



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN
GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD AL ADULTO MASCULINO

GUÍAS DE ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD PREVALENTE Y SUS EFECTOS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL ADULTO MASCULINO



Impresión auspiciada por el Fondo de Población de
Las Naciones Unidas (UNFPA), PROYECTO “Apoyo
a la Participación del Hombre en el Mejoramiento de
la Salud Sexual y Reproductiva”
SLV5R304

ISBN 99923-867-5-4



EL SALVADOR, C.A. MAYO 2006



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN
GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD AL ADULTO MASCULINO

GUÍAS DE ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD PREVALENTE Y SUS EFECTOS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL ADULTO MASCULINO





**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN
GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
AL ADULTO MASCULINO**

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD:

DR. JOSE GUILLERMO MAZA BRIZUELA
MINISTRO DE SALUD

DR. ERNESTO NAVARRO MARIN
VICE MINISTRO DE SALUD

DR. HUMBERTO ALCIDES URBINA
DIRECTOR GENERAL Y DE ASEGURAMIENTO
DE LA CALIDAD

DR. JOSE ROBERTO RIVAS AMAYA
DIRECTOR DE REGULACIÓN

MEDICOS ESPECIALISTAS PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DE GUIAS CLINICAS DE ATENCION CURATIVA

Dr. Cesar Augusto Saavedra Hospital Nacional Zacamil	Dra. Geraldina Castillejos Hospital Nacional Rosales
Dr. Claudio Rafael Salazar Hospital Nacional Saldaña	Dra. Silvia Lazo de Leiva Hospital Nacional Rosales
Dr. Douglas Rivera Guevara Hospital Nacional Saldaña	Dra. Estela Zelada de Francia Hospital Nacional Rosales
Dra. Amada de Alonso Hospital Nacional Saldaña	Dra. Marta Margarita Ochoa Hospital Nacional San Rafal
Dra. Silvia Marengo de Acosta Hospital Nacional Saldaña	Dr. Odir G. Martínez Rubio Hospital Nacional San Rafael
Dr. Gustavo Salvador Ellerbrock Hospital Nacional Saldaña	Dr. William C. Vega Hospital Nacional Santa Ana
Dr. Rony Alexander Velar Hospital Nacional de San Bartolo	Dr. Ricardo Napoleón Arce Hospital Nacional de Santa Ana
Dr. Milton A. Domínguez P. Hospital Nacional Rosales	Dr. Cesar Federico Corleto Hospital Nacional de Santa Ana
Dra. Dinora de Maza Hospital Nacional Rosales	Dra. Lucía Rugamas de Sermeño Hospital General Soyapango
Dr. Rafael Antonio Orellana Cornejo Hospital Nacional Rosales	Dra. Berta Lizet Navas de Mejía Unidad de Salud Barrios

PERSONAL DE SALUD QUE PARTICIPO EN LA VALIDACION DE LAS GUIAS

Dr. Enrique Arévalo Gutiérrez Hospital Militar Central	Lic. Teresa de Hernández ISSS Zacamil
Dr. Eduardo Alfonso Dheming V. SIBASI Sonsonate	Lic. Zoila Catalina Monterrosa Linares SIBASI Nueva Concepción
Lic. Ana Milagro de Cortez Hospital Nacional de Cojutepeque	Dra. Lidia Eugenia de Nieto ISSS Proceso de Programación
Dr. César Eduardo Jimenez ISSS División Técnica	Dr. Nestor Eduardo Reyes SIBASI Usulután
Dra. Francia Yohana Mosso SIBASI San Vicente	Dra. Cecilia Saldaña de Lucha ISSS Centro de Chequeo de Adulto Hombre
Dra. Guillermina Arias SIBASI La Paz	Dr. Alejandro Isaac Cáceres SIBASI San Miguel
Lic. Gilma Araceli Rodríguez SIBASI Santa Ana	Lic. Susana Blanco ISSS Proceso de Programación
Lic. Rosa Emilia Oliva de Cevallos ISSS División Técnico Normativa	

616.992

E49n

El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

Guía de Atención a la Morbilidad Prevalente y sus efectos en la Salud Sexual y Reproductiva en el Adulto Masculino/Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)—1a. Ed.—San Salvador, El Salvador. : Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), 2006

ISBN 99923-867-5-4

1. Morbilidad – Prevención—Guías. 2. Salud Sexual y Reproductiva I. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), coaut. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Coaut. II Título.

BINA/jmh

COPY RIGHT:MSPAS y UNFPA

RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

REVISION ASISTENCIA TÉCNICA
Y APROBACION

EQUIPO TÉCNICO DE LA GERENCIA DE ATENCION
INTEGRAL EN SALUD AL ADULTO MASCULINO

Dr. Raúl Armando Palomo Escobar
Gerente de Atención Integral en Salud al Adulto Masculino

Lic. María Mercedes de Padilla
Colaboradora Técnica Educadora

Lic. Carmen Elena Moreno
Colaboradora Técnica Enfermera

CONSULTORA FACILITADORA ELABORACION
DE GUIAS DE ATENCION PREVENTIVA

Dra. Gudelia Hernández Lazo

ASISTENCIA TECNICA FONDO DE POBLACION DE
LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)

Dr. Mario Antonio Morales Velado
Oficial de Salud Sexual y Reproductiva

INDICE

1.	Introducción	8
2.	El Enfoque de SSR en la atención de la morbilidad prevalente en el Adulto Masculino	10
3.	Guías de Atención de la Morbilidad Prevalente y Abordaje de sus efectos en la SSR del Adulto masculino	15
3.1	Guía de atención de la Diabetes Mellitus	15
3.2	Guía de atención de la Hipertensión Arterial	26
3.3	Guía de atención de las Dislipidemias	33
3.4	Guía de atención del Síndrome de Colon Irritable	39
3.5	Guía de atención de Enfermedad Ácido Péptica	44
3.6	Guía de atención de Neumonía.....	47
3.7	Guía de atención del Asma Bronquial	51
3.8	Guía de atención de la Infección de Vías Urinarias	64
3.9	Guía de atención de la Enfermedad Reumática.....	75
4.	Guías de Atención a los Problemas de Salud relacionados con la Socialización Masculina	95
	Introducción	97
4.1	Guía de Prevención del Alcoholismo.....	98
4.2	Guía para la Prevención de los Accidentes de Tránsito	108
4.3	Guía de Prevención del Tabaquismo.....	117
4.4	Guía de Prevención de la Violencia	125
5.	ANEXOS.....	131
5.1	La Vivencia Sexual en los Padecimientos Crónicos	133
5.2	Patógenos Cultivados en estudios de Neumonía	134
5.3	Test para Identificar Dependencia al Alcohol	135
5.4	Matriz de HADDON	137
5.5	Sustancias Contenidas en el Cigarrillo.....	138
5.6	Beneficios que se Producen el dejar de Fumar	139
5.7	Esquema de los Diez Pasos para Dejar de Fumar	141
5.8	Guía para Realizar Consejería con Perpetradores de Hechos Violentos	144

PRESENTACIÓN

En el marco de aplicación del Modelo de Atención Integral en Salud a la Persona, el grupo poblacional de los Adultos Masculinos posee particular importancia desde diversas perspectivas:

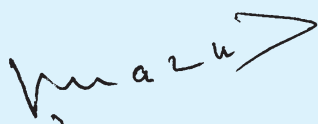
- 1) Demográficamente representa cerca del 25 % de la población de El Salvador.
- 2) En el ámbito socioeconómico constituye la base del ingreso y sustento familiar y una proporción significativa de la fuerza laboral que contribuye con la capacidad productiva y el crecimiento económico del país.
- 3) Desde el ámbito de la salud, su importancia radica en el significativo rol que debe jugar en el cuidado de su propia salud y en relación con sus decisiones que frecuentemente inciden en la salud y el bienestar de las mujeres, las familias y la sociedad. Como lo evidencian las estadísticas institucionales ésta población presenta un perfil muy característico que se caracteriza por el padecimiento de enfermedades crónicas, lesiones de causa externa, trastornos mentales y del comportamiento; por el uso de alcohol y drogas, intoxicaciones y enfermedades transmisibles.



A este perfil se suman diversos factores propios de la construcción social de la masculinidad que lo vuelven más complejo, tales como el insuficiente cuidado de su salud, la baja utilización de los servicios de salud, la percepción de invulnerabilidad y la constante exposición a factores de riesgo.

En concordancia con el marco anterior y como parte de los esfuerzos de operativización del “Modelo Nacional de Atención Integral en Salud del Adulto Masculino”, y a fin de propiciar acciones que contribuyan a la satisfacción de las necesidades esenciales de salud de este grupo y lograr una mejoría en sus niveles de salud y un incremento en su esperanza de vida; el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, a través de la Gerencia de Atención Integral en Salud al Adulto Masculino, ha diseñado las presentes “Guías de Atención Curativa y Preventiva de Morbilidades Prevalentes en el Adulto Masculino”, las cuales facilitarán la operativización de actividades de promoción, protección y educación en salud.

Les exhorto a utilizarlas de la mejor manera posible, como un instrumento de apoyo para el desarrollo de actividades con este grupo de población y contribuir al mantenimiento de su salud y la de su familia.


DR. JOSE GUILLERMO MAZA BRIZUELA
 MINISTRO

1. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de salud Pública y Asistencia Social, como parte del proceso de modernización institucional y en cumplimiento al mandato constitucional que le confiere la rectoría de salud, está desarrollando desde hace varios años las acciones necesarias para lograr la implementación de la nueva visión del Modelo de Atención Integral en Salud.

Uno de los procesos esenciales en ese nuevo Modelo es la Atención Integral en salud a la población de Hombres de 20 a 59 años , las actividades estratégicas para su implementación de este proceso se iniciaron el año 2002 con el diseño y la definición del "Modelo Nacional de Atención Integral en Salud al Adulto Masculino".

Retomando los conceptos anteriores, la nueva visión de este “Modelo de Atención Integral en Salud” considera como uno de los componentes trazadores a todos los ciclos de vida planteados, la Salud Sexual y Reproductiva, a fin de cumplir con el logro de una Salud Integral a las personas que demanden atención en la red institucional de establecimientos de salud.

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social, no se trata simplemente de la ausencia de disfunción o de enfermedad o de ambas.

Para que la salud sexual se promueva y se mejore es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen, solo se concibe el logro de la salud integral de las personas con el desarrollo pleno y armónico de su sexualidad y solo es posible el ejercicio pleno y satisfactorio de la sexualidad, si no existen situaciones que afectan la salud de las personas en los planos somático, psicológico o social.

Los hombres están afectados por una serie de **morbilidades y daños** que guardan estrecha relación con la Salud Sexual y Reproductiva, se considera por tanto de vital importancia revisar aspectos esenciales a tomar en cuenta al proporcionar la atención en salud a este grupo poblacional, ya que servirán al personal de salud, médico o de enfermería para mejorar la Calidad y la calidez de la atención a los hombres que la requieren en la red institucional del MSPAS.

Para lograr ese objetivo la Gerencia de Atención al Adulto Masculino, cumpliendo con su función reguladora, ha elaborado el presente documento “Guías de Atención Preventiva y Curativa de Morbilidades y Daños Prevalentes en el Adulto Masculino”, con el propósito de orientar al personal de salud en el desarrollo de los procesos de atención en Salud y Rehabilitación en este grupo de población.

Seguramente, no son completas, ni perfectas, considerando el amplio margen de situaciones clínicas, diagnósticas, terapéuticas y epidemiológicas que convergen en cada una de las patologías y daños a la salud de los hombres, pero sin duda, representan una guía facilitadora y orientadora para estandarizar todos los procesos de detección, manejo y prevención de las mismas.

Confiamos en que sabrán utilizarlas de la mejor manera posible en beneficio de la calidad y la calidez de la atención a la población de hombres de sus áreas geográficas de responsabilidad.

2. MARCO CONCEPTUAL

EL ENFOQUE DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LOS DERECHOS EN LA ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD EN EL ADULTO MASCULINO

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva adoptado por la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995) y suscrita por todos los países del continente americano, comprende un conjunto de enfoques de gran valor técnico, político y ético que deben ser considerados en la aplicación de las presentes guías de atención. Destacan entre ellos, los enfoques de: derechos, equidad de género, salud centrada en las personas y promoción de la salud.

EL ENFOQUE DE LOS DERECHOS

El enfoque de derechos en el marco de la salud sexual y reproductiva a los hombres adultos, tiene como finalidad mejorar su calidad de vida en los niveles individual y relacional con su pareja, hijas(os), familia y comunidad, a través de la prestación de servicios integrales de calidad, incluidos la atención a su morbilidad prevalente. Los principales componentes del enfoque de derechos incluyen:

El derecho a la salud: La Constitución de la OMS establece que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”. (Nueva York 1946).

La Declaración Universal de Derechos Humanos establece que: “1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios... 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”. (Resolución de la Asamblea General de 1948).

Los derechos reproductivos: Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

Los derechos sexuales: Como parte de los derechos humanos, los derechos sexuales incluyen los derechos de las personas a tener control sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, libres de coerción, discriminación y violencia; y a disponer de la información y los medios para ello.

Derecho a la participación: La participación ciudadana en materia de salud es parte de los derechos humanos, es inclusiva y plural e incluye la mejora y el fomento de la participación de la población en la toma de decisiones en los planos nacional, regional y comunitario; en la promoción de la salud, la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, y en la organización del sector de la salud, incluyendo la participación en las políticas públicas y presupuestos.

Derecho al acceso: Todas las personas tienen derecho a recibir servicios de salud de calidad, sin importar cual sea su estatus social, situación económica, religión, creencias políticas, origen étnico, estado civil, orientación sexual u otra característica que pueda ser objeto de discriminación.

Derecho a escoger: Todas las personas tienen derecho a decidir de manera libre e informada la aceptación o no de cualquier tipo de servicio, tratamiento o procedimiento ofrecido y a optar por el(la) proveedor(a) de servicios con el que se sientan más cómodos.

Derecho a la seguridad: Todas las personas tienen derecho a que su integridad física y psicológica, sea resguardada de cualquier tipo de riesgos provenientes de la idoneidad del lugar donde se prestan los servicios, competencia técnica de los proveedores, efectos adversos de cualquier procedimiento o medicación prescrita, así como también el tratamiento oportuno y adecuado de alguna complicación.

Derecho a la privacidad: Todas las personas tienen derecho a discutir y que se le escuchen sus necesidades o preocupaciones sin temor a la crítica o la discriminación y a que se le expliquen con anticipación y realicen los exámenes o procedimientos necesarios en un espacio confortable sin ser escuchado u observado por otras personas.

Derecho a la confidencialidad: Todas las personas tienen derecho a que cualquier tipo de información que ellos compartan con consejeros o proveedores, así como el diagnóstico establecido de su padecimiento o los detalles de los servicios que recibe, no sean revelados a terceros sin su consentimiento.

Derecho a la dignidad: Todas las personas tienen derecho a ser tratados con cortesía, consideración, atención y respeto a su dignidad, sin importar su edad, nivel educativo, estatus social, orientación sexual o cualquier otra característica que los distinga o que los pueda hacer sujetos de abusos y/o discriminación.

Derecho a la comodidad: Todas las personas tienen derecho a sentirse a gusto mientras reciben los servicios de salud, por lo tanto debe asegurarse instalaciones idóneas, ambiente acorde a los valores culturales, características y requisitos de la comunidad; y, no forzarlos a permanecer más tiempo que el razonable para recibir los servicios que necesitan.

Derecho a la continuidad: Todas las personas tienen derecho a recibir servicios, insumos e información durante el tiempo que los necesiten. La interrupción de cualquier tipo de servicios deberá ser producto de una decisión conjunta entre el proveedor y el usuario.

Derecho a opinar: Todas las personas tienen derecho a expresar sus opiniones sobre los servicios de salud que reciben, y ya sean agradecimientos, quejas o sugerencias sobre cambios, deben ser vistos positivamente dentro de los esfuerzos del programa. Debe involucrarse a los hombres en la planeación de los servicios a ofrecer y así poder satisfacer sus necesidades y preferencias de manera apropiada y aceptable.

Derecho a la información: Todas las personas de la comunidad tienen derecho a recibir información veraz y actualizada sobre los beneficios de la SSR para sí mismo, para su pareja e hijas(os), así como también, derecho a saber donde y como obtener más información y servicios para cuidar su SSR.

ENFOQUE DE EQUIDAD DE GÉNERO

La perspectiva de género: Es el cuerpo teórico que permite analizar los símbolos, prácticas, significados, representaciones, instituciones y normas que las sociedades, las comunidades y las personas elaboran a partir de las diferencias biológicas. Para el análisis de género se estudian además los roles sociales que hombres y mujeres desempeñan, los que se refieren a las funciones productivas, reproductivas y de gestión de la comunidad.

Este enfoque incluye la necesidad de revisar los contextos sociales, políticos y económicos para conseguir abordar aspectos como la salud; y advierte sobre la necesidad de estudiar las relaciones humanas en contextos y en periodos históricos específicos y poder abordar las diferencias entre mujeres y hombres a lo largo del ciclo de vida. Se cuestiona también el abordaje de “la mujer” o “el hombre” como una categoría homogénea y se plantea estudiar las relaciones mujer-hombre, hombre-hombre y mujer-mujer de manera específica en cada momento.

Equidad: La equidad es un concepto ético asociado a los principios de derechos humanos y justicia social; que lleva asociada responsabilidad estatal frente al sufrimiento innecesario.

Equidad en salud: La equidad en salud es el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos.

Equidad de género en salud: En el estado de salud y sus determinantes, se refiere a la eliminación de diferencias injustas y evitables entre hombres y mujeres en las oportunidades de disfrutar de salud y en la probabilidad de enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles.

En el acceso y la utilización de los servicios de salud de acuerdo a las necesidades, se refiere a diferentes necesidades de atención; distintos riesgos asociados a actividades consideradas como masculinas o femeninas; divergencias en las percepciones que hombres y mujeres tienen sobre la enfermedad; distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención; desigualdades en el grado de acceso a recursos básicos, así como desigualdades en acceso a servicios básicos.

ENFOQUE DE LA SALUD CENTRADO EN LAS PERSONAS

En la aplicación del concepto de salud sexual y reproductiva se reconoce una invitación a transitar de un enfoque de salud centrado en la oferta de salud (en los proveedores, en los servicios) a un enfoque de salud centrado en las personas (en sus capacidades de tomar decisiones libres, informadas y responsables como fruto de la satisfacción de sus necesidades de aprendizaje y del ejercicio de los derechos de empoderamiento y de equidad de género).

En estos términos un enfoque de salud centrado en las personas implica:

- a) El reconocimiento de la pluralidad de factores que influyen en la salud de las personas, además del acceso a servicios de calidad. En este sentido, aparece la educación para la salud, la cultura, el ambiente y la calidad de vida como factores indispensables de una estrategia que pretenda asegurar logros en materia de salud sexual y reproductiva de las personas.
- b) El protagonismo o empoderamiento del sujeto en relación a su salud sexual y reproductiva. Es decir, la capacidad del sujeto para tomar una decisión libre, informada y responsable respecto a la propia sexualidad.
- c) La equidad de género como esencial a los logros en materia de salud sexual y reproductiva y condición necesaria de un empoderamiento.
- d) La sexualidad como una dimensión del desarrollo integral del sujeto y esencial en la construcción de su identidad.
- e) La adolescencia como un estado de plenitud y de ejercicio de derechos, no sólo una etapa de transición en la vida del individuo.
- f) El pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como el objetivo principal de las estrategias de acción en materia de salud sexual y reproductiva.

ENFOQUE DE PROMOCION DE LA SALUD

La promoción de la salud constituye una aproximación al concepto de salud que considera al conjunto de factores determinantes que intervienen en el proceso salud-enfermedad de las personas, dando un especial énfasis, junto a la calidad de la atención, a la adopción de estilos de vida saludables y al entorno físico, social y cultural de las personas.

El enfoque de SSR precisa del apoyo al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tanto de hombres como de mujeres, lo cual se traduce en la necesidad de tener una consideración holística de la persona incluyendo el empoderamiento, la equidad de género y una vida libre de violencia como dimensiones de la SSR.

La consideración de las personas como sujetos de derechos sexuales y reproductivos implica contribuir al desarrollo de su capacidad de tomar decisiones para que se conviertan en protagonistas de su SSR. Por tratarse de derechos, donde está comprometida la sexualidad, se trata de estrategias que permitan generar una cultura de salud donde las personas puedan fortalecer la comprensión de sus propios cuerpos, de sus emociones, de sus relaciones afectivas y sociales, como condición necesaria para la toma de decisiones que afectarán todos los aspectos de su salud sexual y reproductiva.

Los factores que en materia de promoción de la salud influyen en la salud sexual y reproductiva de las personas, son: a) Los condicionantes biológicos, sean estos innatos o adquiridos; b) La calidad de vida, desde el punto de vista económico, social y político; c) El ambiente, según sea protegido, saludable e incluyente; d) Las características culturales (equidad de género, violencia intrafamiliar y de género); e) La calidad de vida o la dupla autoestima / sociabilidad; f) La calidad de atención en los servicios de salud; y, g) Las capacidades de auto cuidado / mutuo cuidado / socio cuidado / prevención, adquiridas mediante aprendizajes que conforman el campo específico de la educación para la salud.

3. GUÍAS DE ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD PREVALENTE Y SUS EFECTOS EN LA SSR EN EL ADULTO MASCULINO

3.1 GUÍA DE ATENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

I.- DEFINICIÓN.-

Síndrome Clínico que resulta de alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, caracterizado por hiperglucemia, que resulta de alteraciones en la producción o en la acción de la insulina y que causa una alta propensión a complicaciones vasculares y neuropáticas.

II.- EPIDEMIOLOGÍA.-

A nivel mundial por lo menos 171 millones de personas tienen diabetes, la prevalencia de diabetes a nivel mundial oscila entre el 5 y el 10% de la población, 3.2 millones de personas mueren cada año por complicaciones de diabetes a nivel mundial.

En El Salvador, se cuenta con dos estudios que evidencian como se presenta la prevalencia de la enfermedad al momento, una encuesta realizada por ASADI en 1993, según la cual se estima que un 7.5% de la población salvadoreña padece de Diabetes Mellitus aunque al menos la mitad no ha sido diagnosticada o desconoce su condición.

En el año 2004 – 2005 se realizó una encuesta denominada “Prevalencia de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Asociados, en el Municipio de Santa Tecla y en la cual se obtuvo como resultado principal 7.8% de la población clasificada como “Población Diabética”

III. PREVENCIÓN:

Existen una serie de factores de riesgo a considerar para el desarrollo de la diabetes como son: Antecedentes de la enfermedad en la familia, sobrepeso, mayores de 40 años, fumadores, estilo de vida sedentarios, acceso limitado al cuidado médico.

Desafortunadamente hoy en día la diabetes tipo 1 no es prevenible, sin embargo, se han realizado múltiples investigaciones encontrando que la diabetes tipo 2 si es prevenible, mediante 3 acciones básicas: Ejercicio, pérdida de peso, tratamiento con ciertos medicamentos:

- El ejercicio ha demostrado, en múltiples estudios, que reduce el apareamiento de la diabetes tipo 2 aun en pacientes obesos o con hipertensión. Se recomienda ejercicio moderado tipo aeróbico al menos 150 minutos por semana.
- Pérdida de peso hay evidencia actualmente que la perdida de peso al igual que un régimen adecuado de ejercicios puede mejorar la tolerancia a la glucosa y prevenir la progresión de la intolerancia a la glucosa a diabetes.
- Mediante la perdida de peso con un régimen dietético y ejercicios adecuados y con cambios en el estilo de vida, se reduce el riesgo de diabetes en el 58% de los casos de pacientes en riesgo,
- Otra medida que ha demostrado su efectividad aunque en menor cuantía a la anterior (31%) es el uso de Metformina 850 MG dos veces al día en las personas con intolerancia a la glucosa, es de destacar que los cambios en el estilo de vida tienen un impacto mayor en la prevención de la diabetes.
- Algunos estudios han relacionado el fumado con la diabetes y reportan un riesgo relativo de la enfermedad de 1.4 a 3.3 comparado con los no fumadores por lo que el dejar de fumar es un factor protector contra la diabetes.

