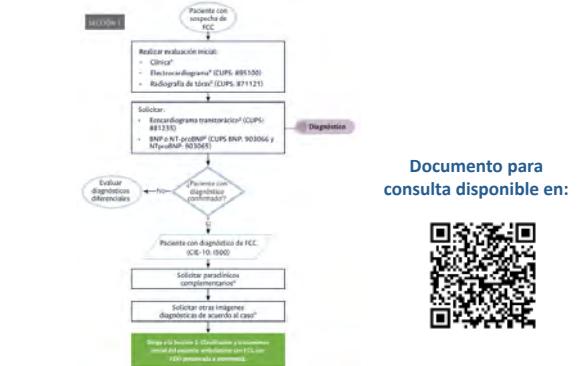
La representación gráfica para la atención integral de una enfermedad/condición consistió en:

- Capacitación de estudiantes y profesionales de la salud en el uso de la notación.
- Identificación del alcance de la enfermedad/condición a estandarizar.
- Elaboración de propuestas iniciales de diagramas de flujo según la mejor evidencia disponible.
- Ajustes en reuniones iterativas con representantes de las áreas asistenciales involucradas.
- Aprobación final en consenso interdisciplinario de expertos para su uso y divulgación.

Resultados

Se elaboraron 16 algoritmos clínicos de enfermedades y/o condiciones priorizadas en la institución como obesidad, infarto agudo de miocardio, pancreatitis aguda, falla cardíaca, lesiones meniscales, disfagia orofaríngea, COVID-19, entre otras, lo que requirió la participación de 170 profesionales de la salud de 30 áreas asistenciales y 18 estudiantes de posgrado de especialidades médico-quirúrgicas; aproximadamente 165 horas sincrónicas de desarrollo y 59 horas de consenso interdisciplinario. En la Figura 1 se presenta un ejemplo de una sección de un algoritmo clínico.

Figura 1. Sección 1 del Estándar clínico basado en la evidencia "diagnóstico y tratamiento del paciente con falla cardíaca crónica".



Conclusión

La representación gráfica de algoritmos clínicos es una herramienta eficiente que facilita la **traducción de prácticas complejas en salud a procesos lógicos y estandarizados** mediante la comunicación y el acuerdo entre profesionales de la salud.

Referencias: (1) Gaitán Duarte H. De las guías de práctica clínica basadas en la evidencia a los protocolos clínicos y los resúmenes de evidencia. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 20 de mayo de 2020;71(2). Disponible en: <https://revista.fecol.org/index.php/rog/article/view/3579>. (2) Fernández Llata C. Representación, interpretación y aprendizaje de flujos de trabajo basado en actividades para la estandarización de vías clínicas. [Internet]. [Valencia (Spain): Universidad Politécnica de Valencia; 2009. Disponible en: <https://upmet.upv.es/handle/10251/4562>. (3) Improving Safety through Human Factors Engineering | RadioGraphics». <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rs.201515010>. (4) S. Kiger, «Maintaining Safety in the Dialysis Facility», Clin. J. Am. Soc. Nephrol., vol. 10, n.º 4, pp. 688-695, abr. 2015, doi: 10.2215/CJN.08960914.

Información de contacto: Giancarlo Buitrago, gbutragog@unal.edu.co; Anamaría Vargas, anavargascac@unal.edu.co

Contacto:

investigacion@hun.edu.co

Tel 3904888 Ext 11781
Oficina de Investigación: Edificio
Administrativo, Entrada 1, Piso 2



[Indicadores]

Gestión de proyectos de investigación (CEI-HUN)

En 2022 se han sometido 52 proyectos nuevos al Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Nacional de Colombia (CEI-HUN).



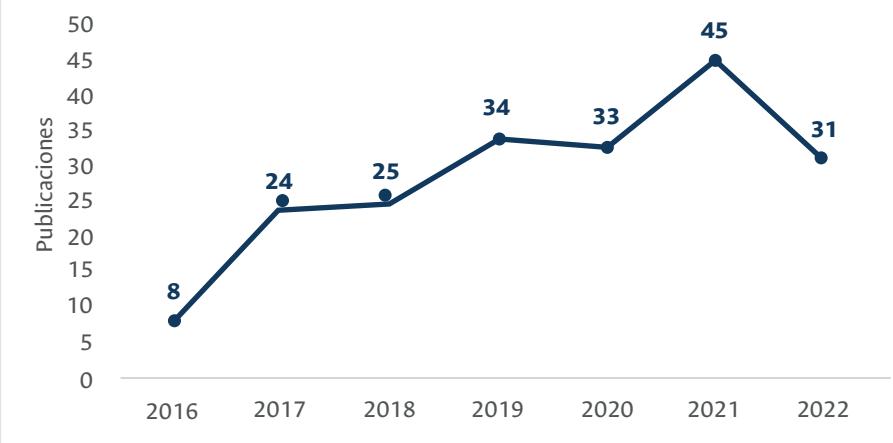
Publicaciones en revistas indexadas:



31 artículos

Este año publicados en revistas indexadas en Scopus (al mes de agosto).

Número de artículos publicados en revistas científicas indexadas en Scopus con afiliación HUN





Contacto:

investigacion@hun.edu.co

Tel 3904888 Ext 11781

Oficina de Investigación: Edificio
Administrativo, Entrada 1, Piso 2

[Cómo investigar]

¿Quieres investigar en el HUN? Consulta

HUN INVESTIGA  [CLICK AQUÍ](#)

**Requisitos proyectos
de investigación**  [CLICK AQUÍ](#)

[Encuesta de satisfacción]

¿Aún no has diligenciado nuestra encuesta de satisfacción?
¡Queremos saber tu opinión!

Enlace interno  [CLICK AQUÍ](#)

Enlace externo  [CLICK AQUÍ](#)



julio-agosto de 2022

HUN INVESTIGA

BOLETÍN