IV.- MANIFESTACIONES CLÍNICAS.-

En la mayor parte de casos esta patología se presenta asintomática al menos en las etapas iniciales. Al profundizarse la hiperglucemia, aparece la sintomatología clásica: polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso. Con el paso del tiempo aparecen los síntomas propios de las complicaciones crónicas en las esferas vascular y neurológica.

V.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.-

1. Glucemia en ayunas de 126 MG/Dl. ó mayor, confirmada en una semana.
2. Glucemia de 200 MG/Dl. ó mayor en cualquier momento del día, en pacientes que presentan la sintomatología clásica de hyperglicemia.
3. Presencia de niveles de glucosa de 200 MG/Dl. ó mayores en un análisis realizado 2 horas después de administrar 75 gramos de dextrosa. Si el paciente en ese análisis presenta una glucosa menor de 200 MG/Dl. pero mayor de 140 MG/Dl., se diagnostica como intolerante a los hidratos de carbono.

VI.- CLASIFICACIÓN.-

- **Diabetes mellitus de tipo 1**, caracterizada por una marcada tendencia a la cetosis y causada por deficiencia absoluta de insulina.
- **Diabetes mellitus de tipo 2**, caracterizada por resistencia periférica a la acción de la insulina y alteraciones en la liberación pancreática de la hormona.
- **Otros tipos específicos de Diabetes**, en la cual la enfermedad es secundaria a otras enfermedades endocrinológicas o no endocrinológicas.
- **Diabetes gestacional**, considerando como tal a cualquier enfermedad diabética que es reconocida por primera vez durante el embarazo. Obviamente no se observa en pacientes masculinos, pero se incluye aquí para completar la clasificación.

VII.- TRATAMIENTO.-

El tratamiento de la diabetes Incluye 4 aspectos básicos:

- La Educación en Salud
- El Plan de alimentación
- El Programa de ejercicio
- La Farmacoterapia.

1.- Educación en Salud (IEC): es el pilar fundamental para fomentar el auto cuidado y la prevención de complicaciones en el tratamiento de la Diabetes mellitus y debe desarrollarse en dos ámbitos:

- a) **Individual:** la que puede ser realizada por el médico en cada consulta que le ofrece al paciente por enfermera o un educador capacitado (da) como una consejería post-consulta.
- b) **Grupal:** realizada con base a grupos organizados de diabéticos que actúan bajo la supervisión de un médico y operativamente encomendada a una enfermera o un educador capacitado (da). Idealmente estas actividades se deben realizar con la colaboración de los propios miembros del grupo organizado que realicen tareas específicas; el personal médico y paramédico debe entrenar a miembros del grupo para que a corto plazo estén realizando actividades educativas destinadas a los pacientes

Cualquier componente de la red nacional de salud donde se atiendan pacientes diabéticos debe tener organizado un club de Diabéticos para realizar la labor educativa indispensable.

El plan educativo a desarrollar en esos clubes debe incluir como mínimo los siguientes aspectos:

- Conocimiento en derechos humanos y reproductivos.
- Qué es la Diabetes Mellitus
- Atención Integral, con énfasis en SSR.
- Auto cuidado
- Plan nutricional
- Programa de ejercicio
- Medicamentos utilizados
- Complicaciones agudas, prevención y tratamiento
- Complicaciones crónicas, prevención y tratamiento
- Cuidado de los pies
- Participación familiar
- Cambio en los hábitos de vida.

El plan educativo se debe implementar en cada establecimiento de salud de acuerdo a los recursos de que se disponga; el punto más importante es lograr la participación activa de los pacientes y su grupo familiar.

2. El Plan de alimentación: es el pilar fundamental del manejo y como línea general debe adaptarse a las condiciones de vida de los pacientes. Debe cumplir algunos principios básicos:

- a) Eliminación del azúcar simple (incluyendo la miel y la panela)
- b) La base de la alimentación son los panes, cereales y vegetales harinosos, complementados con frutas y verduras. Es muy importante aclarar que estos alimentos deben ser consumidos en una cantidad que debe ser definida para cada paciente de acuerdo a la cantidad de calorías prescritas para corregir y/o mantener el peso corporal.
- c) Alto contenido de fibra.
- d) Contenido moderado de sal.
- e) Restricción del consumo de grasas, principalmente saturadas, y limitación del colesterol a no más de 300 MG diarios.
- f) Limitación del consumo de alcohol, reservándolo para ocasiones muy especiales y siempre deduciéndolo de las calorías prescritas para el día.
- g) Se desaconsejan lo llamados “alimentos dietéticos”. En caso de que se permita su consumo, debe prestarse mucha atención a su composición, a su contenido calórico y a su contenido de sal.
- h) Debe contener la cantidad de calorías apropiadas para obtener y/o mantener el peso adecuado de los pacientes.

La cantidad de calorías a consumir por diferentes tipos de pacientes podría estimarse así:

GRADO DE ACTIVIDAD FÍSICA	CANTIDAD DE CALORIAS
Muy activos	30–35 Kcal./Kg. de peso ideal
Moderadamente activos	25–30 Kcal./Kg. de peso ideal
Sedentarios mayores de 50 años	20 Kcal./Kg. de peso ideal
Sedentarios menores de 50 años	20–25 Kcal./Kg. de peso ideal

3. Programa de ejercicio: se recomienda el ejercicio físico diario, de intensidad moderada y duración entre 30 y 60 minutos ininterrumpidos. El ejercicio debe ser programado por el médico para cada paciente y existen razones médicas que pueden contraindicarlo:

- Retinopatía proliferativa
- Neuropatía autonómica
- Pie diabético en etapa aguda
- Enfermedad cardiovascular con insuficiencia cardíaca
- Glucemia severamente descontrolada.

Se desaconseja el ejercicio de alto riesgo y debe reconocerse que el requerimiento calórico y la dosis de insulina pueden variar como resultado de una sesión de ejercicio. Debe ser aeróbico pero en pacientes de más de 40 años de edad o con más de 10 años de evolución de la enfermedad, debe realizarse una valoración médica general previo al inicio de un programa de ejercicio.

Se recomienda la realización de caminata, natación ó andar en bicicleta. No se recomienda el ejercicio no aeróbico. Se debe vigilar el ejercicio como carrera, trote o ejercicios en escaleras. El paciente con diabetes debe portar una identificación al momento de realizar ejercicio fuera de casa y traer consigo una fuente de carbohidratos simples para tratar rápidamente una hipoglucemia. El horario de ejercicio debe estar acorde con la terapia hipoglucemiante.

4. Fármacos: al momento de iniciar tratamiento con medicamentos debe de tomarse en cuenta algunas consideraciones importantes:

- Tipo de diabetes diagnosticada
- Peso corporal del paciente
- Edad y sexo del paciente
- Tiempo de evolución de la diabetes.
- Control metabólico actual
- Tratamiento previo
- Complicaciones y enfermedades concomitantes.

Es importante reconocer que el inicio de la farmacoterapia no indica que ésta deba continuarse indefinidamente; un paciente puede recibir fármacos temporalmente, para suspenderlos cuando desaparezca el factor que indicó su uso. También es importante destacar que a veces es necesario combinar fármacos en un paciente para lograr un mejor grado de control; esto es particularmente cierto en los pacientes que tienen mas tiempo de evolución de la enfermedad.

Existen dos tipos de fármacos antidiabéticos:

- Los que se usan por vía parenteral, que está constituido por las insulinas.
- Los que se usan por vía oral, que incluye los siguientes:
 - ü Sulfonilureas, que actúan principalmente estimulando la liberación pancreática de insulina.
 - ü Biguanidas, cuyo mecanismo de acción no es totalmente conocido, pero actúan principalmente inhibiendo la producción hepática de glucosa.
 - ü Inhibidores de las alfa-glucosidazas, que retardan la absorción de carbohidratos en el tubo digestivo.
 - ü Tiazolidinedionas, que actúan favoreciendo la utilización periférica de glucosa

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS.-

- Pacientes embarazadas, pacientes sometidos a cirugía, pacientes de diabetes tipo 1, pacientes severamente sintomáticos, con peso corporal subnormal o con marcada pérdida ponderal, con tendencia a la cetosis.
- Todos estos pacientes deberían ser tratados inicialmente con insulina, aunque podría ocurrir que en el curso de algunos meses la insulina deje de ser necesaria.
- Los pacientes complicados con procesos infecciosos severos deberían ser tratados con insulina hasta que la infección sea controlada, pudiéndose después tratarse solo con dieta y ejercicio o agregando terapia oral.
- Pacientes con peso normal y pérdida ponderal no muy severa, síntomas leves y no tendencia a la cetosis, podrían iniciarse con sulfonilureas.
- Pacientes obesos, menores de 65 años de edad y con menos de 5 años de evolución de la enfermedad. Sin evidencia de complicaciones crónicas (principalmente neuropatía) y que no padezcan enfermedades que ocasionen hipoxia tisular aguda o crónica, serían manejados inicialmente con metformina.

- Pacientes con hiperglucemia predominantemente post-prandial, no mayor de 200 Mg, que no padezcan enfermedad gastrointestinal, serían manejados inicialmente con acarbosa. La mayor parte de veces, este fármaco debe usarse en forma combinada para obtener mejores resultados.
- De las tiazolidinedionas, las disponibles en nuestro medio son la rosiglitazona y la pioglitazona. Las indicaciones no están bien establecidas y probablemente deberían reservarse para pacientes que no han podido ser controlados por otros medios.

CONTRA-INDICACIONES PARA FÁRMACOS ORALES.

SULFONILUREAS	BIGUANIDAS	INHIBIDORES DE ALFA-GLUCOSIDASA.
• Embarazo • Lactancia • Alergia previa • Insuficiencia renal • Insuficiencia hepática	• Embarazo • Lactancia • Insuficiencia hepática • Insuficiencia renal • Insuficiencia cardíaca • Úlcera péptica activa • Isquemia tisular	• Embarazo • Lactancia • Trastornos digestivos crónicas. • Alteración en la absorción intestinal. • Úlceras intestino grueso

REACCIONES ADVERSAS FÁRMACOS ORALES.

SULFONILUREAS	BIGUANIDAS	INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA
• Hipoglucemia • Náuseas y vómitos • Reacciones cutáneas • Steven -Johnson • Reacción antabús	• Anorexia • Sabor metálico • Náuseas y vómitos • Diarrea • Dolor epigástrico	• Meteorismo • Flatulencia • Distensión abdominal • Diarrea • Dolor abdominal

BASES PARA LA SELECCIÓN INICIAL DE MEDICAMENTOS EN UNA PERSONA CON DIABETES MELLITUS DE TIPO 2.

INDICE DE MASA CORPORAL	GLICEMIA EN AYUNAS (MG/DI.)	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	FÁRMACO DE 1º ELEC.	OPCIÓN ALTERNATIVA
> 27	< 200	Estable	Metformina	Sulfonilureas, Acarbosa, Tiazolidinedionas
> 27	200 - 269	Estable	Metformina	Sulfonilureas, Acarbosa, Tiazolidinedionas
> 27	> 270	Estable	Metformina Sulfonilureas	Sulfonilureas + Insulina. Nocturna
> 27	> 270	Inestable, Pérdida peso	Insulina	No hay
< 27	< 200	Estable	Sulfonilureas	Metformina, Acarbosa
< 27	200 - 269	Estable	Sulfonilureas	Metformina
< 27	> 270	Estable	Insulina	Sulfonilureas + Insulina Oct.
< 27	> 270	Inestable	Insulina	No hay

MANEJO INSULÍNICO.- TIPOS DE INSULINA:

TIPO	ACCIÓN	INICIO	DURACIÓN
Ultra-rápida	Muy corta	5 minutos	2 horas
Rápida	Corta	30 minutos	6 horas
NPH	Intermedia	2-4 horas	18-24 horas
Lenta	Intermedia	2-4 horas	18-24 horas
Glargina	Prolongada	3-5 horas	24 horas
Mezcla	Intermedia + Corta	30 minutos	18-24 horas

ESQUEMAS CONVENCIONALES DE TERAPIA CON INSULINA.-

- Insulina Intermedia, en una sola dosis diaria
- Mezcla de Insulina Intermedia y rápida en una sola dosis diaria
- Dos dosis de Insulina Intermedia con ó sin adición de Insulina Rápida

ESQUEMAS NO CONVENCIONALES DE TERAPIA CON INSULINA.-

- Terapia insulínica intensiva convencional: Tres ó más dosis de insulina rápida más insulina intermedia.
- Terapia insulínica intensiva no convencional: Aparato de infusión continua de insulina.

VIII. EFECTOS DE LA DIABETES EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA :

Según estudios epidemiológicos realizados en otros países un 50% de los diabéticos de más de 10 años de evolución tendrán problemas de disfunción eréctil secundario al daño en el sistema nervioso periférico, al daño vascular y a la frecuente asociación con medicamentos antihipertensivos o para las dislipidemias, la disfunción sexual generalmente inicia con dificultades para mantener la erección y finalmente ocasiona una disfunción eréctil, así mismo, el padecer de una enfermedad crónica ocasiona ansiedad, depresión y estrés situaciones que interfieren en la fase del deseo, excitación y el orgasmo, además el padecer de una disfunción eréctil ocasiona ansiedad de desempeño lo que lo vuelve un círculo vicioso, incrementando la disfunción sexual.

Para mejorar la salud sexual y reproductiva de los diabéticos es fundamental:

- El control de su enfermedad de base, para evitar el daño neurológico y vascular que podría llevarlos a una disfunción eréctil,
- El análisis de los medicamentos coadyuvantes que se ingieren para evaluar la necesidad de cambiarlos por otros que no afecten tanto la función sexual,
- La supresión del tabaco y el alcohol,
- Hablar abiertamente con su pareja y tratar de desgenitalizar la relación sexual buscando formas alternativas de placer sexual.
- El uso de medicamentos sistémicos como el Sildenafil, Vardenafil, Tadalafilo.

IX. NIVELES DE ATENCIÓN Y CRITERIOS DE REFERENCIA Y RETORNO.-

• PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Se atenderán todos los pacientes con Diabetes mellitus de tipo 2 no complicada.

• SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.

Se atenderán a pacientes con Diabetes mellitus de tipo 1 y pacientes con Diabetes mellitus de tipo 2 con complicaciones que no han alcanzado el grado de avance que indicaría el manejo en un tercer nivel de atención.

• **TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.**

Estará a cargo de la atención de los siguientes grupos de pacientes:

- Pacientes con Diabetes gestacional o con Diabetes mellitus de tipo 1 ó de tipo 2 que hayan resultado embarazadas.
- Pacientes con Diabetes de tipo 1 ó de tipo 2 que tengan complicaciones crónicas avanzadas
- Retinopatía en fase proliferativa o pre- proliferativa
- Neuropatía, cuando haya llegado a la proteinuria en rango nefrótico o a la insuficiencia renal crónica en fase urémica
- Enfermedad vascular periférica severa
- Enfermedad cardíaca coronariana
- Neuropatía autonómica complicada.

CRITERIOS PARA LA REFERENCIA DEL PRIMER AL SEGUNDO NIVEL.

- Pacientes con complicaciones diabéticas agudas: al resolverse la complicación, volverían a ser atendidos en el nivel 1.
- Pacientes con enfermedad aguda complicante: al resolverse la enfermedad aguda, volverían a ser atendidos en el nivel 1.
- Pacientes a quienes se les detecten complicaciones crónicas.
- Pacientes para cuya atención no se cuente con los recursos terapéuticos necesarios en el primer nivel de atención.

CRITERIOS DE RETORNO.-

Cuando a juicio del médico consultado los objetivos de la referencia se hayan cumplido, el paciente podrá volver al nivel de atención que tenía previamente. En este caso, se deberá enviar al médico consultante una nota en la cual se detalle:

- El estudio realizado al paciente
- Los resultados obtenidos en ese estudio
- El estado actual del paciente
- Las intervenciones terapéuticas sugeridas.

CRITERIOS DE SEGUIMIENTO.

Se utilizarán criterios clínicos, de laboratorio y de gabinete, de la siguiente manera:

- Cada consulta: examen físico general y completo. Glucemia en ayunas y postprandial (en la medida de las posibilidades, se tratará de inducir el auto monitoreo).
- Cada año: Creatinina en sangre (en pacientes con mas de 5 años de evolución se solicitará depuración de creatinina y albuminuria de 24 horas). Colesterol, triglicéridos, HDL Colesterol y LDL Colesterol Consulta oftalmológica. Referencia a especialistas pertinentes de acuerdo a la evaluación general, sin olvidar la consulta odontológica.
- Cada 2 años: electrocardiograma y radiografía de tórax.

Se han establecido internacionalmente los parámetros que nos permiten conocer el grado de control que tienen nuestros pacientes. Se anotan en la siguiente tabla.

PARÁMETRO	UNIDADES	BUEN CONTROL	REGULAR CONTROL	MAL CONTROL
GLUCOSA AYUNAS	Mg %	60 - 120	120 -140	> 140
GLUCOSA POSTPRANDIAL	Mg %	< 140	140-160	> 160
HEMOGLOBINA GLUCOSILADA	%	< 6.0	6.0 – 8.0	> 8.0
COLESTEROL	Mg %	< 200	200 - 220	> 220
TRIGLICÉRIDOS	Mg %	< 150	150 - 200	> 200
HDL- COLESTEROL	Mg %	> 45	45 – 35	< 35
IND. MASA CORPORAL.	----- -----	MASC. < 24, FEM. < 23	MASC.=24-27, FEM. = 23 - 26	MASC. > 27 FEM. > 26
PRESION ARTERIAL	Mm Hg	<140 / < 90	140-160/ 90- 95	> 160 / > 95

3.2 GUÍA DE ATENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

I. DEFINICIÓN:

Elevación de la presión arterial a niveles iguales o mayores de 140/90 Mm. Hg. tomadas correctamente en 2 o más visitas médicas.

II. EPIDEMIOLOGÍA – ETIOLOGÍA:

Afecta al 20 – 25 % de la población adulta alrededor del mundo (691 millones de adultos). El 95 % se considera esencial y el 5 % restante presenta una causa orgánica como etiología.

Factores de riesgo para desarrollar la enfermedad son: sobrepeso, sedentarismo, mayor edad, sexo masculino, antecedentes de hipertensión arterial (HTA) en la familia, alcoholismo y tabaquismo.

III. PREVENCIÓN:

Las medidas preventivas de la hipertensión arterial deben ir dirigidas a la población general para tratar de reducir la incidencia de esta enfermedad así como también a las personas que padecen de HTA para tratar de reducir sus complicaciones.

Las medidas más adecuadas para tratar de reducir el apareamiento de la HTA son: Disminuir el aporte calórico de la dieta para evitar el sobrepeso y aumentar el contenido en fibra de la misma, fomentar el ejercicio físico aeróbico, evitar las dietas con alto contenido de Sodio y aumentar el contenido de Potasio y Calcio, evitar la ingesta de grasas saturadas, reducir o eliminar el consumo de alcohol y el cigarrillo.

Las medidas preventivas más adecuadas para tratar de reducir las complicaciones de la Hipertensión son:

1. Toma de la Presión Arterial a todas las personas que consultan a los centros médicos especialmente en aquellos que acuden poco a los centros de salud o que tienen mayor riesgo de presentar la enfermedad.
2. Aplicar medidas no farmacológicas principalmente encaminadas a la reducción del sobrepeso
3. Valorar e individualizar el tratamiento farmacológico que se necesita para controlar la tensión arterial tratando de no abusar de los mismos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

Elevación de la presión arterial a niveles iguales ó mayores de 140/90 Mm. Hg. Utilizando técnicas apropiadas de toma de tensión arterial, de acuerdo al procedimiento siguiente:

- No-tabaco ó ingestión de café 30 minutos antes.
- Descanso: 5 a 10 minutos.
- Brazo apoyado y a nivel del corazón.
- Colocar el estetoscopio en cara anterior del codo, sobre arteria cubital.
- Desinflar el manguito a 2 – 4 Mm. Hg. por segundo.
- Medir la presión en ambos brazos, al inicio y al final de cada consulta.
- Confirmar el dato en una segunda evaluación dos meses después (excepto en quien tenga datos de daño a órgano blanco o crisis hipertensiva).

IV. CLASIFICACIÓN

A. CLASIFICACION (Join National Committee JNC VII):

GRADOS	NIVELES	
NORMAL	120	80
PREHIPERTENSION	121-139	81-89
ESTADIO 1	140-159	90-99
ESTADIO 2	>160	>100

B. SEGÚN DAÑO A ORGANO BLANCO (OMS)

ESTADIO	CRITERIOS
ESTADIO I	Sin daño objetivo a órgano blanco
ESTADIO II	Daño a órgano blanco sin disfunción del mismo: Corazón: hipertrofia del VI por ECG ó ECO, isquemia en ECG sin angina o infarto, arritmia asintomático. Ojos: Retinopatía I ó II (KWB). Riñón: proteinuria, creatinina > 1.5 mg/Dl. sin síntomas.
ESTADIO III	Daño a órgano blanco con disfunción del mismo: Ojos: Hemorragias, exudados, papiledema. Corazón: Insuficiencia Cardíaca Congestiva actual ó resuelta, angina pectoris, Infarto del miocardio. Riñón: Insuficiencia renal que requiere diálisis. Cerebro: EVC de cualquier etiología.

C .VALORACION CLINICA.**CLASIFICACION DE LA RETINOPATÍA HIPERTENSIVA (KEITH-WAGENER-BAKER.**

GRADO	LESIONES
CERO	Ninguna
GRADO I	Estrechamiento arterial focal ó difuso.
GRADO II	Cruces arteriovenosos.
GRADO III	Hemorragias y exudados.
GRADO IV	Edema de papila

V. TRATAMIENTO:**TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:**

1. **EJERCICIO:** 30 minutos, 3 – 4 veces por semana, caminata a paso rápido ó trote lento.
2. **BAJA INGESTA DE SODIO:** No uso de salero en la mesa, disminuir consumo de gaseosas, comidas enlatadas, quesos duros, boquitas saladas.
3. **CONTROL DE PESO:** Promover una reducción saludable de peso, con apoyo de Nutricionistas y clubes de hipertensos.
4. **MODERACIÓN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL:** Promover el no consumo ó en su defecto no más de dos onzas por ocasión.
5. **PROMOVER EL CESE DEL TABAQUISMO.**

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- OBJETIVOS**
- 1) Control efectivo de la presión arterial
 - 2) Prevenir las complicaciones a órgano blanco.

DOSIS DE LOS FÁRMACOS MÁS UTILIZADOS:

1. DIURÉTICOS: 12.5 – 25 MG una dosis (tiazidas).

2. BETABLOQUEANTES:

a. Atenolol: 50 – 100 MG una vez por DIA.

3. CALCIOANTAGONISTAS:

a. Nifedipina: 30 – 90 MG una a tres veces al DIA.

b. Amiodipina: 5 – 10 MG una vez al DIA.

c. Verapamilo: 240 MG 1 vez al DIA.

d. Diltiazem : 240 MG 1 vez al día.

4. INHIDORES DE LA ECA:

a. Enalapril: 20 – 40 MG 2 veces al DIA.

b. Captopril: 25 – 150 MG 2 ó 3 veces al DIA.

5. ALFA AGONISTAS DE ACCION CENTRAL:

a. Alfa metil dopa: 500 a 1500 MG 2 – 3 veces al DIA.

6. BLOQUEANTES DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA:

a. Losartan: 50 – 100 MG 1 ó 2 veces al DIA.

b. Valsartan: 80 – 160 MG 1 ó 2 veces al DIA.

Para los pacientes en Estadio 2 (JNC VII) habitualmente se recomienda utilizar una combinación de fármacos, uno de los cuales deberá ser un diurético tiazidicos.

Si no se logra un control adecuado de la presión arterial, como promedio en dos meses podemos optar por:

- Asociar dos antihipertensivos:
 - Diuréticos + Bloqueante beta
 - Diuréticos + IECA
 - Calcio antagonistas + IECA

- Aumentar la dosis del fármaco inicial.
- Cambiar el fármaco inicial si la respuesta fue nula, o se presentaron efectos adversos.

CAUSAS DE UNA INADECUADA RESPUESTA AL TRATAMIENTO:

- Seudo resistencia (Hipertensión Arterial Sistólica de bata blanca, brazalete inadecuado)
- No-apego al tratamiento.
- Exceso de ingesta de Sal.
- Dosis inapropiadamente bajas.
- Daño renal progresivo.
- Uso de fármacos: simpático miméticos, descongestionantes nasales, anorexígenos, anticonceptivos orales, antidepresivos, AINE.
- Problemas asociados: Obesidad, apnea del sueño, exceso de ingesta de alcohol, arteritis, ansiedad, ataque de pánico.
- Causa secundaria.

PISTAS PARA SOSPECHAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE CAUSA SECUNDARIA:

1. Inicio antes de los 30 ó después de los 55 años de edad.
2. Paciente mayor, hipertenso crónico estable que se vuelve refractorio al tratamiento.
3. Soplo abdominal.
4. Déficit de pulso.
5. Hipertensión en crisis, no sostenida.
6. Hipokalemia en ausencia de uso de diuréticos.

VI. NIVELES DE ATENCIÓN:

- Primer nivel: Médico general.
- Segundo nivel: Internista.
- Tercer nivel: Subespecialista (cardiólogo, nefrólogo, neurólogo).

EXAMENES DE LABORATORIO PRIMER NIVEL (CADA AÑO)

- Glicemia
- Colesterol Total y HDL
- Triglicéridos
- Creatinina
- General de orina.

EXAMENES DE GABINETE (Cada año)

- Electrocardiograma.
- Radiografía PA del Tórax.

VII. EFECTOS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Se estima que el 14% de los hipertensos tendrán en algún momento de su vida problemas de disfunción eréctil como consecuencia del daño vascular (en las arterias penianas) por la enfermedad, o por los medicamentos utilizados para el control de la hipertensión arterial.

De los medicamentos antihipertensivos que se relacionan más frecuentemente con problemas en los aspectos sexuales y reproductivos están:

- Los diuréticos del grupo de las tiazidas que ocasiona problemas en la fase del deseo, disfunción eréctil y problemas de la eyaculación,
- Los beta-bloqueadores pueden producir disminución del deseo y disfunción eréctil,
- La alfa-metildopa puede dar depresión y secundariamente problemas en la fase del deseo y de excitación de la respuesta sexual.

En los casos de disfunción eréctil, debe darse consejería para:

- Que la pareja hable abiertamente del problema y busquen formas alternativas de placer sexual al igual que con la diabetes.
- Si la disfunción sexual es secundaria al medicamento, puede reducirse la dosis o cambiarlo por otro con un mecanismo de acción diferente. Recomendar eliminar el alcohol y el cigarrillo hábitos que incrementan la disfunción sexual.
- Las opciones terapéuticas para la disfunción sexual deberán individualizarse de acuerdo con el grado de severidad de la hipertensión arterial, sin embargo, en general el Sildenafil a demostrado seguridad en el manejo de la disfunción eréctil en pacientes con hipertensión arterial controlada.

VIII. CRITERIOS DE REFERENCIA:

REFERENCIA AL NIVEL DOS DE ATENCIÓN (MEDICO INTERNISTA)

- Paciente de difícil control.
- Presencia de alteraciones en ECG, RX tórax, albuminuria.
- Retinopatía I – II.
- Dislipidemia de difícil manejo.
- Hipertensión + diabetes, cualquiera de difícil manejo.

REFERENCIA A TERCER NIVEL (CARDIÓLOGO, NEFRÓLOGO, NEURÓLOGO)

- Hipertensión refractaria.
- Toda emergencia hipertensiva.
- Urgencia Hipertensiva.
- Estudio de causa secundaria.
- Estudio de posible cardiopatía (angina, arritmia, ICC).
- Historia de EVC de cualquier etiología.
- Insuficiencia renal que requiere diálisis.
- Retinopatía grado IV (KWB).

CONTRAREFERENCIA DEL TERCER NIVEL.

- Control de la presión arterial para continuar plan terapéutico.
- Estudio de Cardiopatía negativo.
- Estudio de causa secundaria negativo.

3.3 GUÍA DE ATENCIÓN DE LAS DISLIPIDEMIAS

I. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Dislipidemias es cualquier alteración en los niveles normales de lípidos plásticos, fundamentalmente el colesterol y triglicérido. Existen 4 tipos principales de lipoproteínas, que difieren en su tamaño, contenido de lípidos, contenido de proteínas en su densidad. Ellas son:

1. **Quilomicrones:** Encargados de transportar triglicérido y colesterol exógeno (es decir, provenientes de la dieta) al hígado y tejidos periféricos (músculo, tejido adiposo) El colesterol va principalmente al hígado y los triglicérido a los tejidos periféricos.
2. **VLDL:** Son de síntesis hepática. Transportan Triglicéridos y colesterol tanto exógenos como endógenos, desde el hígado hacia los tejidos periféricos. En la periferia se convierten en LDL gracias a la enzima lipoproteinlipasa (LPL) presente en el endotelio y que reduce el contenido del colesterol y Triglicéridos de las VLDL. **Son las principales transportadoras de colesterol** hacia los tejidos periféricos.
3. **HDL:** Intercambia colesterol con otras lipoproteínas. Transportan el colesterol desde los tejidos (Transporte reverso de colesterol); es decir, limpia los tejidos de colesterol. De allí su función benéfica en el metabolismo de lípidos.

La vida media de las LDL y HDL es de 2 días, la de los quilomicrones y VLDL en cambio es de solo unos minutos debido a que rápidamente metabolizadas en el plasma.

II. EPIDEMIOLOGÍA:

La prevalencia de dislipidemias varía de un país a otro y de acuerdo a los criterios diagnósticos para la misma, sin embargo, se sabe que es un problema más frecuente en los hombres, en los pacientes intolerantes a la glucosa sobre todo en los que la enfermedad aparece antes de los 55 años de edad.

No existen datos actualizados en el País. Si los datos fueran similares a los de la población mexicana, el trastorno más frecuente sería la disminución de HDL; en segundo lugar el aumento de Tg y finalmente la elevación de las LDL.

III. PREVENCIÓN:

Se ha demostrado que la reducción de peso tiene efectos metabólicos positivos, así mismo, las dietas ricas en ácidos grasos monosaturados (maní, aceite de oliva, aguacate, dieta mediterránea) y cereales, frutas y vegetales son beneficiosas para el perfil lipídico, lo mismo que los ácidos grasos que se encuentran en el pescado, los aceites de pescado y en la soya; además hay que reducir el consumo de los ácidos grasos saturados y colesterol (carne, vísceras y lácteos).

El ejercicio aeróbico es efectivo para el tratamiento y prevención de las dislipidemias, reduciendo el sobre peso, la grasa corporal y principalmente la abdominal, de igual manera es importante evitar el tabaquismo y las cantidades excesivas de alcohol, además los cambios en la dieta y cambios en los comportamientos de riesgo, debe realizarse una detección temprana y oportuna de esta patología para reducir el riesgo cardiovascular de estos pacientes.

Debe realizarse un perfil lipídico a cualquier edad, en paciente diabético o intolerante a la glucosa, con hipertensión arterial, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica o de dislipidemia, tabaquista, con obesidad abdominal, insuficiencia renal crónica. En la población general sin factor de riesgo debe realizarse el perfil lipídico en los hombres a los 35 años de edad y en las mujeres a los 45 años.

IV. MANIFESTACIONES CLINICAS:

Los trastornos en sí mismo cursan asintomáticos y las manifestaciones clínicas solo se presentan como consecuencia de sus complicaciones, que son las arteriosclerosis, la xantomatosis y la pancreatitis.

Las hiperlipoproteinemias se pueden clasificar de acuerdo a 3 aspectos.

- Por el tipo de lipoproteína
- Por la presencia de una causa identificable
- Por el grado de evaluación de los lípidos.

V. CLASIFICACION:

A. CLASIFICACIÓN DE LA OMS.-

TIPO	LIPIDO AFECTADO	LIPROTEINA AFECTADA
I	Colesterol elevado TG muy elevados	Exceso de quilomicrones
Ila	Colesterol elevado TG Normales	Exceso LDL
Ilb	Colesterol elevado TG elevados	Exceso de LDL y VLDL
III	Colesterol elevado	Exceso remanentes de Quilomicrones
IV	Colesterol normal TG elevados	Exceso de VLDL
V	Colesterol elevados TG muy elevados	Exceso de quilomicrones Exceso de VLDL

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LA CAUSA.-

Pueden ser:

- Primarias o
- Secundarias

Se habla de hiperlipoproteínas secundarias cuando se ha logrado identificar una causa básica para la producción de trastorno, en caso contrario la hiperlipoproteinemia se clasifica como primaria, esta clasificación utiliza también la clasificación de la OMS de la siguiente manera:

TIPO	CAUSAS PRIMARIAS	CAUSAS SECUNDARIAS
I	Deficiencia de LPL Deficiencia de apo C-II	Lupus eritematoso Diabetes
Ila	Hipercolesterolemia familiar	-
V	Hipertriglicedemia familiar Deficiencia de Apo C-II	Diuréticos betabloqueadores Anticonceptivos orales

B. CLASIFICACIÓN OPERATIVA:

1. Hipercolesterolemia Limítrofe (Borderline): colesterol total de 200-239 mg/Dl. y TG menores de 150 mg/dl.
2. Hipercolesterolemia Definida: Colesterol total mayor de 240 mg/Dl. y TG menores de 150 mg/Dl. en prevención secundaria o en pacientes diabéticos se habla de hipercolesterolemia definida cuando el colesterol total es mayor de 200 mg/dl.
3. Hipertrigliceridemia: Colesterol total menor de 200 mg/Dl. y TG mayores de 200 mg/Dl. En prevención secundaria y en pacientes diabéticos hablemos de hipertrigliceridemia con valores de 150 mg/dl.
4. Hiperlipidemia mixta: Colesterol total mayor de 200 mg/Dl. y TG mayores de 200 mg/dl.

La evaluación del paciente se completa con la estimación del grado de riesgo el cual será utilizado para tomar las decisiones terapéuticas, sobre todo para decidir la necesidad de una terapia intensiva. Los factores de riesgos reconocidos para enfermedad coronaria son:

- Edad y Sexo
- Historia de cardiopatía aterosclerótica en pacientes de primer grado antes de 55 años para el hombre y antes de los 65 años para la mujer.
- Tabaquismo
- Hipertensión Arterial
- Evaluación de colesterol total o LDL-colesterol
- Descenso de HDL-colesterol
- Diabetes mellitus

Para evaluar el riesgo, inicialmente se encuentran los factores de riesgos que presenta el paciente, si el paciente presenta más de un factor de riesgo, se clasifica en uno de los 5 siguientes grupos.

- Pacientes con cardiopatía aterosclerótica
- Pacientes con equivalentes de riesgos (arteriosclerosis en cualquier sitio, diabetes)
- Pacientes con riesgo a 10 años menor de 10%
- Pacientes con riesgo a 10 años 10-20%
- Pacientes con riesgo a 10 años mayor de 20%

El riesgo a 10 años se calcula sumando los puntos que se obtienen de las tablas de Framingham para diferentes grados de hipertensión arterial, tabaquismo, elevación del colesterol total y descenso de HDL-Colesterol. En el anexo se anotan las tablas referidas.

HIPERCOLESTEROLEMIA

RIESGO	OBJETIVO	DIETA	FÁRMACO
Riesgo Alto (>20% a 10 años)	< 130 mg/Dl.	Si LDL<130mg/Dl.	Si LDL >160 mg/Dl.
Riesgo Moderado (10-20% a 10 años)	< 160 mg/Dl.	Si LDL> 160mg/Dl.	Si LDL> 190 mg/Dl.

PREVENCIÓN SECUNDARIA O EQUIVALENTE DE RIESGO			
RIESGO CV	OBJETIVO	DIETA	FÁRMACOS
Si LDL<100 mg/Dl.	100mg/Dl.	Si	No
Si LDL 100-	130mg/Dl.	<100 mg/Dl. Si	En 3 meses
Si LDL>130 mg/Dl.	<100 mg/Dl.	Si	Si

HIPERTRIGLICERIDEMIA

En la práctica clínica, los TG elevados se observan principalmente en personas con síndrome metabólico, aunque pueden influir otros trastornos metabólicos o genéticos. Se acepta la siguiente clasificación de las hipertrigliceridemias:

- Triglicéridos normales: menos de 150 mg/Dl.
- TG marginalmente elevados: 150-199 mg/Dl.
- Triglicérido muy altos: mayores de 500 mg/Dl.

Clasificación	Triglicérido	LP alterada	Objetivo	Dieta + Ejercicio	Fármacos
Marginal	<200	VLDL	<150	Si	No
Altos	200-499	VLDL	<150	Si Restriction de CHOs	En 3 meses
Muy Altos	>500	VLDL+ Quilomicro-nes	Inicial <500 Luego norma LDL	Si	Fibratos

VI. TRATAMIENTO:

Tipo de dislipidemia	Fármaco de elección	Fármaco alternativo
Aumento de colesterol y triglicéridos menor de 200mg	Estatinas	Resinas de intercambio iónico
Aumento de colesterol y triglicéridos entre 200-400	Estatinas	fibratos
Aumento de colesterol y triglicéridos mayor de 400	Fibratos	estatinas
Aumento de triglicéridos	Fibratos	Ácidos grasos omega 3.

- Estatinas: Sinvastatina dosis 20 a 80 mg al día,
Atorvastatina a Dosis de 10 a 80 mg día
Pravastatina 20 a 80 mg día.
- Fibratos: Genfibrocil 900 mg al día.
- Resinas de intercambio iónico: Colestiramina y Colestipol
- Acido Nicotínico

VII. EFFECTOS DE LAS DISLIPIDEMIAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Las dislipidemias ocasionan frecuentemente depósitos de ateromas en los vasos penianos lo que produce dificultad del flujo sanguíneo y llenado de los cuerpos cavernosos y por lo tanto disfunción eréctil en el hombre, de igual manera las dislipidemias se asocian con otras patologías como hipertensión arterial y diabetes mellitus lo que puede dificultar más el desempeño sexual en el hombre.

Otro aspecto a considerar es que las dislipidemias incrementan el riesgo cardiovascular de enfermedades isquémicas y la actividad sexual puede ser desencadenante de un infarto agudo del miocardio, se han realizado estudios en donde el riesgo relativo de sufrir un infarto es de 2.5 en las siguientes horas de un acto sexual, (similar al de la ira) lo que puede ocasionar en la pareja sentimientos de sobreprotección de temor y finalmente evitar una relación sexual, es importante aclararles que si hay un control adecuado de la patología de base y un régimen de ejercicios regulares no hay motivo por el cual se tenga que evitar la actividad sexual.

3.4 GUÍA DE ATENCIÓN DEL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE

I. DEFINICIÓN:

El Síndrome del intestino irritable (SII) se caracteriza por malestar abdominal con función intestinal alterada y que no hay anormalidades bioquímicas y mecánicas que expliquen los síntomas, los cuales pueden ser grados variables de distensión abdominal, dolor abdominal, estreñimiento o diarrea.

La patofisiología del síndrome de intestino irritable es multifactorial e incluye anormalidades en la sensibilidad visceral, en la motilidad intestinal, el estrés emocional y factores dietéticos.

II. EPIDEMIOLOGIA:

En nuestro país no hay datos epidemiológicos al momento de elaborar esta guía. Pero la prevalencia en USA es aproximadamente 10-15% dividido en partes iguales: SII con estreñimiento, SII con diarrea y SII alternamente entre diarrea y estreñimiento. Existe una predominancia femenina de 2: 1

La edad de inicio de SII, varía, pero la incidencia de aparición se incrementa durante la adolescencia y el pico está en la 3º. Y 4º décadas de la vida. Después de la 5º década la vida es inusual, los pacientes con SII tienden a asociarse a una alta frecuencia de factores de estrés psicosocial, factores dietéticos que le desencadenan los síntomas.

III. PREVENCIÓN:

Es difícil controlar todos los factores relacionados con la causas de este síndrome como son el estrés y un plan alimenticio adecuado, sin embargo, el hacerlo puede llegar a controlarlo, dentro de las principales medidas preventivas de la enfermedad se encuentran:

- Incluir en la dieta alimentos ricos en fibra.
- Controlar las situaciones de estrés y evitar las que lo ocasionan.
- Dormir bien y suficiente para permitir la relajación del cuerpo.
- Tomar al menos 8 vasos o dos litros de agua diariamente para favorecer el peristaltismo intestinal y la formación de materia fecal.
- Evitar el uso de laxantes.
- Evitar el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y drogas, que favorecen la irritación del intestino.
- Evitar alimentos irritantes y los que provocan gases, como leguminosas, col, café, chile, bebidas gaseosas, alimentos grasosos en exceso.
- Coma en menor cantidad mas frecuentemente; 6 veces día, en lugar de 3 al día.

IV. MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas deben haber estado presentes durante, cuando menos 3 meses, antes que se considere el Diagnóstico, el cual se establece en presencia de síntomas compatibles y después de la exclusión de la enfermedad orgánica.

El Síndrome de Colon Irritable se presenta con cuadro clínico de:

- Diarrea predominante
- Estreñimiento predominante
- Mixtos.

Los signos y síntomas, son variados, aunque se aclara que se deben de cumplir los criterios de Roma II, que se detallan a continuación.

Al menos doce semanas o más de molestias abdominales o dolor, no necesariamente consecutivas, en los 12 meses previos y que tienen 2 de 3 de las siguientes características:

- Mejora con la defecación, y/o
- Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las heces, y/o
- Inicio asociado con un cambio de la forma (apariencia) de las heces.

Síntomas que acumulados apoyan el diagnóstico del SII.

- Frecuencia anormal de las heces (mayor de tres movimientos intestinales por día y menos de tres movimientos por semana).
- Forma anormal de las heces (en bolas, duro para evacuar, aspecto acuoso)
- Paso anormal de las heces (estreñimiento, urgencia, síntomas de evacuación incompleta)
- Paso de moco.
- Hinchazón o distensión abdominal

Es importante esclarecer el concepto que tiene el paciente de estas molestias. A continuación se detallan los signos y síntomas de alarma:

- Hematoquezia.
- Pérdida de peso mayor de 10 libras
- Historia familiar de cáncer de colon
- Anemia
- Fiebre Recurrente
- Diarrea severa o crónica
- Diarrea Nocturna.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Enfermedad intestinal inflamatoria
- Factores dietéticos, mala absorción
- Neoplasia
- Enfermedad del tracto biliar y pélvico
- Psicopatologías
- Deficiencias de lactasas.

APOYO DIAGNOSTICO:

En todos los pacientes se harán los siguientes exámenes: biometría hemática, velocidad de eritrosedimentación y examen general de heces más sangre oculta, los cuales deben resultar normales, al igual que el examen físico completo.

Los pacientes que sufren de SCI con signos y síntomas de alarma deber ser referidos a un nivel superior donde pueden ser realizados: pan endoscopia ultra sonido hepático y vías biliares, colonoscopia y biopsia, tránsito colónico, manometría ano-rectal y estudio de pruebas tiroideas.

V. TRATAMIENTO

a. Medidas Generales:

- 4 Debe decirse a los pacientes que sus síntomas surgen del aumento de su sensibilidad a estímulos menores o aumento en la reactividad causada por la motilidad gastrointestinal anormal.
- 4 Deben de identificarse agentes estresantes psico-sociales, que disparen o mantengan los síntomas; así un cambio en el estilo de vida y un soporte médico adecuado a menudo, reduce el número de visitas de médico.
- 4 El paciente debe comprender que SII es un trastorno crónico con periodos de exacerbación y de tranquilidad que él medico no puede curar dicha enfermedad y el manejo es eminentemente sintomático, y por ende prolongado.

b. Terapéutica Dietética:

Un tratamiento razonable no farmacológico incluye evitar el exceso de cafeína, y quitar alimentos que el sujeto sospeche que le provocan los síntomas. Deben de moderarse la ingesta de grasas puesto que los lípidos aumentan los reflejos motores y sensoriales del intestino.

Paciente en los que la constipación o estreñimiento predominan, pueden tener una inadecuada ingesta de fibra. Se recomienda una ingesta 20-30 gramos de fibra al día que puede lograrse administrando una cucharada de polvo de salvado, dos a tres veces al día.

Los alimentos que se deben de evitar o disminuir la ingesta son: Frijoles, Coliflor, repollo, uvas, cebollas crudas, ciruelas, pasas, café, vino tinto y cerveza, productos cafeïnados (chocolates bebidas de cola).

c. Psicoterapia.

Los agentes estresantes psicosociales son importantes identificarlos e individualizarlos debido a la gran prevalencia de trastornos psicológicos de los pacientes que buscan asistencia médica, la diarrea y el dolor parecen responder a la psicoterapia.

d. Agentes Antidiarreicos.

La Loperamida ha demostrado eficacia contra la diarrea, disminuye exitosamente la frecuencia de la defecación y mejora la consistencia de las heces; Pero no tiene sobre los síntomas globales de SII (Malestar Abdominal).

e. Agentes Antiespasmódicos y Combinados.

- 4 Relajan el músculo liso ó reduce su contractilidad en pacientes con SII.
- 4 Tienen aumentado el Reflejo Gastrocólico, lo cuál puede estar asociado a diarrea. Los agentes anticolinérgicos pueden reducir esta excesiva contractilidad post-pandrial.

La mayoría de los estudios sugieren que aunque estos agentes disminuyen el dolor, no tienen efecto contra la diarrea y constipación.

Los medicamentos recomendados son:

- 4 Propinoxato 10 mg 1 tab. 3 v/día de acuerdo al dolor.
- 4 Hiosciamine 0.125 - 0.25 mg 4 veces al día.
- 4 Bromuro de Clidinio 2.5 - 5.0 mg 4 veces al día.
- 4 Bromuro de Otilonium 20 mg 3 veces al día.

Los Antiespasmódicos combinados con sedantes (ansiolíticos) pueden reducir el componente de SNC de la contracción Intestinal y reducir la respuesta intestinal motora.

La ansiedad incrementa la motilidad intestinal como respuesta al estrés, cuando se sospecha de estos casos se recomiendan los combinados como:

- 4 Clidinio y Clordiazepoxide 2.5 mg 4 veces al día ó como sean necesarios.

f. Agonista de los Receptores⁴ (5HT₄) de Serotonina. (TEGASEROD)

- 4 Aceleran el vaciamiento gástrico y al Transito Intestinal.
- 4 Está recomendado para reducir los síntomas, constipación y Estreñimiento siendo más efectivo en pacientes femeninos.
- 4 Dosis 6 mg-12 mg al día por 12 semanas.
- 4 Dado su costo y sus ventajas moderadas el Tegaserod debe ser reservado solamente para mujeres con SII predominancia de constipación que no han respondido a la fibra, laxantes y agentes antiespasmódicos

VI. CRITERIOS DE DERIVACIÓN:

Los pacientes que sufren de signos y síntomas de alarma o falla terapéutica, deben ser referidos a un nivel superior, donde puedan ser realizados: panendoscopia, ultrasonido hepático y vías biliares, colonoscopia y biopsia, transito colónico, manometría anorectal y estudio de pruebas tiroideas.

VII. EFFECTOS DEL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Aunque la mayoría de los pacientes que adolecen del Síndrome de Colon Irritable mantienen relaciones sexuales satisfactorias con su pareja, con frecuencia se reportan variaciones importantes en este hábito, tales como la disminución del tiempo del contacto sexual y la limitación en las posiciones empleadas; ambas relacionadas directamente con molestias o dolor experimentado en la región abdominal.

En estos casos debe proveerse consejería para que la pareja hable abiertamente del problema y exploren posiciones que resulten mas confortables para el(la) paciente, además de buscar formas alternativas de placer sexual que enriquezcan su experiencia sexual de pareja.

3.5 GUIA DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA

I. DEFINICIÓN

Es una enfermedad crónica recurrente, secundaria a una pérdida del equilibrio entre la secreción del ácido clorhídrico y la barrera protectora de la mucosa gástrica, en la cual por la acción del ácido, la pepsina y la presencia de factores predisponentes se produce una ulceración de la mucosa digestiva, es decir, una pérdida de la solución de continuidad que sobrepasa la capa muscular de la mucosa en cualquiera de los segmentos del tracto digestivo.

II. EPIDEMIOLOGÍA:

La incidencia general de la enfermedad es del 22-56% a nivel mundial, se estima que cada año en estados unidos se tienen más de 500,000 nuevos casos y una recurrencia de la enfermedad de 4 millones, la prevalencia de esta enfermedad es de 1.8% con una mortalidad del 2%. Es una patología que se presenta más frecuentemente en el sexo masculino.

III. PREVENCIÓN:

Existen algunos factores relacionados con la enfermedad ácido péptica que son modificables y por lo tanto prevenibles como sería el evitar el tabaquismo, la ingesta de alcohol, el consumo innecesario de medicamentos Antiinflamatorios no esteroides. Algunos sus factores predisponentes son:

- Antecedentes familiares de la enfermedad
- Consumo de alcohol
- Tabaquismo, Obesidad y vida sedentaria
- Dieta la ingesta de café y grasas, así como pobre en fibras acompañada de mala masticación y desordenes en los horarios.
- Stress
- La ingesta de medicamentos como AINEs.
- Infecciones principalmente Helicobacter Pilory.
- Edad.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Datos Clínicos de Alarma:

- Disfagia
- Frasco de Tratamiento sintomático por 12 semanas
- Anemia
- Pérdida de Peso
- Edad de 45 años
- Sospecha de hemorragia digestiva

En Pacientes no complicados:

Dolor en epigastrio que se alivia con la ingesta, en ocasiones el dolor epigástrico despierta al paciente, generalmente presenta remisiones, ansiedad precoz, plenitud post-pirosis, y regurgitación ácida o de alimentos.

V. APOYO DIAGNOSTICO:

Principalmente el diagnostico debe ser clínico, puede ser útil:

- Hemograma,
- Examen General de Heces,
- Guayacolato o sangre oculta en heces en 3 ocasiones.

Exámenes de Gabinete:

Generalmente el diagnóstico es clínico pero debe individualizarse el uso de;

- Tubo Digestivo Superior
- Endoscopia.
- Pruebas para detectar *Helicobacter Pilory*.

VI. TRATAMIENTO:

Las metas del tratamiento, son: Aliviar el malestar y proteger la mucosa gastrointestinal, promover la curación, la dosis de los medicamentos y el Tiempo de Tratamiento varía de acuerdo a la patología y a la idiosincrasia.

Se recomienda para el manejo de gastritis:

- Antiácidos, Hidróxido de Aluminio a dosis de 30 ml cada 6 horas por 3 semanas.
- Bloqueantes H₂: Ranitidina 150 mg cada noche por 2 semanas.

Para el manejo del reflujo gastro-esofágico:

- Bloqueantes H₂ Famotidina 300 mg día por 6-8 semanas.
- Bloqueantes de Bomba: Omeprazole 40 mg al día por 4 semanas.
- Luego de cada dosis según criterio médico, agregar antiácidos.

A. CRITERIOS DEL SEGUIMIENTO:

Control de cada mes de evolución de los síntomas, si persisten más de ocho a doce semanas de referencia si se aparecen signos de alarma, referirlo inmediatamente.

B. CRITERIOS DE CURACIÓN

Cambian de acuerdo a la patología diagnosticada y al facto desencadenante del cuadro clínico.

VII. CRITERIO DE REFERENCIA:

1. Si el Paciente permite o empeora de los síntomas después de 8-12 semanas de tratamiento
 - Reporte Radiológico del Tubo Digestivo superior anormal o que ameriten investigación.
 - Endoscopia.

3.6 GUÍA DE ATENCIÓN DE LA NEUMONÍA

I. DEFINICIÓN

El término neumonía se refiere a los procesos inflamatorios del parénquima pulmonar. Este trastorno difiere bastante en función del agente causal, de los elementos precipitantes, del curso de la enfermedad, de la patología y del pronóstico. Las neumonías pueden tener su origen en una variedad de agentes infecciosos y no infecciosos que incluyen toxinas inhaladas, bacterias, virus, rickettsias, micoplasmas y hongos.

II. EPIDEMIOLOGIA

Aproximadamente un 1% de las infecciones respiratorias se complican con neumonías. Un 12.5 - 15% de las personas de cualquier edad que solicitan atención médica por enfermedad aguda padecen una infección del tracto respiratorio inferior. Entre un 7 y un 10% de los enfermos ingresados en hospitales presenta una infección respiratoria (aproximadamente un 2/3 de adquisición extrahospitalaria y 1/3 de origen intra-hospitalario)

A nivel nacional las neumonías constituyen la segunda causa de ingreso hospitalario y representan el 7.5% de todos los ingresos, siendo en el sexo masculino la primera causa de ingreso hospitalario con un 11.6% de frecuencia relativa. La mortalidad de los pacientes ingresados con neumonía oscila entre 5.7 y 24 % en pacientes generales y alcanza hasta un 54% cuando precisan asistencia a una unidad de cuidados intensivos. Las neumonías se encuentran entre las 3 primeras causas de muerte a nivel nacional, con un 7.5% y específicamente en el sexo masculino es la quinta causa de muerte con un 6.5% de los casos.

III. PREVENCIÓN:

Para prevenir las neumonías hay que recomendar ciertas medidas generales como un lavado frecuente de las manos, correcto almacenamiento y desecho de los pañuelos usados, cubrirse la boca y la nariz al estornudar o toser.

Como la neumonía generalmente es una complicación de los procesos gripales es recomendable la vacunación contra la influenza cada año, como medida preventiva de la neumonía.

La vacuna anti-neumocócica es un paso importante en la prevención de las neumonías ya que este microorganismo es responsable del 25-35% de los casos complicados de la enfermedad y está indicada en los siguientes casos:

- Las personas que tienen enfermedades crónicas como: enfermedades cardíacas, EPOC, nefropatías, alcoholismo, diabetes, cirrosis hepática y anemia a células falciformes.

- Residentes de hogares de recuperación prolongada o en otras instituciones de atención de pacientes con trastornos crónicos.
- Todas las personas mayores de 65 años de edad.
- Personas con deficiencias inmunológicas como pacientes con cáncer, HIV o receptores de trasplante de órganos.
- Todas las personas con esplenectomía

Dicha vacuna se administra en una sola dosis lo cual es suficiente para la mayor parte de personas, sin embargo, se recomienda la revacunación cada 6 años para las personas mayores de 65 años.

IV. MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas que sugieren neumonía son fiebre, dolor torácico o pleurítico y tos la cual puede ser improductiva (seca) o producir esputo mucoso o purulento.

Durante algún tiempo se afirmó que la neumonía típica (producida por microorganismos piógenos, como el neumococo, estafilococo o hemofilus influenza); podría diferenciarse de la producida por micoplasma, legionella y clamidia pneumoniae la denominada neumonía atípica. Se decía que esta última se caracteriza por ser más insidiosa que las neumonías típicas con una tos que es improductiva o que solo genera esputo mucoso.

Estudios cuidadosos han demostrado que no se puede distinguir de manera confiable entre una neumonía típica de una atípica solo por la clínica. Sin embargo esto no significa que un interrogatorio cuidadoso y un examen físico no sean útiles, para sugerir las causas de las neumonías.

Los síntomas no respiratorios como dolor de cabeza, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, mialgias y artralgias son frecuentes en los pacientes con neumonía.

Es prudente recordar que el anciano manifiesta menos síntomas de neumonía que los pacientes más jóvenes.

V. CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

A. EXAMEN FISICO

Habitualmente hay fiebre, pero algunos pacientes pueden estar hipotérmicos (signo de mal pronóstico) y algunos (20%) están afebriles en el momento de la presentación de la neumonía.

En alrededor del 20% de los pacientes con neumonía se auscultan estertores crepitantes en la zona afectada del pulmón y se encuentran hallazgos físicos de consolidación (matidez a la percusión, frémito palpable y vocal aumentado, pectoriloquia y ruidos respiratorios bronquiales). En alrededor del 10 % se ausculta frote pleural.

B. APOYO DIAGNÓSTICO

La evaluación clínica debe incluir el interrogatorio sobre la enfermedad actual, presencia de enfermedades previas, ingesta de alcohol, historia de tabaquismo, contacto con animales, viajes recientes y toda información clínico epidemiológica que contribuya al diagnóstico. Ante la sospecha clínica de neumonía nunca debe omitirse una radiografía de tórax.

En adultos con síntomas de infección respiratoria baja, la prevalencia de neumonía adquirida en la comunidad oscila desde un 3% en los pacientes que acuden a consulta externa, hasta un 28% en los que son atendidos en servicios de emergencia.

La utilización de métodos no invasivos para documentar al agente etiológico es hoy una práctica recomendada. El examen de esputo es simple, no invasivo y de bajo costo.

La muestra debe ser tomada antes del inicio del tratamiento antibiótico y transportarla al laboratorio lo antes posible. Se recomienda realizar examen directo y cultivo, la sensibilidad para el diagnóstico de neumonía neumocócica en manos experimentadas es de 50 al 60% con una especificidad del 80%, cuando el esputo es representativo (mas de 25 polimorfo nucleares y menos de 10 células epiteliales por campo). Cuando el agente etiológico es H. influenzae la sensibilidad es menor.

VI. TRATAMIENTO:**EVALUACION Y MANEJO****Atención en la Comunidad o Unidad de Salud**

Diagnóstico de Neumonía (NAC) es en bases clínicas (historia, Ex. Físico)

Sin signos de alarma Clases I o II

Tx en casa (10 días)

1ª opción (oral)

Macrólidos (Az, Cl, E)
Quinolonas (Levo-Moxi)

2ª opción

Penicilina (IM)
Amoxicilina (IBL)
Ampicilina (IBL)
Cefalosporina 2ª G
Doxiciclina

Con Signos de alarma Clases III, IV o V

FR 30/m FC 125/ m
T° 40°C TA Sist. 90 Torr
Signos bilaterales
Signos de derrame pleural
Tirajes-Cianosis
Inmuno supresión
Edad-Tabaquismo

Referencia oportuna al hospital cercano

DURACION DEL TRATAMIENTO

Duración del tratamiento antibiótico en NAC

TIPO DE PACIENTE	DURACION
< DE 60 Años SIN COMORBIDOS	7 – 10 DIAS
> DE 60 Años CON COMORBIDOS	10 – 14 DIAS
NOSOCOMIALES	14 - 21 DIAS
PTE. INMUNOCOMPROMETIDO	14 – 21 DIAS

3.7 GUÍA DE ATENCIÓN DEL ASMA BRONQUIAL

I. DEFINICIÓN

Enfermedad Crónica inflamatoria de las vías aéreas con hiperreactividad bronquial, que obstruye el flujo de aire por la bronco- constricción, presencia de moco y edema (como una respuesta a diversos estímulos). Clínicamente esta caracterizada por dificultad respiratoria y sibilancias, tos, opresión torácica especialmente durante la noche o la madrugada. Esta situación presenta diferentes grados de gravedad y puede repetirse durante años. Si no es adecuadamente diagnosticada y tratada puede:

1. Cronificarse
2. Causar Incapacidad Física y Social
3. Causar Muerte (por Crisis Graves)

II. EPIDEMIOLOGIA

Estudios Epidemiológicos indican que el asma ha aumentado en las últimas dos décadas, especialmente en los niños pequeños y que viven en áreas urbanas se estima que el 20% de la población mundial adolece de esta enfermedad. La OMS estima que alrededor de 150 millones de persona en el mundo adolecen de asma y es la principal causa de ingreso por enfermedades crónicas en los niños, lo que ocasiona graves costos en la salud pública.

De manera alarmante el incremento en la prevalencia del asma se ha reflejado en un aumento de la mortalidad. Las explicaciones para dicho aumento aún no se han aclarado pero pueden reflejar una mayor exposición a los alérgenos, patógenos respiratorios y a la contaminación del aire principalmente en las áreas urbanas y a la mayor concientización sobre la enfermedad.

III. FACTORES DE RIESGO QUE DESENCADENAN EL ASMA

8 **ALERGENOS:**

- Ácaros del Polvo
- Esporas de Moho
- Mascotas (Casper animal)
- Alérgenos de cucarachas
- Pólen
- Alimentos

8 CONTAMINANTES E IRRITANTES EXTERIORES E INTERIORES

- Humo del Tabaco en el Ambiente (especialmente importante en los niños pequeños)
- Inhalación pasiva del humo del tabaco
- Bióxido del Sulfuro y monóxido de Carbono
- Cocina de leña y chimeneas
- Perfumes y Agentes limpiadores

8 AGENTES FARMACOLOGICOS:

- Ácido Acetilsalicílico y otros AINES
- Beta Bloqueadores
- Histamina
- Meta colina
- Sulfitos (Colorantes para alimentos)
- Adenosina.

8 ACCIONES FISICAS:

- Ejercicio (Más fácilmente cuando el ambiente es frío o seco)
- Los cambios climáticos como las caídas de la temperatura,
- La humedad y la niebla.
- Hiperventilación.

8 OTROS FACTORES:

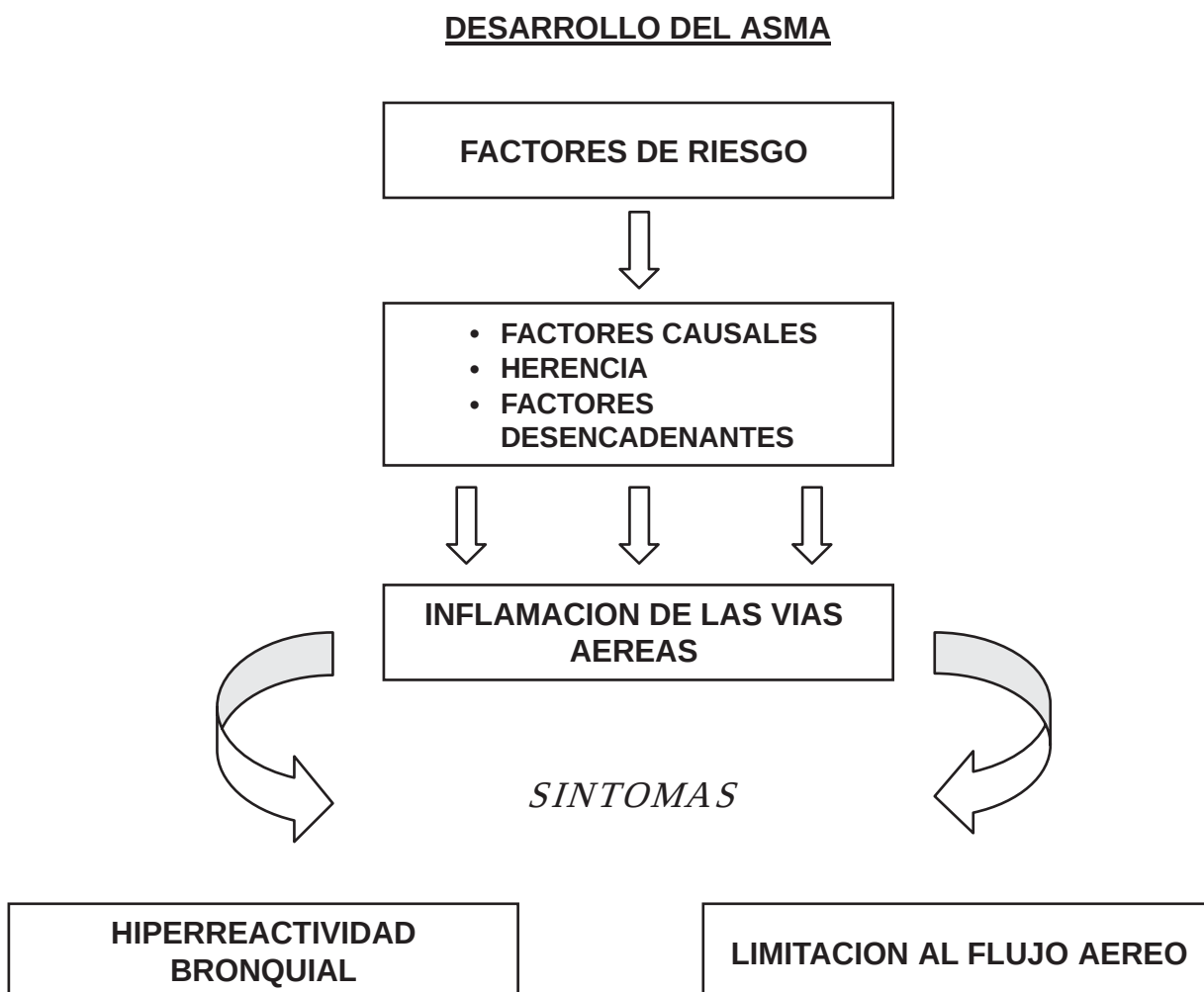
- Estrés Emocional
- Reflujo Gastroesofágico
- Exposición a varios químicos en el lugar de trabajo
- El embarazo, los periodos menstruales y la menopausia pueden empeorar el asma en algunas mujeres.
- Infecciones de vías Aéreas superiores
- Bajo peso al nacer: la lactancia materna de los recién nacidos, durante, al menos, seis meses antes de iniciar la alimentación sólida puede ayudar a proteger a los niños para evitar el desarrollo.

IV. PREVENCIÓN:

Las medidas preventivas deben aplicarse principalmente a aquellos individuos con alto riesgo de padecer la enfermedad, como son los individuos atópicos o aquellos en los que uno de sus progenitores lo son. En aquellos individuos atópicos es beneficioso el consumo de una dieta que contenga aceite de pescado, frutas, verduras, antioxidantes.

De igual manera para los hijos de madres o padres con problemas atópicos es beneficiosa la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4- 6 meses de vida, lo mismo que la exposición temprana a los animales, el pertenecer a una familia numerosa protege a los hijos de padres atópicos por el hecho de la transmisión de infecciones a los más pequeños, el contraer infecciones respiratorias tempranas también constituye un factor protector. El evitar fumar, el eliminar los alergenitos intradomiciliarios, el eliminar la humedad y los polutantes es igualmente beneficioso.

Una vez se manifiesta la enfermedad no hay ningún tratamiento al momento que modifique la historia natural de la enfermedad, sin embargo, es útil el control ambiental evitando la exposición a agentes desencadenantes de crisis asmática, medidas para inducir la tolerancia a los alergenitos, farmacoterapia precoz, inmunoterapia precoz.



Esquema Nº 1

Adaptado de Stephen T. Holgate, M.D

El manejo del asma en los adultos, UICter, Pág. 4

PATOFISIOLOGÍA

RESPUESTA INFLAMATORIA TEMPRANA

EDEMA, HIPERSECRECION
BRONCOESPASMO



BRONCO OBSTRUCCION
REVERSIBILIDAD



DISMINUCION
FLUJOS
AEREOS



DISMINUCION DE
VENTILACION
PULMONAR



HIPERINFLACION

PERPETUIDAD INFLAMATORIA TARDIA

NO RESOLUCION



REMODELACION BRONQUIAL
FIBROSIS EN LA SUBMENBRANA BASAL



BRONCO OBSTRUCCION

IREVERSIBILIDAD

V. MANIFESTACIONES CLINICAS

El cuadro típico de asma se caracteriza por frecuentes episodios de tos, disnea y sibilancias, que pueden resolver espontáneamente o con tratamiento. Las crisis ocurren a menudo, por la noche y su intensidad es variable.

Hallazgos Clínicos más frecuentes:

- Opresión torácica
- Dificultad Respiratoria
- Sibilancias
- Accesos de Tos, especialmente nocturno.

Ninguno de estos síntomas es exclusivo del asma y cualquiera de ellos puede aparecer en otras enfermedades Torácicas. Como consecuencia, se pueden producir errores en el Diagnóstico del asma y por lo tanto, tratamientos incompletos o inapropiados.

VI. APOYO DIAGNOSTICO

Para establecer el Diagnóstico de Asma debemos:

- 8 **Realizar una historia clínica detallada que debe incluir:**
 - a. Identificar los síntomas probablemente debidos a asma.
 - b. Apoyar la probabilidad de asma (patrones de síntomas, antecedentes familiares de asma, o alergias)
 - c. Valorar la severidad de asma (severidad y frecuencia de síntomas, tolerancia al ejercicio u hospitalización y medicación actual).
 - d. Identificación de factores posiblemente precipitantes (infecciones virales respiratorias, exposición en la casa, trabajo, guarderías o escuela a alergenos inhalados e irritantes como el humo del tabaco).
- 8 **Exploración Física Completa** con enfoque en las vías respiratorias superiores, tórax y piel. Los hallazgos físicos que aumentan la probabilidad de asma incluyen: hiperexpansión del tórax, especialmente en niños, uso de músculos accesorios, presencia de hombros” jorobados”, deformidad torácica, sibilancias durante la respiración normal o una fase prolongada de exhalación forzada. Además deben buscarse mayor secreción nasal, inflamación de la mucosa y pólipos nasales.
- 8 **Espirometría** para establecer la presencia de síntomas episódicos de obstrucción al flujo de aire y su reversibilidad con el tratamiento. La espirometría mide el volumen espiratorio forzado en un segundo (VEF) y se considera el estándar de oro para determinar la obstrucción del flujo de aire en pacientes con asma. La espirometría es útil para el diagnóstico y en la vigilancia periódica de los pacientes. La Espirometría puede realizarse en niños mayores de 7 años.

VII. CLASIFICACIÓN

El asma según la severidad se divide en:

1. Asma Leve Intermitente.
2. Asma leve persistente.
3. Asma moderada persistente.
4. Asma Severa Persistente

CLASIFICACION POR SEVERIDAD**Clase de severidad y manejo (adultos, niños > 5 años)**

Parámetros	Intermitente	<u>Leve persistente</u>	<u>Moderada persistente</u>	<u>Severa persistente</u>
Síntomas	Ocasionales 1-2/semana	Frecuentes >2/semana	Diarios	Permanentes
Síntomas Nocturnos	< 2/mes	> 2/mes	1/semana	Frecuencia a diario
Exacerbaciones	< 2/mes	> 2/mes	1/semana	1/semana
FEP o VEF₁	> 80%	> 80%	60-80%	< 60%
Variabilidad	< 20%	20-30%	> 30%	> 30%

Cuadro N° 2. Adaptado del GINA 2003

VIII. TRATAMIENTO

Una vez hecho el Diagnostico de Asma, debe clasificarse según su severidad de acuerdo al cuadro No. 2. Se utiliza un planteamiento secuencial para clasificar la severidad del Asma y para guiar el tratamiento.

El número y la frecuencia de medicamentos aumentan conforme la necesidad del tratamiento aumenta, y disminuye cuando el asma esta bajo control. El tratamiento debe iniciarse en el escalón más adecuado de la severidad inicial de la enfermedad.

El objetivo es establecer el control tan pronto como sea posible y entonces disminuir el tratamiento hasta la menor necesidad de medicamentos par así mantener el control.

PLAN DE MANEJO DEL ASMA.

1. Educar a los pacientes para que desarrollen una participación en el cuidado de la enfermedad.
2. Valorar y monitorizar la gravedad del asma.
3. Evitar la exposición a factores de riesgo.
4. Manejo del asma a largo plazo.
5. Establecer planes para manejar los ataques de asma.
6. Proporcionar un seguimiento regular.

LOS OBJETIVOS PARA EL MANEJO CON ÉXITO DEL ASMA SON:

- 1 – Ausencia de síntomas o síntomas mínimos, incluyendo los nocturnos.
- 2 – Episodios o ataques mínimos de asma.
- 3 – Sin visitas de urgencia a médicos u hospitales.
- 4 – Mínima necesidad de tratamiento con agonistas beta 2 de alivio rápido.
- 5 - Sin limitaciones de las actividades físicas y ejercicio
- 6 – Función pulmonar casi normal.
- 7 – Ausencia o mínimos efectos secundarios de la medicación.

TRATAMIENTO A LARGO PLAZO SEGÚN EL ESQUEMA ESCALONADO PARA ADULTOS (AMBULATORIO)

NIVEL DE GRAVEDAD	MEDICACIÓN	OTRAS OPCIONES
Nivel 1 Intermitente	No se requiere medicación diaria. B ₂ agonista de corta acción según sea necesario	
Nivel 2 Leve Persistente	Glucocorticoides inhalados ($\leq$ 500 µg Beclometasona ó equivalente) B ₂ Agonista de corta acción según sea necesario.	* Teofilina de liberación sostenida
Nivel 3 Moderada Persistente	Glucocorticoides inhalados (200-1000 µg DBP ó equivalente) + B ₂ agonista de acción prolongada (Salmeterol y Formoterol)	* Glucocorticoides inhalados (500-1000 µg DPB ó equivalente) + Teofilina de liberación prolongada * Glucocorticoides inhalados (500-1000 µg DPB ó equivalente) + agonista B ₂ de acción prolongada, o * Glucocorticoides inhalados a dosis más altas (>1000 µg DPB ó equivalente) o * Glucocorticoides inhalados (500-1000 µg DPB ó equivalente) + modificador de leucotrienos.

CONTINUACION...

NIVEL DE GRAVEDAD	MEDICACIÓN	OTRAS OPCIONES
Nivel 4 Severa Persistente	Glucocorticoides inhalados (>1000 µg DPB ó equivalentes) + Agonista B ₂ de acción prolongada + uno ó más de los siguientes si es necesario: a. Teofilina de liberación prolongada b. Modificador de Leucotrieno c. Esteroides orales d.	
Para todos los niveles una vez se consigue y mantiene el control del Asma, durante al menos tres meses, debe intentarse una reducción gradual del tratamiento de mantenimiento para identificar el Tx mínimo necesario para mantener el control.		

Cuadro NC 3. Adaptado del GINA, Pág. 131

GRAVEDAD DE LOS ATAQUES DEL ASMA.

PARÁMETRO	LEVE	MODERADA	GRAVE	PARADA RESPIRATORIA INMINENTE
Disnea	Andando Puede acostarse			
Hablar en	Párrafos	Frases cortas	Palabras	
Estado de alerta	Puede estar Agitado	Usualmente agitado	Usualmente agitado	Somnoliento o confuso
Frecuencia respiratoria	Aumentada	Aumentada	A menudo > 30/ min.	

GUÍA PARA FRECUENCIAS DE RESPIRACIÓN ASOCIADAS CON DISTRÉS RESPIRATORIO EN NIÑOS DESPIERTOS				
	Edad < 2 meses 2-12 meses 1-5 años 6-8 años		Frecuencia normal < 60 / min. < 50 / min. < 40 / min. < 30 / min.	
Músculos accesorios Y retracciones Supraesternales	Usualmente no	Usualmente	Usualmente	Movimiento paradójico Toraco-abdominal
Sibilante	Moderado, a menudo Sólo al final de La respiración	Alto	Habitualmente alto	Ausencia de sibilancias
Pulso / min.	< 100	100-120	> 120	Bradycardia
GUÍA DE LOS LÍMITES DE LA FRECUENCIA DE PULSO NORMAL EN NIÑOS				
Bebés Preescolares Edad Escolar	2-12 meses 1-2 años 2-8 años	- Frecuencia normal < 160 / min. - Frecuencia normal < 120 / min. - Frecuencia normal < 110 min.		
PEF después del broncodilatador inicial % estimado % mejor personal	Alrededor de 80%	Aproximadamente 60-80%	≤ 60% estimado o mejor valor personal (100 l / min. adultos) o la respuesta dura ≤ 2 horas	
PaO ₂ (en aire)* y/o PaCO ₂ *	Normal. Normalmente no es necesario al análisis ≥ 45 mmHg	≥ 60 mmHg ≤ 45 mmHg	≤ 60 mmHg: posible cianosis ≥ 45 mmHg: posible insuficiencia respiratoria	
SaO ₂ (en aire)*	> 95%	91-95%	< 90%	
La hipercápnia (hipoventilación) se desarrolla más rápidamente en niños pequeños que en adultos y adolescentes.				

Cuadro N° 4. Adaptado de Gina, Pág. 149.

La presencia de varios parámetros, pero no necesariamente todos, indica la clasificación general del ataque.

* Los kilopascales también se usan internacionalmente; en este sentido, podría ser adecuada la conversión.

TRATAMIENTO DE EXACERBACIONES EN EL NIVEL LOCAL.

Las exacerbaciones del asma (ataques de asma) son episodios de un aumento progresivo de acortamiento de la respiración, tos, sibilancias u opresión torácica, o una combinación de estos síntomas, antes es importante:

- No subestimar la gravedad de una exacerbación; las exacerbaciones de asma graves pueden ser una amenaza para la vida (Cuadro N° 4)
- Los pacientes de alto riesgo de muerte relacionada con el asma son aquellas con:

SÍNTOMAS

- Historia de asma casi fatal
- Hospitalización o visita de urgencia por asma en el pasado año, o intubación previa por asma.
- Uso actual, o reciente interrupción, de glucocorticosteroides orales.
- Dependencia excesiva de los agonistas B₂ inhalados de acción rápida.
- Historia de problemas psicológicos o negación del asma o de su gravedad.
- Historia de incumplimiento del plan de medicación para el asma.

IX. NIVELES DE ATENCIÓN.

La gravedad de la exacerbación del asma determina el nivel de atención que debe manejar el paciente.

El primer nivel de atención (Unidad de Salud) debe atender los pacientes con exacerbaciones leves de acuerdo a los siguientes pasos:

1. Determinar la gravedad de la exacerbación según cuadro N° 4
2. Si se clasifica la exacerbación como leve su tratamiento es el siguiente:
 - Agonista B₂ inhalados de acción rápida (Salbutamol) en forma inhalada 2 puff con uso de espaciador si es necesario, o por uso de nebulización a 0.15 mg/Kg/dosis o el equivalente a 5 mg de Salbutamol en solución p/ nebulizar, cada 20 minutos #3 en la primera hora.
 - Luego hay que valorar la respuesta al tratamiento inicial.

La respuesta es buena si:

- Los síntomas desaparecen después del agonista B₂ y su alivio se mantiene durante 4 horas.
- El PEF es mayor de 80% estimado o del mejor valor personal

Acciones a formar:

- Se puede continuar con el Agonista B₂ cada 3-4 horas durante 1-2 días.
- Control con médico a las 48 horas para evolución y seguimiento.

La respuesta al tratamiento inicial es incompleta si:

- Los síntomas disminuyen pero vuelven en menos de 3 horas después del tratamiento inicial con Agonista B₂.
- El PEF es un 60-80% del estimado o del mejor valor personal.

Acciones a formar:

- Añadir Glucocorticoides orales.
- Añadir Anticolinérgicos inhalados
- Mantener el Agonista B₂
- Referirlo al nivel pertinente de atención.

La respuesta al tratamiento inicial es: POBRE, si los síntomas persisten o empeoran a pesar del tratamiento inicial con Agonistas B₂, entonces se debe:

- Mantener vía aérea permeable.
- Colocación de oxígeno.
- Repetir el B₂ Agonista inmediatamente.
- Tomar vena.
- Transportar inmediatamente al servicio de urgencias del hospital más cercano.

Si se clasifica la exacerbación como MODERADA a GRAVE, se debe hacer lo siguiente:

- Vía aérea permeable.
- Colocación de oxígeno por bigotera o mascarilla a 3-4 ATS/min.
- Tomar una vena para administración de LEV (SSN ó Hartman)
- Si hay en nivel local esteroide EV, administrar Metilprednisolona 1 mg/Kg de peso/ dosis ó 40 mg EV. #1
- Administrar nebulización con B₂ Agonista (Salbutamol) 10-15 gts.+ 3cc SSN c/ 20 min. #3
- Transportar al paciente inmediatamente a la unidad de emergencia del hospital más cercano.

Los ataques de asma requieren tratamiento inmediato:

- Los agonistas B₂ de acción rápida en dosis adecuadas son esenciales. Si no se dispone de medicación inhalada, puede pensarse en los broncodilatadores orales.
- Los corticosteroides orales introducidos precozmente en el curso de un ataque moderado o grave ayudan a revertir la inflamación y acelerar la recuperación.
- Se administra oxígeno en centros de salud u hospitales si el paciente está hipoxémico.

- No se recomiendan las metilxantinas si se usan además de dosis altas de agonistas B₂ inhalados. Sin embargo, puede utilizarse teofilina si no se dispone de agonistas B₂ inhalados. Si el paciente ya está tomando teofilina diariamente, debe medirse la concentración sérica antes de añadir teofilina de acción corta.
- La epinefrina (adrenalina) puede estar indicada para el tratamiento agudo de anafilaxia o angioedema.

Los tratamientos no recomendados para tratar los ataques son:

- Sedantes (estrictamente prohibidos).
- Fármacos mucolíticos (podrían empeorar la tos).
- Tratamiento físico para el pecho /fisioterapia (podrían aumentar la incomodidad del paciente).
- Hidratación con grandes volúmenes de fluidos para adultos y niños mayores (podría ser necesaria para niños pequeños y bebés).
- Antibióticos (no indicados para tratar los ataques, pero sí están indicados para los pacientes que además tienen neumonía o una infección bacteriana como sinusitis).

Los ataques leves pueden tratarse en casa si el paciente está preparado y tiene un plan personal de manejo del asma que incluya niveles de acción.

Los ataques moderados pueden requerir, y los graves requieren habitualmente, atención en una clínica u hospital.

X. CRITERIOS DE REFERENCIA.

Los pacientes deben ser referidos al segundo nivel cuando:

Paciente es catalogado como clase intermitente con una de las siguientes condiciones:

- Necesidad de establecer un diagnóstico de certeza
- Necesidad de realizar espirometría
- No controlable, a pesar del tratamiento adecuado (3-6 m)
- Necesidad de controlar factores agravantes.
- Paciente catalogado como clase leve persistente con una de las condiciones anteriores.
- Paciente catalogado como clase moderada o severa persistente.
- Paciente catalogado como crisis de severidad moderada o mayor.

Se referirá a tercer nivel o neumología a todo paciente catalogado como asmático con una o más de las siguientes condiciones:

- Crisis que amenazo la vida
- Sin control o estabilidad después de tratamiento adecuado (3-6 m)
- En clase moderada y severa persistente
- Que requiere dosis altas de esteroides inhalados o esteroides orales continuamente
- Signos y síntomas atípicos o problemas en el diagnostico diferencial
- Otras condiciones complicando el asma o su diagnostico (sinusitis, pólipos, rinitis, reflujo etc.)
- Necesidad de realizar estudios adicionales
- Necesidad de una guía educacional adicional
- Otros (problemas psiquiátricos, embarazo, asma ocupacional, evaluación preoperatorio, etc.)
- Signos y síntomas atípicos
- Problema diagnóstico
- Controlar factores agravantes
- Necesidad de pruebas diagnosticas adicionales
- Precisa educación y guía de las complicaciones terapéuticas
- Historia o presencia de sustancia ocupacional, ambiental o ingerida.
- Considerada para inmunoterapia
- Con problemas psiquiátricos, Psicosociales o familiares.

3.8 GUÍA DE ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS

I. DEFINICIÓN:

Existencia de gérmenes patógenos en la orina, la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata. En la mayoría de los casos, el crecimiento de 10 ufc/ml en una muestra de orina adecuadamente obtenida, significa infección.

DEFINICIONES

- Infección Recurrente cuando hay más de tres episodios por año. Ante la presencia de IVU recurrente en una mujer se debe solicitar Urocultivo Pielograma Endovenoso para descartar malformación congénita.
- La Cistitis en el varón están producidas por los mismos gérmenes que en la mujer, se presentan con una frecuencia menor y se consideran IVU complicadas.
- Bacteriuria Sistemática, la presencia de leucocitos en orina y crecimiento de bacteria en una cantidad mayor a 10 ufc/ml, de un microorganismo en cultivo puro en dos muestras diferentes y en ausencia de síntomas. Se debe realizar tratamiento sólo en algunas situaciones.
- Infecciones Urinarias Complicadas en: Embarazo, Diabetes, Inmunosupresión, manipulación Urológica reciente, trastornos estructurales o funcionales del tracto urinario, Síntomas de más de una semana de duración; enfermedad médica subyacente.

II . EPIDEMIOLOGÍA:

La IVU es una de las patologías más frecuentes de infección bacteriana vista por el médico y afecta a cualquier persona independiente de su grupo etáreo.

En el primer año de vida, éstas ocurren más frecuentemente en varones, luego su incidencia es mayor en niñas debida a la uretra más corta y el vestíbulo vaginal puede ser fácilmente contaminado con la flora fecal. Se da en el 1 al 3% de las jóvenes de edad escolar, su frecuencia aumenta al iniciar la actividad sexual en adolescentes.

Cerca del 20% de las mujeres adultas desarrollan al menos un episodio durante toda su vida. En hombres, la longitud de la uretra y las propiedades antibacterianas del líquido prostático poseen protección hasta cerca de los cincuenta años de edad. Después de esta edad, la hipertrofia prostática es más común y con ella la obstrucción y por ende la infección.

III. **ETIOLOGÍA**

Las IVU son un síndrome miccional en que se excluyen causas como Vaginitis, uretritis, prostatitis, etc. Y la presencia de leucocitos en orina; puede hacerse el diagnóstico de infección urinaria sin necesidad de realizar Urocultivo.

Muchos microorganismos distintos pueden infectar las vías urinarias, pero los agentes habituales son los bacilos gramnegativos. Los más frecuentes son:

- Escherichia Coli origina el 80% de las infecciones agudas en personas sin riesgos.
- Proteus y Klebsiella los aislados con más frecuencia en personas con litiasis.
- Enterobacter.
- Serratia y Pseudomona

Entre los grampositivos están:

- Staphylococcus saprophyticus
- Streptococcus agalactie
- Enterococos: Indica infección mixta o patología urinaria orgánica
- Staphylococcus aureus: Ante su presencia debe descartarse la vía hematógica si el paciente no es portador de sonda urinaria.
- Cándida: Más frecuente en diabéticos, pacientes con sonda urinaria y
- Pacientes que han recibido tratamiento antibiótico previamente.

FACTORES DE RIESGO:

Factores que favorecen el apareamiento de infecciones de vías urinarias son:

- La actividad sexual (factor mecánico)
- Situaciones que alteran la flora normal de la vagina (Menopausia, uso de espermicidas)
- El Embarazo
- La existencia de obstrucción urinaria (Prolapso uterino, Rectocele o Cistocele)
- La Difusión neurógena.
- El reflujo Vesicoureteral
- Los factores genéticos son circunstancias que favorecen la presentación de las infecciones de orina.

IV. **PREVENCIÓN:**

Para poder prevenir las infecciones de vías urinarias es necesario identificar los factores de riesgo y tratarlos adecuadamente, así si hay un problema mecánico de obstrucción, la eliminación de dicha disfunción puede ser suficiente para evitar una IVU, el orinar después de una relación sexual o el uso de profilaxis antibiótica post-coital es otra medida preventiva a considerar sobre todo en la población joven con infecciones recurrentes.

De igual importancia en los pacientes con Infección de vías urinarias ya diagnosticada es importante darles consejería para evitar las complicaciones de la misma y debe abordarse lo siguiente:

- Dar a conocer los mecanismos de transmisión
- Signos y síntomas de la enfermedad
- Importancia de conocer la enfermedad y sus complicaciones al no cumplir el tratamiento indicado y las medidas preventivas como la ingesta de líquidos adecuadamente.

V. CLASIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN DE LA PATOLOGÍA

Las IVU pueden dividirse en dos categorías anatómicas:

A. INFECCIONES DE LAS VÍAS BAJAS

- Uretritis
- Cistitis
- Prostatitis

B INFECCIONES DE LAS VÍAS ALTAS

- Píelo nefritis aguda

VI. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

A. EN LA PATOGÉNESIS DE LA IVU ES NECESARIO TENER CLARO LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

- **BACTERIURIA:** Es la presencia de bacterias en la orina
- **BACTERIURIA ASISTEMATICA:** La presencia de un número mayor o igual a 100,000 unidades formadoras de colonias por mililitro (ml) en un paciente libre de síntomas.
- **BACTERIURIA NO RESUELTA:** Es cuando nunca se esterilizan las vías urinarias durante el tratamiento
- **BACTERIURIA PERSISTENTE:** Cuando se esterilizan las vías urinarias al inicio del tratamiento; pero permanece una fuente de infección en contacto con las vías urinarias resultante de cálculos infectados, Pielonefritis, Prostatitis Crónica, fisura vesicoentéricas o vesico-vaginales, uropatías obstructivas, cuerpos extraños o divertículos uretrales.
- **REINFECCIÓN:** Cuando se presentan infecciones nuevas con microorganismos nuevos, después de un tratamiento con éxito.

B. CUADRO CLÍNICO: DENTRO DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE EL PACIENTE PUEDE PRESENTAR Y OTROS DATOS CLÍNICOS TENEMOS:

1. Síndrome Miccional:
 - Dolor en zona lumbar
 - Urgencia
 - Retención urinaria
 - Poliaquiuria
 - Náuseas y/o vómitos
 - Disuria
 - Dolor perineal
 - Tenesmo vesícula
 - Dolor suprapúbico
2. Malestar General
3. Fiebres con o sin escalofríos
4. Hematuria
5. Dolor en Flanco

C. EXAMEN FÍSICO

- Puntos Uretrales dolorosos
- Puño precisión renal positiva
- En prostatitis se detecta una próstata caliente y sensible al tacto
- La hipertensión y la alteración del estado de conciencia es frecuente encontrarlos en pacientes Adultos (as) Mayores.

VII. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

LABORATORIO

- **Examen general de orina:**
 1. Recolección de Muestra: De preferencia la muestra debe ser la primera orina de la mañana previa limpieza de la zona.
 2. **Análisis de orina con cinta reactiva:**
 - a) pH: Es el intervalo entre 5 y 8, útil en el diagnóstico de algunos padecimientos urológicos. Orina alcalina sugiere la presencia de *Proteus mirabilis*, *Klebsiella*, *Pseudomona*, *Providencia* y *Staphilococcus*. Orina ácida sugiere cálculos de ácido Úrico y Cistina.
 - b) Proteínas: puede estar o no presente en el análisis de orina; su presencia puede estar influenciada por fiebre y ejercicio. Cuando su valor es mayor de 150 mg/dl deberá investigarse otro tipo de patología.

- c) Urobilinógeno: normalmente se excreta de 1 a 4 mg/dl
- d) Glucosa: Normalmente no se encuentra, su presencia obliga a realizar estudio para evaluar Diabetes Mellitus.
- e) Cetona: Casi nunca se encuentran cetonas en orina; pero el ayuno, estados posteriores a ejercicios y embarazo puede incrementarlas (así como la diabetes)
- f) Nitritos: En condiciones normales no existentes. Su presencia sugiere infección por gram negativos.
- g) Sangre: La presencia de sangre no implica infección de vías urinarias. La cinta reactiva mide eritrocitos intactos, hemoglobina, su presencia amerita otro tipo de estudio.

3. Análisis Microscópico:

- a) **Leucocitos:** La presencia arriba de 10 leucocitos por campo es sugestiva aunque puede encontrarse en otras patologías renales crónicas.
- b) **Eritrocitos:** La presencia de más de 5 eritrocitos por campo se consideran patológica y debe investigarse (durante la menstruación y hasta dos o tres días después, no deberán realizarse análisis de orina.
- c) **Células epiteliales:** ocasionalmente pueden estar presentes.
Bacterias y/o levaduras: Su presencia en muestras no contaminadas indica infección lo cual debe confirmarse con un cultivo. Debe ser especial si se sospechan hongos. Las leucociturias y bacteriurias significativas a menudo se presentan juntas aunque no siempre.

Las principales causas de leucociturias “bacterianas” son: IVU en fase curativa, glomerulonefritis crónicas, infecciones por gérmenes que no crecen en los medios de cultivos usuales, tales como tricomonas, neiseria, micoplasmas, virus, micosis, mycobacterias (tuberculosis)

d) Cilindros:

- 1. La presencia de cilindros leucocitarios sugiere pielonefritis
- 2. Los cilindros eritrocitarios sugieren glomerulonefritis o vasculitis.
- 3. Cilindros hialinos son inespecíficos y pueden encontrarse con la orina normal.
- 4. Cilindros granulados son inespecíficas y suelen ser patológicas. Pueden encontrarse como hallazgo de la infección tubular aguda y glomerulonefritis.

e) Cristales:

1. La presencia de cristales de ácido Úrico, oxalato cálcico y fosfato cálcico pueden estar presentes en personas normales, así como en pacientes que forman cálculos quienes ameritan estudio más amplio
2. Los cristales de cistina implican cistinuria lo cual es patológico

• Urocultivo:

1. Recolección de muestra:

- a) Instruir al paciente sobre la técnica adecuada y tomar en cuenta que la muestra debe ser de preferencia la primera orina de la mañana:
 - Limpieza de la zona con agua y jabón
 - Tomar la muestra a mitad de chorro urinario
 - Utilizar frasco estéril (hervido)

“Se considera Urocultivo positivo cuando es igual a 10^5 UFC x ml. En pacientes con condiciones especiales, recuentos de 10^3 - 10^4 UFC X ml, también sugiere infección”.

- Leucograma: En ciertas condiciones, puede presentarse leucocitosis con neutrofilia; aun que, la presencia de un leucograma normal no excluye el diagnóstico.

En casos en que se sospeche patologías subyacentes o una complicación derivada de la IVU, se deberá efectuar los siguientes exámenes:

- Hemograma completo
- Glucosa
- Nitrógeno Ureico
- Creatinina
- Ácido Úrico } Sospecha de litiasis
- Calcio }
- Fósforo }
- VDRL } Cuando exista cuadro de uretritis gonocócica
- HIV }

El Cultivo de la orina es el procedimiento diagnóstico más importante, y constituye la prueba firme de infección. Existen métodos rápidos de detección de bacteriuria que utilizan fotometría o bioluminiscencia; comparados con los cultivos de orina estas técnicas tienen una sensibilidad de 95 a 98% y un valor predictivo negativo superior a 99% en presencia de bacteriuria $>10^5$ ufc/ml, con recuentos inferiores la sensibilidad disminuye a un 60-80%.

La presencia de leucocitos en orina es un indicador muy sensible de IVU en los pacientes sintomáticos, la piuria se demuestra en casi todas las IVU bacterianas y su ausencia cuestiona el diagnóstico.

El test de leucocitoesterasa (tiras reactivas) es un método menos sensible que la identificación de piuria en el microscopio pero es una alternativa útil y fácilmente disponible, la piuria en ausencia de bacteriuria (piuria estéril) puede indicar infecciones con agentes bacterianos no usuales como *C. Trachomatis*, *U. urealyticum* y *Mycobacterium tuberculosis* o infección por hongos, las alteraciones urológicas no infecciosas (cálculos, anomalías anatómicas etc.) también pueden ser causa de piuria estéril.

Aunque se ha recomendado que se debe realizar cultivo de orina y antibiograma ante cualquier paciente con sospecha de IVU; si se trata de una mujer una crisis no complicada es más práctico y eficiente recomendar tratamiento empírico tras confirmar la presencia de piuria.

Sin embargo el cultivo debe realizarse cuando hay dudas sobre el diagnóstico, si hay sospecha de infección de tracto urinario superior, en las infecciones recidivantes y en las infecciones complicadas. En pacientes sintomáticos iniciaremos el tratamiento tras recoger la muestra sin esperar al resultado de urocultivo.

B. GABINETE:

Los estudios de gabinete están indicados en aquellos pacientes que presentan IVU atípica, prolongadas y/o recurrentes. Su abordaje debe iniciar con el método más simple, menos invasivo y más barato.

- Radiografía simple de abdomen: Útil en caso de sospecharse uropatías obstructiva (litiasis).
- Ultrasonografía: Útil ante la sospecha de uropatía obstructiva, presencia de abscesos o colecciones peri renales y/o quistes.
- Pielograma endovenoso: indicado en aquellos pacientes con hematuria, piuria persistente, cólico nefrítico y anomalías congénitas. Este procedimiento debe evitarse en cuadro Pielonefritis o cólico nefrítico en fase aguda. En caso de necesitarse, debe efectuarse estudio de la función renal, sobre todo en pacientes de alto riesgo como diabéticos, ancianos o con nefropatía previa.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Vaginitis
- Uretritis
- Prostatitis
- Apendicitis
- Síndrome de Colón Irritable
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria

VIII. TRATAMIENTO

A. OBJETIVOS:

- Esterilizar el tracto urinario
- Prevenir la reinfección
- Evitar daño renal posterior

B. MEDIDAS TERAPEUTICAS

1. Educación:

- a. Higiene
- b. Ingesta abundante de líquidos
- c. Micción post-coito
- d. Evitar coito anal
- e. Al tener sintomatología urinaria efectuar examen general de orina y urocultivo.

El tratamiento debe individualizarse ya que las enfermedades adyacentes y las condiciones propias de cada paciente darán las pautas para el tratamiento farmacológico, sin olvidar que este dependerá del agente etiológico que esté produciendo la infección y su sensibilidad y resistencia (Urocultivo-Antibiograma), pero en la mayoría de casos siempre deberá comenzarse por la corrección de los factores que pueden estar produciendo la enfermedad.

Se manejarán en forma ambulatoria aquellos (as) pacientes con infecciones en vías urinarias como:

- Bacteriuria asintomática
- Cistitis aguda no complicada
- Pielonefritis aguda no complicada

Se ingresará aquellos pacientes que presenten náuseas, vómitos, fiebre alta mayor de 39° C y compromiso del estado general para iniciar tratamiento por vía parenteral.

TRATAMIENTO MEDICO ESPECIFICO Y EVOLUCION

- Antipiréticos tipo Acetaminofén, tabletas de 500 Mgs. cada 6 horas por 5 días a 7 días.
- Trimetoprin Sulfametaxasol (TMP/STM) 160/180, cada 12 horas por 3 días, ó
- Amoxicilina más ácido Clavulánico 500 Mg, cada 8 horas por tres días
- Ciprofloxacina 500 Mgrs. cada 12 horas por 3 días, ó
- Nitrofurantoina 100 Mgrs. cada 6 horas por 7 días

Si desaparecen los síntomas y no hay factores de riesgos, no es preciso realizar cultivo postratamiento, si persisten los síntomas sospechar resistencia y realizar Urocultivo y tratar según Antibiograma.

IX. PREVENCIÓN DE REINFECCIÓN:

- Se administra profilaxia antibiótica para evitar alguna reincidencia después del tratamiento de las infecciones de las vías urinarias, las mujeres que tienen más de tres episodios de cistitis por año se consideran idóneas para la profilaxia.
- Antes de instituir el tratamiento, se justifica un minucioso examen urológico para excluir cualquier anomalía asintomática (cálculos, reflujo, fístulas, etc.)
- Sólo algunos antimicrobianos seleccionados son eficaces en la profilaxis. Para que tenga éxito, el agente debe eliminar a las bacterias patógenas de los reservorios fecal o intracoital, sin original resistencia bacteriana.

X. NIVELES DE ATENCIÓN

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Deberán realizarse tratamiento a todos cuadro de infección de vías urinarias en la que no exista complicación evidente, si esta condición se presentará deberá acudir a un siguiente nivel de atención.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Será necesario referir cuando las infecciones de vías urinarias se presentan con uno o más de los siguientes aspectos:

- Infecciones de vías urinarias o repetición
- Cistitis Crónicas
- Cálculos Urinarios
- Hematurias persistentes
- Enfermedad Quística Renal
- Evaluación de creatinina y nitrógeno urinario persistente
- Anormalidades Anatómicas
- Vejiga neurogénica
- Infección de vías urinarias en pacientes con diabetes y/o embarazo

En tales casos el seguimiento debe ser muy cuidadoso y referirlo a un centro de 2º. Nivel de Atención, si o se resuelve favorablemente deberá valorarse su referencia a un Tercer Nivel.

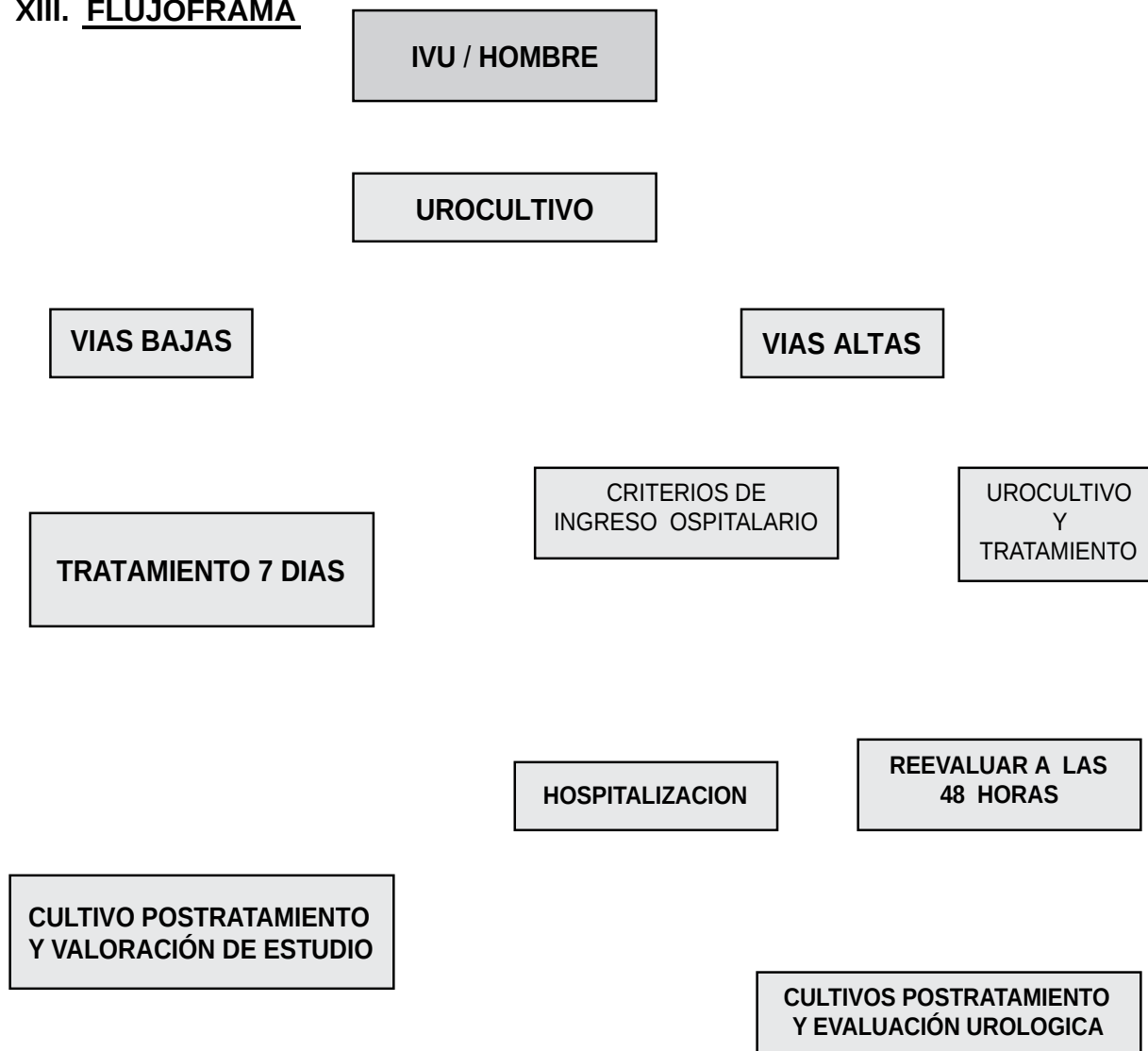
XI. EFECTOS DE LA INFECCION DE VIAS URINARIAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las infecciones de vía urinarias y la salud sexual están íntimamente relacionadas ya que existen algunas infecciones de transmisión sexual que pueden manifestarse por disuria como las infecciones gonocócicas y por clamidia, a la vez el mismo acto sexual y ciertas conductas sexuales (coito anal, homosexualidad), la ausencia de circuncisión, pueden predisponer al apareamiento de infecciones de vías urinarias.

XII. CRITERIOS DE REFERENCIA Y RETORNO

CONTROL Y SEGUIMIENTO

- Se aconseja la toma de un urocultivo dos semanas después de haber concluido el tratamiento.
- Se recomienda un uroanálisis mensual a los pacientes que tiene sondas vesicales permanentes y el cambio de estas por lo menos cada quince días, mediante una correcta técnica aséptica.
- En pacientes controlados ambulatoriamente se dará el alta una vez se haya confirmado la esterilidad de la orina mediante el urocultivo a las dos semanas posteriores al término de tratamiento.
- Se referirá para ingreso hospitalario si el estado general del paciente esta afectado, ante la presencia de litiasis o alteración de la vía urinaria, no se tolera la vía oral, Ancianos(as), Embarazadas, Riesgo de Insuficiencia Renal, personas inmunodeprimidas, para estudios urológicos y tratamiento adecuado.

XIII. FLUJOGRAMA

Las cistitis en el hombre están producidas por los mismos gérmenes que en la mujer, se presentan con una frecuencia mucho menor y se consideran IVU complicadas. Se sospecha por los síntomas clásicos de disuria, poliaquiuria, urgencia miccional, tenesmo vesical y dolor suprapúblico. Se debe recoger muestra para urocultivo antes de iniciar el tratamiento.

3.9 GUÍA DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD REUMÁTICA

I. DEFINICIÓN:

Se tiene la idea errónea de que las artritis, solo es un padecimiento de gente de edad avanzada, de que las poliartralgias o poliartritis son o artritis reumatoidea o fiebre reumática. A excepción de las artritis sépticas, su origen es desconocido, por lo tanto el abordaje terapéutico, sólo es paliativo, a continuación se presentan algunas definiciones:

- **Artralgias:** Dolores articulares subjetivos sin signos objetivos, clínicos ni radiológicos.
- **Artritis:** Se define como hinchazón de una articulación o limitación de movimiento de la misma con aumento de la temperatura, dolor o dolor a la presión.
- **Artrosis:** Alteración degenerativa del cartílago articular.
- **Bursitis:** Inflamación de una bolsa sinovial.
- **Epicondilitis:** Es un proceso doloroso que afecta a los tejidos blandos en la cara externa del codo.
- **Sinovia:** Es el líquido articular fisiológico, segregado por las capas internas de las partes blandas articulares. En articulaciones existen gotas hasta 4 a 6 cc, no más.

II. EPIDEMIOLOGIA:

Los síntomas reumáticos, tales como dolor, tumefacción, limitación de la movilidad, son extraordinariamente frecuentes en nuestra población. En los estudios de prevalencia se encuentra una frecuencia entre el 30-50%, siendo más frecuentes a medida que aumenta la edad, raros por debajo de los 18 años.

Estos síntomas asientan principalmente en región lumbar y cervical, rodillas, hombros y caderas, y están causados por artrosis o trastornos de las partes blandas; en la mayoría de ocasiones, las artropatías inflamatorias suponen un porcentaje mucho menor.

Otros marcadores epidemiológicos de riesgo importantes son el sexo femenino, bajos ingresos económicos, menor nivel educativo. El 60% de los que padecen alguna enfermedad reumática, refiere algún tipo de limitación para las actividades, provocan hasta un 40.5% de incapacidades laborales permanentes en individuos de 50-65 años.

III. PREVALENCIA:

A. Osteoartrósis:

Es una enfermedad heterogénea, se presenta en: Manos 32.5%; Rodillas 3.8%; Caderas 1.3%;.

Factores de riesgo: Edad >60 años, Sexo Femenino, Obesidad, Herencia, Sobrecarga física profesional o deportiva

B. Artritis Reumatoidea:

- Frecuencia: Grupos mayores de 65 años, Sexo femenino
- Incidencia: 0.2 - 0.4 casos nuevos por mil adultos / año
- Factores de riesgo:
 1. Genéticos:
 - a) HLA- DR4 y HLA-DR1
 2. Ambientales:
 - a) Virus Epstein-Barr
 3. Hormonas sexuales:
 - a) Remisión durante embarazo y menor gravedad en pacientes que habían tomado ACO
 4. Factor reumatoidea:
 - a) En personas asintomáticas es factor de desarrollo y la magnitud se relaciona con el título

C. Espondilo artropatías Inflamatorias:

- Características:
 1. Sacroileítis con o sin espondilitis
 2. Artritis periférica
 3. Ausencia de nódulos
 4. Ausencia de factor reumatoideo
 5. Agregación en familias
 6. Asociación con el HLA-B27

D. Espondilitis Anquilosante:

1. Varones (4-10:1)
2. Prevalencia paralela a la presencia de HLA-B27
3. Raza blanca
4. Incidencia 6.6/100,000 por año
5. Factores de riesgo:
 - a) HLA-B27 90%
6. Agentes infecciosos causales:
 - a) Klebsiella pneumoniae intestinal o urinario

E. Síndrome de Reiter:

1. Es un episodio de Artritis periférica de más de un mes de duración, junto con uretritis y/o cervicitis.
2. Factores de riesgo:
 - a) Infecciosos:
 - 1) Campilobacter
 - 2) Clamidia
 - 3) Salmonellas
 - 4) Yersinias
 - 5) Shigella
 - b) Genéticos:
 - 1) HLA-B27 75%
 - 2) Raza blanca.

F. Artritis Psoriática:

- Se desarrolla en un 2-10% de los enfermos de psoriasis cutánea
Raza blanca con HLA-B27 (30-70%)

G. Lupus Eritematoso Sistémico (LES):

1. Frecuencia:
 - a) 0.1-0.5 por mil
 - b) Raza negra
2. Incidencia:
 - a) 1.8-7.6 casos por 10mil
 - b) Sexo femenino 90%
3. Factores de riesgo:
 - a) Hormonales: mujer época reproductiva
 - b) Fármacos:
 - 1) Hidralazina
 - 2) Procaïn amida
 - c) Virus: Rotavirus tipo C
 - d) Herencia:
 - 1) No se conoce bien
 - 2) Blancos con HLA-DR2 y HLA-DR

H. Gota e Hiperuricemia:

Un valor superior de 7 mg/dl de ácido úrico en sangre es un incremento del riesgo de gota y/o litiasis renal.

1. Factores de riesgo: Edad: 40 años, Varones, Herencia: metabolismo de purinas, Obesidad, HTA, Alcoholismo, Diuréticos

2. Incidencia:
 - a) 4.1% varones con 8 y 8.9 mg/dl
 - b) 30.5% varones con niveles superiores a 10 mg/dl
3. Prevalencia:
 - a) 2.8 casos por mil varones
 - b) 1.5 casos por mil mujeres entre 32 y 64 años

I. Fibromialgia (FB): Crónica, no inflamatoria de partes blandas.

1. Frecuencia:
 - a) 2-4% de la población en general
 - b) 15.7% de la consulta reumatológica
2. Factores de riesgo:
 - a) Sexo femenino 80-90%
 - b) Edad de 30-50 años
 - c) No en raza negra, bajos recursos y nivel cultural
 - d) Depresión mayor
 - e) Trastornos del sueño
 - f) Traumatismos
 - g) Vida sedentaria
 - h) Alteraciones neuroendócrinas (bajo nivel serotonina y trastornos en liberación somatomedina).

J. Dolor Lumbar:

En ausencia de espondilolistesis, hernia discal y de estenosis espinal, el resto de lumbalgias deberán llamarse **DOLOR LUMBAR INESPECIFICO**, esto se debe a que artrosis lumbar o sacralización o lumbarización son diagnósticos que se demuestran en sujetos con o sin dolor lumbar.

1. Frecuencia:
 - a) Es el tercer diagnóstico después de osteoartritis y reumatismo de partes blandas.
2. Factores de riesgo:
 - a) Traumatismos
 - b) Profesiones físicamente duras
 - c) Fumado crónico
 - d) Bajo nivel cultural y económico
 - e) Depresión mayor
 - f) Alcoholismo
 - g) Reposo prolongado

K. Osteoporosis: Disminución de masa ósea por unidad de volumen con aumento de la fragilidad ósea.

1. Frecuencia: Fractura de fémur proximal que en mayores de 45 años es debido a Osteoporosis en 95%
2. Factores de riesgo:
 - a) Edad:
 - 1) Cada 5 años aumenta 13% el riesgo
 - 2) Adulto mayor: 34.% en mujeres y 27.7% en varones
 - b) Sexo: femenino en un 50% mayor
 - c) Raza: blanca
 - d) Baja ingesta de calcio
 - e) Fractura trabecular previa
 - f) Alcohol y tabaco
 - g) Vida sedentaria
 - h) Ausencia exposición solar
 - i) Caídas
3. Incidencia:
 - a) En España: 33 mil fracturas cuello de fémur al año
 - b) Mortalidad del 20% en los primeros 6 meses después de esta fractura

IV. PREVENCIÓN:

En general el apareamiento de la artritis no es prevenible por lo que el diagnóstico y el tratamiento precoz es de vital importancia para evitar el daño a las articulaciones.

Existen algunas lesiones de los tejidos blandos, que son debidas a su uso excesivo y por lo tanto son prevenibles como las bursitis, tendinitis, y algunos incluyen a la osteoartritis entre otras; por lo que en estos casos es importante corregir la situación desencadenante como el sobrepeso, la posición o técnica incorrecta en la ejecución de un trabajo o deporte.

Así mismo, es importante estar consiente del daño que podría producir a las articulaciones las actividades cotidianas para tratar de evitar los esfuerzos excesivos de las mismas, de igual manera hay que evitar sobre cargar el trabajo en un articulación lesionada.

V. CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

ARTRITIS REUMATOIDE.

1. Rigidez matutina superior a una hora, presente durante al menos 6 semanas.
2. Inflamación de 3 ó más articulaciones con una duración superior a las 6 semanas.

3. Inflamación de muñeca, articulaciones metacarpofalángicas próximas, durante 6 ó más semanas.
4. Inflamación articulaciones carácter simétrico.
5. Cambios radiológicos típicos de artritis reumatoidea en las manos: erosiones u osteoporosis yuxtaarticular indudable.
6. Nódulos reumatoides
7. Factor reumatoideo.

Según estos criterios revisados por ARA, se puede clasificar a un paciente como portador de artritis reumatoidea cuando reúna 4 ó más criterios.

Se puede considerar que un paciente es portador de LES si reúne 4 ó más de los anteriores criterios de forma seriada o simultanea durante cualquier intervalo de observación.

ARTRITIS GOTOSA AGUDA:

1. Presencia de cristales de urato en el líquido sinovial.
2. Fotón en los que se haya demostrado a existencia de cristales de urato por procedimiento químicos o por microscopios de luz polarizada.
3. Presencia de 6 ó más de los siguientes hallazgos clínicos, analíticos y/o radiológicos.
 - a. Más de un episodio de artritis aguda.
 - b. Desarrollo de la inflamación articular máxima de 24 horas.
 - c. Ataques de artritis monoarticular.
 - d. Eritema en la piel que recubre la articulación inflamada.
 - e. Dolor o inflamación de la primera articulación metatarsofalángica.
 - f. Artritis unilateral afectando la primera articulación metatarsofalángica.
 - g. Afectación unilateral del tarso.
 - h. Sospecha de tofo.
 - i. Hiperuricemia
 - j. Tumefacción asimétrica radiológica en partes blandas.
 - k. Demostración radiológica de la presencia de quistes subcorticales sin erosiones.
 - l. Cultivo negativo del líquido sinovial.

APOYO PARA EL DIAGNOSTICO:

Las enfermedades reumáticas deben ser estudiadas de una manera lógica, mediante historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio apropiadas para llegar a un diagnóstico específico.

Ciertos aspectos del paciente como edad, sexo, raza y antecedentes familiares proporcionan una información valiosa en el enfoque de la patología, de acuerdo al cuadro siguiente:

EDAD:	Fiebre reumática, Lupus Eritematoso Síndrome Reiter	JOVENES
	Fibrositis	EDAD MEDIA
	Artrosis, Poli mialgias	ANCIANOS
SEXO:	Espondilitis anquilosante, Gota	HOMBRES
	Artritis reumatoidea, Lupus Eritematoso Fibrosis	MUJERES
RAZA	Poli mialgias reumáticas, Artritis de células gigantes	BLANCOS
	Artrosis	NEGROS
AGREGACION FAMILIAR	Espondilitis anquilosante, Gota Artritis reumatoidea	

La forma de la presentación clínica, también proporciona datos importantes. El comienzo agudo es característico de la artritis séptica, y en la gota y en la artrosis son presentaciones más insidiosas. Deben investigarse las situaciones desencadenantes como traumatismos, fármacos o enfermedades anteriores, frío, alimentos, etc.

Hay que explorar si hay compromiso Sistémico:

- Fiebre
- Pérdida de peso
- Fatiga
- Adinamia como manera general. Y específicamente, si hay afectación de:
- Ojos: Bhecet, espondilitis, Sarcoidosis
- Piel: Lupus Eritematoso, Reiter, Fiebre Reumática
- Tubo Digestivo: Esclerodermia, Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Tracto Urinario: Reiter, Gonococcemia
- Sistema Nervioso: Vasculitis, Lupus, Enfermedad Lyme
- Riñón: Lupus Eritematoso
- Membrana Serosa: Artritis reumatoidea, Lupus Eritematoso.

Mediante el examen físico debe explorarse si hay inflamación (artritis) o solo dolor (Artralgia) o si son estructuras aledañas a la Sinovia (Bursitis, tendinitis, osteomielitis, síndrome túnel de carpo, Osteoporosis, Polimiositis, Fibromialgia. Además evidencia de tumefacción, rubor, calor, limitación de movimientos articulares, valoración de fuerza muscular.

La patología articular inflamatoria suele acompañarse de rigidez matutina prolongada, por lo general superior a una hora en contra posición a la patología degenerativa, donde la rigidez suele ser mínima y tras el reposo. Además deberá evaluarse la presencia de impotencia funcional con preguntas concretas:

- ¿ Puede llevarse las manos a la espalda? (Hombro)
- ¿Puede llevar la cuchara a la boca? (Codo)
- ¿ Puede calzarse, o cruzar las piernas estando sentado? (cadera)
- ¿Puede agacharse? (columna lumbar)
- ¿Puede girar la cabeza? (columna cervical).

DOLOR LUMBAR INESPECIFICO (LUMBALGIA).

Ciertas cualidades del dolor pueden indicar un diagnóstico específico:

1. Dolor que se irradia hacia los glúteos debajo de las rodillas sugiere hernia de disco, Sacroileítis, estenosis vertebral o irritación del nervio ciático.
2. Dolor que durante la noche no se alivia con el descanso sugiere posibilidad de malignidad (metástasis y tumor de la cauda equina) o de fracturas por compresión como son mielomas u osteoporosis.
3. Dolor que empeora con el descanso y mejora con la actividad resulta característica de la espondilitis Anquilosante o de otras Espóndilo artritis seronegativas.
4. Lumbalgia que hace que el paciente se retuerza puede ser un cólico renal o un aneurisma con escurrimiento.

Dentro del examen físico hay pocos datos de patología específica. La palpación de la columna vertebral no aporta por lo general información diagnóstica; pero si los hacen la medición del movimiento vertebral y un buen examen neurológico (como el signo de Lasegue) y además las radiografías de columna lumbosacra exponen al paciente a una radiación mayor 20 veces que las del tórax y dan poca información y rara vez importante.

FIBROMIALGIA REUMATICA:

Es de notar la predominancia de las mujeres y la ausencia de las pruebas de Laboratorio diagnósticas que indiquen inflamación. La causa es desconocida, pero se han propuesto:

- Trastornos del sueño
- Depresión
- Infecciones virales
- El paciente se queja de dolor crónico y rigidez,
- Resultan comunes: fatiga, entumecimiento subjetivo, cefaleas crónicas y síndrome de colon irritable.

- Cualquier ejercicio leve desencadena dolor y fatiga sobre todo en “puntos de desencadenamiento” en cuello, epicóndilo externo en codo y cojinete graso interno de la rodilla pero en el examen físico siempre encontraremos ausencia de signos de inflamación objetivos (hay más síntomas que signos) y en el laboratorio las pruebas resultan normales. Por todo esto la Fibromialgia es un diagnóstico de exclusión.

LABORATORIO Y GABINETE:

La mayor parte de los cuadros reumáticos se pueden diagnosticar con historia y examen físico completos, sin embargo en ciertos casos pueden ser necesario estudios adicionales para establecer o confirmar sospecha diagnóstica.

Los siguientes exámenes son útiles:

- Hemograma completo: Leucocitosis en ocasiones
- Velocidad de eritrosedimentación: indicador de inflamación aguda, valores normales: Hombre 15 mm/h, mujeres 20 mm/h, pueden aumentar hasta 40 mm/hora durante la senectud.
- Proteína “C” reactiva. Elevación muy marcada > 10 mg/dl: Artritis infecciosa. Elevación moderada < 10 mg/dl: colagenosis sin infección: LES, AR, SSP, Fiebre reumática, dermatomiositis.

Se deberán realizar los siguientes exámenes para confirmar un diagnóstico específico:

- Ácido Úrico > 7 mg/dl debe complementar con la clínica para su manejo. Hiperuricemia en ausencia de gota no aumenta tratamiento.
- Factor reumatoideo (látex) puede estar presente o no en AR y puede existir en algunas enfermedades infecciosas, auto inmunes e inflamatorias de etiología incierta. Su presencia indica perpetuación y amplificación de la inflamación, como una enfermedad más grave, más destructiva y manifestaciones extra-articulares severas.
- Anticuerpos antinucleares, los títulos mayores 160 suelen detectarse en enfermedades reumáticas sistémicas.
- Complemento: participa en la inflamación de las enfermedades autoimunes su valor normal: 85 –185 mg/dl, un valor por debajo nos indica como uno de los factores de complemento y mayor inflamación.
- Antiestreptolisina O: Están elevados en un 80% de los casos, considerados positivos > 240 a todo en adultos y de 320 a todo en niños, la positividad de esta prueba indica la existencia de una infección estreptocócica reciente, lo que no es sinónimo de fiebre reumática.

Los candidatos a estudios adicionales son los que presentan: procesos inflamatorios sistémicos, traumatismos, cambios neurológicos manifestaciones generales, procesos monoarticulares, síntomas de más de seis semanas de duración.

En las enfermedades articulares las radiografías iniciales rara vez ayudan a establecer el diagnóstico y pueden mostrar únicamente tumefacción de las partes blandas o desmineralización yuxtaarticular.

A medida que la enfermedad progresa pueden desarrollarse calcificación (de tez blanda, cartílago y hueso), reducción del espacio articular, erosiones, anquilosis ósea, reformación ósea o quiste subcondrales Osteopenia, desalineamiento articular que sugiere una enfermedad específica.

La ecografía es una técnica idónea para partes “blandas” permite detectar inflamación y rotura de tendones, Bursitis, rotura de ligamentos, lesiones musculares en hombro, codo muñeca, mano, cadera, rodilla, tobillo y pie. La exploración intrarticular permite detectar derrame y Sinovitis en articulaciones poco accesible a la palpación (hombro y cadera).

Otros métodos diagnósticos son artroscopias, gama grafía con isótopos, TAC, resonancia magnética, su indicación deberá se evaluada por especialista.

CLASIFICACION

De acuerdo al número de las articulaciones se dividen en:

1. Mono Artritis: Artritis Séptica
 Gota
 Artrosis

2. 5 Articulaciones: Oligoartritis
 Espóndilo artropatías

3. Más de cinco articulaciones: Poli artritis
 Artritis Reumatoidea
 Polimiositis

4. Otros aspectos importantes:
 - Simetría: Artritis Reumatoidea
 - Asimetría: Espóndilo artropatías
 - Articulaciones Superiores: Artritis reumatoidea
 - Articulaciones Inferiores: Gota.

- Esqueleto Axial: Espondilitis anquilosante
- Articulaciones Periféricas: Artritis Reumatoidea
- Cronicidad : Artrosis
- Intermitencia: Gota
- Migratorio : Fiebre Reumática

OTRA CLASIFICACION

No inflamatorios	Inflamatorios	Pseudo/Psicógenos
Artritis generalizada Espondilosis Artrosis localizadas Hiperostosis esquelética Idiopática difusa Osteoporosis Síndrome Cervical Artritis Traumática Dorso lumbalgias mecánicas Anomalías mecánicas (meniscopatías, esguinces) Distrofias simpática refleja Hombro doloroso Tendinitis	Tenosinovitis Artritis reumatoidea Lupus eritematoso Sistémico Enfermedad mixta del tejido conectivo Síndrome Reiter Artropatía Psoriática Espondilitis Anquilosante Artritis enteropáticas Artritis crónica juvenil Artritis microcristalina Polimialgias reumática Reumatismo Poliandronico Artritis Infecciosa	Fibromialgia Síndrome de piernas inquietas Histeria

VI. TRATAMIENTO

OBJETIVO: El tratamiento está dirigido a aliviar el dolor, mantener la movilidad y reducir la discapacidad. Además reducir las posibles complicaciones extra-articulares de las enfermedades sistémicas.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS:

- A EDUCACION Y REHABILITACION:** La **rehabilitación persigue** mantener o recuperar el nivel de función más alto posible, para que los pacientes realicen sus actividades cotidianas lo mas cerca de la normalidad.

Los objetivos de la Rehabilitación son: Alivio del dolor, Prevención de la deformidad, Corrección de la deformidad ya establecida, Mejoría de la Capacidad Funcional.

B. PREVENCIÓN DE FUTURAS DISCAPACIDADES:

- **REPOSO GENERAL:** Solo está indicado en los brotes agudos de poliartritis, las ciáticas por hernia discal o las espóndilo artritis infecciosas y en duración no debe superar las dos semanas.
- **REPOSO REGIONAL:** Está basado en el uso de tablillas o férulas para inmovilizar una articulación inflamada y mantenerla en posición funcional.
- **TERAPIAS REHABILITADORAS:**
 - a. **ALIVIO DEL DOLOR** (Terapias antálgicas)
 - b. **CALOR:** Es útil porque alivia el dolor, aumenta el umbral del mismo y reduce el espasmo muscular y la rigidez articular.
 - **CALOR SUPERFICIAL:** Compresas calientes, Hidroterapia (piscina o bañera).
 - **CALOR PROFUNDO:** Rayos infrarrojos, Diatermia, Ultrasonido, estos 2 últimos, contraindicados en pacientes con marcapasos o con prótesis articulares.
 - c. **FRIO:** Está indicado en inflamaciones agudas, (artritis sobre todo microcristalina), dolores postraumáticos o posquirúrgicos, problemas de espasticidad. Puede aplicarse en forma de compresas frías, bolsas de hielo o de gel de silicona.
 - d. **ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA:** Su principal indicación son las neuropatías dolorosas y contracturas musculares.
 - e. **MASAJES:** Debe restringirse a pacientes en los que la relajación no se consigue por otros métodos.
 - f. **TRACCIÓN VERTEBRAL:** Útil en ciertas espóndilo artrosis con o sin problema discal añadido. Contraindicada en enfermedades inflamatorias.
 - g. **ACUPUNTURA:** Magnetoterapia y láser terapia se usan por practicantes quiroprácticos pero son de dudosa eficacia; sin embargo tienen un efecto placebo importante.

C. RESTAURACION DEL MOVIMIENTO DE LA ARTICULACION:

Se consigue a través del ejercicio físico, existen varios tipos:

- a. Ejercicios pasivos: son los realizados por el fisioterapeuta, están indicados en la fase aguda de las Artritis Sépticas, en el postoperatorio (cirugía ortopédica); enfermedades neurológicas y en la reducción de movilidad de los pies.
- b. Ejercicios Isotónicos: Consisten en la contracción de un grupo muscular por varios segundos, luego su relajación de forma intermitente. Indicados particularmente en las artritis agudas de la rodilla.
- c. Ejercicios Activos Asistidos: En articulaciones débiles o muy dolorosas, al fisioterapeuta inicia la movilización alertando al paciente para que la complete él mismo.
- d. Ejercicios Activos: Que consiste movilizar voluntariamente una articulación hasta el máximo tolerable por el dolor.
- e. Ejercicio Contra resistencia: Persiguen aumento de fuerza muscular, haciendo actuar al paciente contra una resistencia.
- f. Ejercicios de Estiramiento: Indicado en la prevención y tratamiento de las contracturas.

D. REEDUCACION DE LA MARCHA.

Si no hay suficiente fuerza en el glúteo mayor y otros músculos extensores como en la rodilla se hace imperativo establecer un programa de reeducación de marcha.

- Piscina terapéutica
- Barras paralelas
- Muletas
- Bastones
- Deambuladores

E. EDUCACION DEL PACIENTE:

La protección articular está basada en la correcta posición y utilización de las articulaciones durante las actividades, para disminuir el estrés a que se someten.

Esta protección disminuye el dolor y la inflamación y preserva la integridad articular:

- Evitar posturas viciosas
- Evitar posiciones estáticas
- Equilibrar trabajo-descanso
- Hacer movimientos corporales correctos
- Reducir el esfuerzo requerido
- Mantener un adecuado rango de movilidad y fuerza muscular.

F. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Este debe de ser individualizado, algunos pacientes pueden ser tratados con un solo analgésico y/o medicamentos tópicos; mientras que otros necesitarán medicamentos más complejos (AINES, esteroides, inmunosupresores, antimaláricos, etc.).

Dentro del tratamiento farmacológico hay varias estrategias:

1. Si el paciente sólo adolece de Artralgias (no signos de inflamación y pruebas de laboratorio normales), se iniciará con acetaminofén 500 mg 3-4 v/día ó clonixinato de Lisina (Dorixina) 1 comprimido 3 v/día.
2. Si el dolor no cede y continúa la discapacidad se puede prescribir AINES, con gran precaución si el paciente es anciano o haya tenido enfermedades gástricas o renales.

LISTA DE MEDICAMENTOS AINES QUE PUEDEN UTILIZARSE

NOMBRE	PRESENTACION	VIA	INTERVALO DOSIS
Aspirina (ácido acetilsalicílico)	325-500 gr.	vía oral	c/4-6 horas
Diclofenac sódico (volfenac, voltarén)	50-75-100 mg 75 mg/3cc	vía oral IM	c/8-12-24 horas c/8-12 horas
Diclofenac potásico (cataflan)	50 mg	vía oral IM	c/8 horas
Ibuprofen (motrin, ibuntol, tabalón)	200-400-600 y 800mg	vía oral	c/8 horas
Indometacina (indocid)	25 mg	vía oral	c/6-8 horas
Piroxican (feldene, novoxicam)	20 mg 20 –40 mg	IM	c/24 horas
Sulindac (clinoril)	200 mg	vía oral	c/12 horas

Algunos de efectos adversos de estos son: toxicidad gastrointestinal y renal, disfunción plaquetaria, toxicidad del S.N.C. (mareos, cefalea, confusión, meningitis aséptica), tinitus, hipoacusia, discrasias sanguíneas como anemia aplásica.

3. Para controlar ya una enfermedad severa inmunológica se pueden prescribir esteroides, el objetivo es llegar a suprimir la actividad de la enfermedad con la dosis mínima posible.

NOMBRE	PRESENTACION	VIA	INTERVALO DOSIS
Prednisona (meticorten)	5-10 y 50 mg	vía oral	C/24-48 horas por la mañana
Prednisolona	5-10-50 mg	vía oral	C/24 horas
Betametasona	0.5 mg tableta 3.0 mg ampolla	vía oral IM Ó E.V.	C/24 horas
Metilprednisolona (solu-medrol)	500-1000 mg	E.V.	C/24 horas x 3 días
Hidrocortisona (solu-cortef)	100-250-500 mg 2 ml – 4 ml	E.V.	C/6 horas

La Dexametasona NO se recomienda para tratar artritis, sus efectos adversos se observan después de un tiempo prolongado de uso: Supresión adrenal, inmunosupresión, anormalidades endocrinas (Cushing, diabetes, hirsutismo), osteopenia, miopatía, necrosis isquémica ósea, hiperlipidemia, trastornos menstruales, psicosis y otros).

- Se recomienda utilizar los glucocorticoides de vida media a intermedia (Prednisona, Prednisolona o Metil prednisolona) y evitar el uso de los de acción prolongada que produce una mayor supresión del eje hipotálamo-hipofisiario.
- Lo ideal es iniciar el tratamiento con dosis única matinal por vía oral. Si la enfermedad es grave se utiliza al principio dosis fraccionada de 3 tomas.
- La administración a dosis diaria mayor de 15 mg/día de Prednisona o su equivalente produce un mayor efecto antiinflamatorio e inmunosupresor, pero también mayor número de efectos secundarios.
- La administración en días alternos (c/48 horas) reduce más los efectos adversos y mantiene la función del eje hipotálamo hipofisiario con el control de la enfermedad.

G. TRATAMIENTO ESPECIFICOS:

a. ARTRITIS GOTOSA AGUDA:

- Se usan AINES a dosis máximas y se deben mantener hasta que los síntomas desaparezcan:
 - Indometacina: 50 mg cuatro veces al día y luego disminuir hasta 25 mg tres veces al día.
 - Colchicina: 0.6 mg, 2 comprimidos al inicio y después 1 comprimido C/hora hasta que desaparezca el dolor ó se den efectos adversos como nauseas y diarrea, su límite es de 6 mg en 24 horas.
 - Si ha habido STDS se puede instilar intraarticularmente una pequeña dosis de esteroides cristalino.

Luego de salir del ataque agudo se debe disminuir la hiperuricemia, para esto se utilizaran 2 mecanismos.

- Aumentar la excreción renal de Ácido Úrico: Mediante la uricosúricos como el Probenecid, Benzooromaron y Sulfinpirazona se aumentan la excreción renal de Ácido Úrico, su contraindicación sería la Litiasis renal.
- Disminuir la síntesis de Ácido Úrico: El alopurinol es ideal para pacientes que han sufrido de litiasis renal, la dosis inicial es de 300 mg al día y se debe dar en forma indefinida.
- Tras la normalización de la Hiperuricemia puede tardarse varios meses la desaparición de los cristales de las articulaciones y por otro lado, cuando se baja bruscamente los niveles de ácido úrico es frecuente que los pacientes sufran de ataques de gota, con lo que se puede dar la impresión que el tratamiento es inadecuado, por lo que el uso de un AINE o colchicina, por lo menos por un año, es útil para prevenir nuevos ataques.

La dosis recomendada de colchicina para mantenimiento son dos comprimidos diarios y deberá reducirse la dosis en ancianos o pacientes con alteración hepática o renal.

La restricción de ingesta de alimentos ricos en purinas (mariscos, vísceras de animales, carnes rojas, sardinas, alcohol en grandes cantidades, diuréticos y ácido acetilsalicílico, suele ser útil para disminuir los niveles de uricemia; la alcalinización de la orina y la ingesta de abundantes líquidos pueden ser coadyuvante útil en este contexto.

b. ARTROSIS DE MIEMBROS INFERIORES

- Disminución de peso
- Ejercicios isométricos
- Calor local
- Uso de bastón o muletas
- Rodilleras elásticas, plantillas ortopédicas y/o calzado especial.
- Paracetamol 500-1000 mg c/6 horas V.O
- AINES
- Esteroides intraarticular en caso de bursitis.

Cuando no se aporta la cantidad adecuada de calcio en la dieta, se añadirán suplementos de calcio los cuales deben administrarse en dosis fraccionados y durante la ingesta de las comidas.

c. LUMBALGIA (DOLOR LUMBAR)

- Su tratamiento debe individualizarse, aunque todos tienen que abarcar la analgesia y la educación.
- La Analgesia se da con AINE pero si el dolor es intenso requerirá un opiáceo por 1 ó 2 semanas. Los relajantes musculares deben reservarse para cuando resulten ineficaces el AINE y no más de 2 semanas, sobre todo evitarlos en los pacientes con riesgos de caídas.
- La Educación sobre las actividades diarias del paciente es vital. Además muy importante es el descanso total por períodos cortos con la continuación de las actividades diarias. La ínter consulta quirúrgica debe reservarse para los pacientes que presentan déficit neural amplio o en evolución rápida.

d. ARTRITIS REUMATOIDEA:

El esquema terapéutico comprende grandes apartados.

El programa básico de la AR comprende:

- **Educación:** El paciente debe saber acerca de la enfermedad, toxicidad de fármacos, reposo, medios físicos, fisioterapia, terapia ocupacional.
- **AINES:** Reducen los síntomas y signos de la inflamación, aunque por si mismo no eliminan las causas subyacentes.
- **ESTEROIDES:** Tienen mayor efecto sobre la rigidez matutina y otros síntomas sistémicos como fatiga, debilidad y anorexia; aumentan los niveles de hemoglobina y descenso de proteína C reactiva y Eritrosedimentación, pero no enlentecen o detienen la progresión de la enfermedad, se puede utilizar prednisona 5-7.5 mg/día toma única matutina, durante largos períodos.

Para el uso de los pulsos de esteroides intravenosos o intraarticulares, o para el uso de los fármacos que enlentecen la progresión de la enfermedad se referirán hacia un nivel superior de atención.

VII. EFFECTOS DE LA ENFERMEDAD REUMATICA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

Los problemas artríticos no producen en sí una disfunción sexual, sin embargo, el dolor que produce este problema puede limitar significativamente la actividad sexual, lo que podría llevar a la pareja a evitar la relación sexual, por lo que es importante que las parejas con este problemas hablen abiertamente de la situación y busquen alternativas para poder tener una vida sexual activa. En estos casos puede ser útil, el ejercicio, el descanso, baños de agua caliente y el cambiar de posición en el momento de la relación sexual.

VIII. CRITERIO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO.

- Todo paciente con enfermedad reumatológica debe ser controlado mediante un seguimiento tan frecuente como la gravedad de la patología lo merezca. Se deberá vigilar tanto la evolución de los síntomas y signos, la movilización adecuada y funcional de las articulaciones afectadas, el grado de actividad inflamatoria y de incapacidad física y los efectos adversos producidos por las drogas a utilizar.
- Por ejemplo; se deberán investigar las actividades diarias del paciente: si no hay alteración alguna, si es leve, si hay dolor pero siempre puede valerse por si mismo o si hay incapacidad total, si la movilización de la articulación afectada no provoca señales de dolor en la cara del paciente, si hay poca o es una mueca intensa y aparta su miembro de las manos del examinador.
- Mediante pruebas de laboratorio se evaluará periódicamente la actividad de la enfermedad así: una elevación en la eritrosedimentación, proteína C reactiva persistente positiva y Proteinuria presente nos indican que la patología está activa y que se debe reevaluar su tratamiento.
- Las pruebas serológicas positiva nos predicen una mala evolución. Las pruebas de Imagen también pronostica a través del tiempo el grado de severidad y de incapacidad funcional.
- El Monitoreo de las pruebas hematológica, hepáticas y renales a los pacientes con tratamiento crónico, por lo menos cada dos meses, debe ser obligatoria en busca de efectos tóxicos de los medicamentos, los cuales muchas veces exceden de los beneficios.

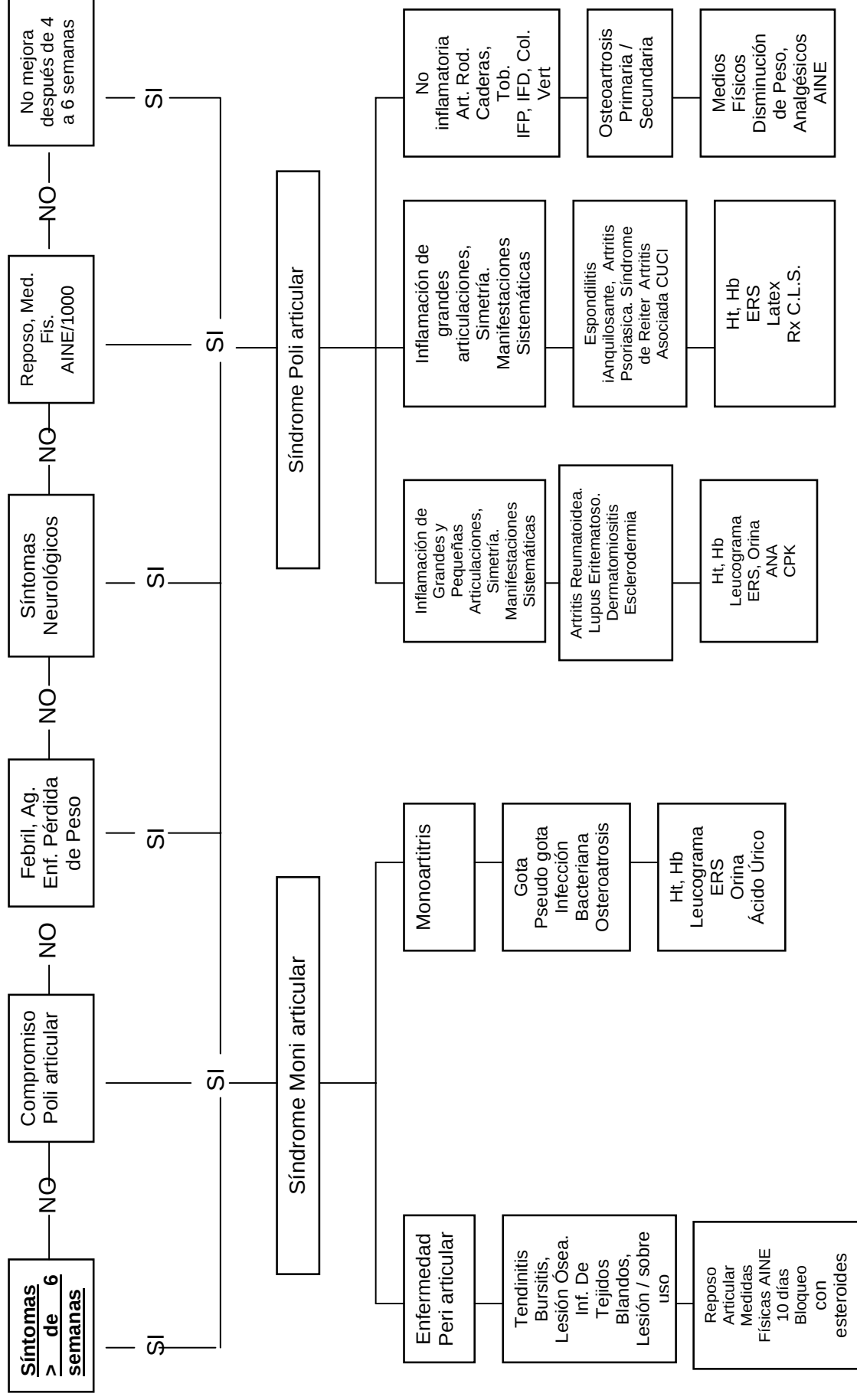
IX. CRITERIOS DE ALTA, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- Se debe de conocer según sea el nivel de atención y los medios que se tengan al alcance, cuando una patología puede ser manejada satisfactoriamente en un consultorio de primer nivel o se necesite un grado mayor de especialización.
- Si se tiene la sospecha de contar con una artritis de origen infeccioso se debe referir al paciente a un hospital para su tratamiento adecuado.
- En caso de tener una artritis con una afectación sistémica severa, la presencia del reumatólogo es necesaria y se referirá a un centro de tercer nivel.
- Si se afectaran sistemas específicos por las complicaciones extra-articulares de algunas de estas patologías, la interconsulta con el especialista pertinente es una ayuda importante.
- Los fisioterapeutas juegan un rol determinante en la recuperación de estos pacientes, así como grupos de apoyo y Educadores de Salud.
- El cirujano no debe de faltar en este equipo y se deberá pedir su intervención para prevenir la evolución hacia lesiones más destructivas, tratar el dolor y mejorar la función articular cuando las expectativas no son buenas para los pacientes reumáticos.

CRITERIOS DE ALTA:

- En reumatología a excepción de ciertos reumatismos no articulares o en artritis infecciosa, es difícil dar de alta a un paciente. Debe de educarse al paciente en cuanto a saber la cronicidad de su enfermedad y de su tratamiento. Algunas enfermedades como el LES o la AR pueden tener remisiones importantes, pero la permanente vigilancia debe ser guardada.
- En caso de hospitalización, el alta debe ser dada hasta cuando las causas que provocaron su ingreso se resuelvan o se haya logrado una mejoría en los signos y síntomas que le permita desenvolverse por sí mismo en su vida cotidiana.

X. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ARTRITIS



GUÍAS DE PREVENCIÓN
DE LOS PROBLEMAS DE SALUD
RELACIONADOS CON LA
SOCIALIZACIÓN MASCULINA

INTRODUCCIÓN

La dinámica de la salud en la especificidad de la masculinidad es reflejo de los patrones vitales de los hombres, de los patrones de socialización y de la forma estereotipada de ser hombre.

Al considerar la morbi-mortalidad masculina se descubren tendencias diferentes a las de las mujeres que no se explican por aspectos meramente biológicos, así se habla de una imprudencia personal derivada de la violencia física y psicológica de los hombres, a partir de ello se constata el incremento de la mortalidad masculina en especial desde los 15 años de edad.

El alcoholismo, el tabaquismo, la violencia y los accidentes de tránsito son problemas frecuentes que se encuentran dentro de las diez primeras causas de morbi-mortalidad en el Adulto Masculino, y según la OMS cada año mueren miles de hombres a consecuencia de estos problemas y los gobiernos de los diferentes países, especialmente los de bajos ingresos, invierten cantidades millonarias para el tratamiento y rehabilitación de sus secuelas.

De igual manera la OMS, a través de múltiples investigaciones, ha establecido que estos problemas son totalmente prevenibles por lo que los trabajadores de la salud especialmente en el nivel primario de atención deben realizar esfuerzos encaminados a su prevención.

En el presente documento se abordan estos cuatro problemas de salud pública con el objetivo de brindar al primer nivel de atención los insumos necesarios para poder realizar actividades preventivas de cada una de ellos, especialmente a través de la Información, la educación y la comunicación a la población en general, pero especialmente, dirigidas a los hombres entre los 15 y 59 años de edad.

4. GUÍAS DE PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON LA SOCIALIZACIÓN MASCULINA

4.1 GUÍA DE PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO

I. DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO:

ABUSO DEL ALCOHOL:

En las últimas décadas y progresivamente, la sociedad ha pasado de considerar el alcoholismo desde una concepción moralizante, a considerarlo como un importante problema de salud pública.

Es una enfermedad marcada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental del individuo y con las responsabilidades sociales, familiares u ocupacionales. El alcoholismo se divide en dos categorías: dependencia y abuso.

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV (DSM- IV) define **el abuso del alcohol** de dos maneras:

1. Un patrón desadaptativo de consumo del alcohol que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los criterios siguientes, durante un período de 12 meses:
 - Consumo recurrente del alcohol que da lugar al incumplimiento de obligaciones de trabajo, la escuela o casa.
 - Consumo recurrente del alcohol en situaciones en la que hacerlo es físicamente peligroso.
 - Problemas legales repetidos relacionados con el consumo del alcohol.
 - Consumo continuado del alcohol a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes problemas interpersonales causados o exacerbados por la sustancia.
2. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia del alcohol.

DEPENDENCIA AL ALCOHOL:

La dependencia del alcohol, la define el DSMIV como: un patrón desadaptativo del uso del alcohol, asociado con tres o más de los siguientes aspectos, durante un periodo de 12 meses:

1. Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- Síndrome de abstinencia característico para el alcohol.
- Se toma la misma sustancia o una parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. El alcohol es tomado con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol o en la recuperación de los efectos de la misma.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol.

7. Se continúa tomando el alcohol a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10) DEFINE:

A) USO NOCIVO DEL ALCOHOL (ABUSO DEL ALCOHOL) como un Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud, el daño puede ser físico o mental.

B) EL SÍNDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL como “El conjunto de síntomas del comportamiento cognitivo y fisiológico que se desarrollan luego del consumo repetido del alcohol” entre los cuales se encuentran los Siguietes:

- Un poderoso deseo de tomar la droga.
- Un deterioro de la capacidad para auto -controlar el consumo de la misma,
- La persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas,
- Una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones,
- Un incremento de la tolerancia a la droga, y a veces un estado de abstinencia por dependencia física.

Como podemos ver, la clasificación internacional de enfermedades como el DSMIV nos brinda los criterios diagnósticos para poder establecer los diferentes grados de dependencia al alcohol así como a otras drogas.

El DSMIV nos establece en forma más precisa lo que correspondería a la dependencia al alcohol al poner los criterios para la tolerancia y la dependencia.

Es importante también definir y conocer ciertos conceptos relacionados con el consumo de alcohol como son:

- **Bebedor fuerte** o en riesgo de tener complicaciones relacionadas con el alcohol, Instituto Americano de Abuso de Alcohol y Alcoholismo lo define para el hombre como el que bebe más de 14 tragos de bebidas alcohólicas por semana o más de 4 tragos por ocasión para el hombre y para la mujer, más de 7 bebidas por semana o más de 3 tragos de bebidas alcohólicas por ocasión.
- **Alcoholemia** es la cantidad de alcohol en sangre a través del alco-test y lo clasifica en: embriaguez subclínica (<0.5 gr/l de alcoholemia), embriaguez ligera (0.5-1.5 gr/l de alcoholemia), embriaguez grave (1.5-2 gr/l de alcoholemia).

II. EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DEL ALCOHOL:

La OMS estima que dos terceras partes de la población adulta a nivel mundial ingiere bebidas alcohólicas, y que la prevalencia de abuso o dependencia del alcohol es de un 13.5 % a nivel internacional. Con relación al sexo, por cada 5 hombres bebedores hay 1 mujer que es alcohólica.

El Instituto Nacional de abuso de alcohol y alcoholismo de Estados Unidos (NIAA) ha estimado, que el alcohol esta relacionado con el 40 - 50% de los accidentes de tránsito, el 15 - 20% de los accidentes laborales, el 50% de los homicidios.

Del 20 al 37% de los casos de trauma en las emergencias de los hospitales están relacionados con el alcohol y en el 70% de los casos de suicidio hay abuso o dependencia al alcohol involucrado y en dos terceras partes de los casos de ahogamiento está de por medio el alcoholismo.

En el Salvador, una encuesta nacional de prevalencia y consumo de sustancias psicoactivas reportó para el año 2004 una prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida del 58%..

El MSPAS reportó para ese mismo año 2836 casos de alcoholismo. La subdivisión de transporte terrestre de la Policía Nacional Civil reportó para el año 2004 un total de 1079 conductores temerarios según test de alcoholemia mayor de 100mgr/dl).

III. DIAGNOSTICO DEL ALCOHOLISMO:

Se realizará de acuerdo a la guía de atención al alcoholismo de salud mental y las guías del cuestionario para dependencia al alcohol (AUDIT ver anexos de esta guía). El cual está integrado por 10 ítems, cada uno de los cuales tiene 5 respuestas posibles puntuadas de 0 a 4, excepto los ítems 9 y 10 que sólo puntúan 0, 2, 4.

El resultado se obtiene de la suma de puntuaciones. El punto de corte es de 8 para varones, 6 para mujeres y 5 para mayores de 60 años y las puntuaciones superiores a 20 indican dependencia. Para un mejor conocimiento del mismo consulte los anexos de este documento y la guía de atención al alcoholismo de salud mental.

IV. ETIOLOGIA:

La etiología del alcoholismo es multifactorial en ella intervienen aspectos propios del individuo, aspectos culturales, aspectos sociales y psicológicos. No existe una causa común del alcoholismo. Sin embargo, varios factores pueden jugar un papel importante en su desarrollo.

Una persona con una madre o con un padre alcohólico tiene más probabilidades de volverse alcohólica que una persona sin historia de alcoholismo en la familia inmediata.

La investigación sugiere que ciertos genes pueden aumentar el riesgo de alcoholismo pero cuáles genes o cómo ejercen su influencia es motivo de controversia.

Entre los factores psicológicos están la necesidad de aliviar la ansiedad, una depresión en curso, conflictos de relaciones interpersonales sin resolver o baja autoestima; y entre los factores sociales están la disponibilidad del alcohol, la aceptación social del consumo de alcohol, la presión del compañero y estilos de vida estresantes.

V. PREVENCION DEL ALCOHOLISMO

La prevención es la mejor herramienta para provocar una disminución del consumo de alcohol. Los profesionales sanitarios constituyen el colectivo con mayor capacidad de incidir positivamente, sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de salud de la población.

En esta enfermedad, como en muchos casos de comportamientos de riesgo, la Consejería se convierte en una estrategia fundamental y efectiva para la prevención del alcoholismo.

Los esfuerzos para rehabilitar al alcohólico generalmente presentan muchos fracasos y diferentes porcentajes de éxito los cuales generalmente son desalentadores (15%), es decir, que es mejor actuar en forma preventiva antes de que el paciente adquiera la dependencia (prevención primaria).

Los esfuerzos deben ir orientados a las personas en riesgo de alcoholismo, con lo cual se pretende modificar el consumo de riesgo mediante el consejo médico utilizando la relación de empatía y confianza y el mejor aprovechamiento de la entrevista clínica.

El personal de salud en el Nivel Primario de Atención, luego de haber realizado **una historia clínica y aplicado las herramientas para identificar el grado de dependencia al alcohol** (ver guías de atención del alcoholismo de salud mental), aplicará las medidas preventivas, según la categoría de dependencia al alcohol en el que las personas se encuentren, siendo estas:

A. PARA LOS ABSTEMIOS.

ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN, IEC CHARLAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, a los hombres y mujeres entre los 15 y 59 años de edad, socio dramas, educación entre pares, grupos focales, etc.) Para lo cual podrá apoyarse con grupos que trabajen en esta problemática como los alcohólicos anónimos, ALANON, policía, etc.

Para estas actividades educativas, deberán utilizarse todas las oportunidades que se tengan en el establecimiento de salud o en la comunidad como reuniones de padres de familia, actividades deportivas, cabildos abiertos, reuniones de los líderes comunitarios, etc.

Los aspectos a los que se les darán énfasis en las actividades de educación para la salud son los siguientes:

- Destacar la importancia de tener un plan de vida a corto y largo plazo así como una alta autoestima, respeto y amor a si mismo.
- La importancia de la integración familiar y la comunicación dentro de la familia.
- Establecer que el alcoholismo se trata de una enfermedad que constituye un verdadero problema de salud pública auxiliándose de los datos epidemiológicos de esta guía.
- Debe establecerse que el alcoholismo predispone al apareamiento de condiciones graves y deteriorantes de la calidad de vida del paciente y su familia, su asociación problemas laborales, con violencia, con accidentes de tránsito, etc.
- Enfatizar que se encuentra asociado a diferentes patologías que pueden inclusive llevar a la muerte de los alcohólicos como cirrosis hepática, sangramiento de tubo digestivo, etc.
- Información sobre los beneficios de la abstinencia del consumo o la reducción del mismo.

- Identificar y evitar situaciones de riesgo, no reunirse con grupos de amigos bebedores, no comprar bebidas alcohólicas para tenerlas en el hogar, etc.
- Informar respecto a la necesidad de buscar ayuda a esta enfermedad y a que pueden acudir a la unidad de salud para tratar de ayudarles.
- Destacar la importancia de pertenecer a grupos de auto-ayuda, alcohólicos anónimos, etc.
- Establecer que la familia del alcohólico necesita también ayuda e indicar a donde pueden acudir (ALANON).

Las actividades de IEC, para la prevención primaria del alcoholismo y del abuso y dependencia al alcohol podrán ser llevados a cabo por **el médico, educador en salud, promotor de salud y enfermera capacitados, trabajadora social o psicóloga donde estén disponibles.**

B) PARA LOS BEBEDORES OCASIONALES.

Para los bebedores que no tengan ningún problema médico, social, laboral o familiar por alcoholismo, el nivel local de atención realizará las siguientes actividades:

1. El tamizaje para dependencia al alcohol (cuestionario AUDIT) establecido en las guías de atención al alcoholismo de salud mental, una o dos veces al año, el cual será realizado en el transcurso de la consulta por el médico, enfermera capacitado o psicóloga donde esté disponible.
2. El tamizaje en forma ideal deberá realizarse a la población en general que consulta en el primer nivel de atención, pero con especial énfasis en las personas a riesgo como son: los fumadores, en los hombres y mujeres entre los 15 y 59 años de edad en los que se sospecha consumo de alcohol, y en aquellos que consultan frecuentemente por patologías asociadas como enfermedades gástricas, pancreáticas, esofágicas, hepáticos y los asociados a trastornos psicológicos, etc.
3. Si permanece en esta categoría, al hacer el tamizaje seriado, los trabajadores de la salud del primer nivel deberán brindar **consejería** que incluirá: los beneficios de NO ingerir alcohol al igual que en los abstemios, los posibles riesgos a su salud, a su situación laboral, situación familiar y la asociación del alcohol con violencia y hechos de tránsito.
4. Si en las evaluaciones siguientes la persona se encuentra en la categoría de bebedor fuerte o en riesgo se aplicarán las medidas preventivas de ese acápite.

C) PARA LOS BEBEDORES EN RIESGO DE ABUSO O DEPENDENCIA AL ALCOHOL (bebedores fuertes).

En el nivel primario de atención, según los criterios diagnósticos del AUDIT, aplicará **la consejería de intervenciones breves o muy breves**, la cual podrá ser dada por el médico, la enfermera capacitada, la psicóloga o la trabajadora social, en los lugares que este disponible.

Este tipo de terapia debe realizarse en el contexto de Atención Primaria y se utilizan en individuos con problemas por el uso de alcohol bebedores moderados, consumidores de riesgo (bebedores fuertes) y la dependencia leve.

En la Consejería breve se deberá realizar una sesión inicial de más o menos 15 minutos, para el establecimiento de metas y retroalimentación.

LOS PASOS A SEGUIR EN UNA CONSEJERÍA BREVE SON:

1. IDENTIFICACIÓN. Se realizara través de las siguientes actividades:

- Entrevista corta de 10 a 15 minutos en el transcurso de la consulta clínica por el médico o la enfermera capacitada
- Identificación cuales son los problemas derivados de esta adicción en el ámbito familiar (investigar la relación de pareja, violencia doméstica) médico-legales (accidentes automovilísticos, detenciones por conducción temeraria, etc.) laboral (ausentismo laboral, acudir al trabajo en estado de ebriedad, despidos por esta causa).
- Reconocer en qué estadio de disposición al cambio se encuentra su paciente (si se reconoce que el alcoholismo es el causante de estos problemas y la motivación el interés por cambiar la situación o no).

2. INFORMACIÓN. En este paso se realizarán las siguientes actividades:

Actividades de información y educación (descritas en la parte de los abstemios) en forma directa y personalizada durante el transcurso de la entrevista corta; considerará lo siguiente:

- En primer lugar se informará en forma positiva cuales son los posibles beneficios en el aspecto familiar, médicos-legales, laborales de dejar o de reducir el consumo del alcohol.
- Posteriormente se abordarán los aspectos negativos del consumo del alcohol específicamente para esta persona en particular, destacando los aspectos epidemiológicos descritos en esta guía.

3. ASESORAR/ PACTAR:

Se deben manejar los fundamentos de la entrevista motivacional para propiciar los cambios en el patrón de consumo del alcohol. Se hará a través de las siguientes actividades:

- Consejería orientada a beber menos, una vez se ha establecido los beneficios de esto anteriormente en la parte de información,
- Pactar una reducción en la cantidad de forma específica y gradual si es posible de 3 a 9 bebidas por semanas como máximo a conseguir en un tiempo de 6 a 12 meses.
- Establecer la necesidad de evitar situaciones de riesgo (evitar reuniones con los amigos bebedores, evitar el disponer en la casa de bebidas alcohólicas, evitar el fumado, aprender a manejar el estrés, etc.)
- Formulación de planes concretos para evitar beber, por ejemplo, pensar en la manera de hacer frente a las situaciones sin necesidad de beber alcohol, saber como responder a los amigos que beben.
- Proporcionar material impreso como soporte para facilitar y contribuir al cambio de conducta y
- Pactará consultas posteriores a esta intervención.

SEGUIMIENTO en el que se efectuarán las siguientes actividades:

- Establecer consultas posteriores de seguimiento cada 1 a 2 meses.
- Para evaluar los avances aplicará los cuestionarios de dependencia que están en las guías de atención al alcoholismo de salud mental.
- Reforzar los beneficios del cambio de conducta si esta ha ocurrido.
- Desarrollar acciones motivacionales para lograr el cambio de comportamiento: referir a grupos de apoyo como alcohólicos anónimos o grupos de apoyo espirituales.
- Establecer citas posteriores de seguimiento, aún cuando no se halla logrado la reducción en el consumo, insistiendo en el cambio de conducta, reforzando los beneficios de dejar de consumir alcohol y en evitar las situaciones de riesgo.

A continuación se presenta un cuadro resumen de los pasos en la terapia de intervenciones breves.

CUADRO RESUMEN PARA TERAPIA DE INTERVENCIONES LEVES.

PASOS	TEMAS RELEVANTES
1. IDENTIFICAR	Patrón de consumo Problemas asociados Interés o disposición a modificar su conducta
2. INFORMAR	En positivo: Mejora de salud, ahorro, problemas En Negativo: riesgos, peligro
3. CONSEJO/PACTO	Aconsejar sobre la necesidad de beber menos Pactar cantidad concreta Ofrecer material de apoyo Realizar seguimiento
4. SEGUIMIENTO	Insistir en consultas posteriores ante la negativa al cambio

LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE ABUSO O DEPENDENCIA AL ALCOHOL se referirán al nivel secundario de atención, para su tratamiento adecuado, de igual manera se recomendará consultar a grupos de apoyo como alcohólicos anónimos.

4.2 GUIA PARA LA PREVENCION DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO

I. DEFINICION DE ACCIDENTE DE TRANSITO:

Se define como el accidente que se produce en una vía abierta a la circulación o tienen su origen en la misma, a consecuencia del cual una o varias personas resultan muertas o heridas, o se producen daños materiales y en el cual al menos un vehículo está implicado.

Los accidentes de carretera constituyen en todos los países del mundo uno de los más graves problemas de salud pública. Su importancia radica en que representa una elevada morbi-mortalidad a la población y por tanto debe de buscarse la forma de modificar los factores causales y reducir su incidencia.

Según la OMS, el automóvil origina el 21% del total de accidentes que requieren asistencia médica. En los países desarrollados la mortalidad por accidentes de tráfico supera las originadas por enfermedades infecciosas y transmisibles en su conjunto.

Los traumatismos causados por el tránsito constituyen un problema de salud pública a nivel mundial. De los accidentes que ocasionan muertes los hechos de tránsito representan los más frecuentes y los estados a nivel internacional invierten grandes cantidades de sus ingresos para el tratamiento de las personas lesionadas en los hechos de tránsito y en la rehabilitación de sus secuelas.

Los accidentes se han asociado a lo imprevisible, el mensaje que se oculta detrás de esta concepción, dificulta toda posibilidad de prevención ya que aparentemente nos enfrentamos al «azar» o al «destino». Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud desde 1961, considera que «el accidente no es accidental»; por lo que podemos afirmar, que lo más importante de este problema de salud pública, es que la mayor parte de los mismos pueden prevenirse.

II. EPIDEMIOLOGIA DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO:

La OMS estimó que en el 2002 fallecieron 1.2 millones de personas alrededor del mundo por traumatismos a consecuencia de hechos de tránsito, con una frecuencia de 2.1% de la mortalidad mundial ocupando el noveno lugar en frecuencia como causa de mortalidad. Es de destacar que el 50% de las muertes por hechos de tránsito ocurren entre los 15-44 años de edad.

Los jóvenes, por diversas circunstancias (conductores inexpertos, consumo elevado de alcohol durante los fines de semana, conducta desinhibida, manejar a exceso de velocidad, etc.), son particularmente vulnerables a sufrir un accidente de tráfico.

Esta problemática es casi 3 veces más frecuente en hombres que en mujeres, por su comportamiento más osado, manejando generalmente a mayor velocidad y el mayor consumo de alcohol.

A nivel de Latinoamérica y el Caribe, El Salvador para el año 2002, ocupó el primer lugar en tasa de mortalidad por accidentes de tránsito con 23.2 muertes por 100,000 habitantes.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para el 2003 reportó 5663 lesionados por hechos de tránsito.

La Sub-dirección de Tránsito Terrestre de la Policía Nacional Civil de El Salvador reportó, en el año 2004 un total de 21,692 accidentes de tránsito y hasta el 17 de noviembre del 2005 se han dado un total de 20,333; con un 19% y 16.7% de fallecidos respectivamente y con 8,188 lesionados.

El instituto de Medicina Legal de El Salvador reportó para el año 2004 un total de 1579 muertes por hechos de tránsito (de las cuales el 78% fueron hombres).

III. ETIOLOGIA DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO:

La construcción social de las masculinidades, hace que muchos de los hombres tengan comportamientos agresivos e irresponsables al conducir como el conducir a alta velocidad, el no respetar las señales de tránsito factores que están involucrados en la génesis de los accidentes de tránsito. De manera que el 98% de los accidentes de tránsito son causados por fallas humanas o actos inseguros tanto del conductor como del peatón.

El exceso de velocidad y el consumo de alcohol u otras drogas, tienen un papel indiscutible en la génesis de los accidentes de tránsito y se ha estudiado desde hace muchos años como el alcohol influye en la manera de conducir.

IV. PREVENCIÓN

Los trabajadores de salud, principalmente en el nivel de Atención Primaria, se encuentran en una posición privilegiada para actuar en la prevención de estos accidentes. Además de atender directamente al lesionado, tienen un rol importante en la prevención de la accidentalidad. Por ello, deben formar parte activa de su prevención, ya que sus intervenciones pueden ser de gran efectividad en la prevención de este importante problema de salud.

En la génesis de los accidentes de tránsito intervienen múltiples aspectos por lo que el enfoque en la prevención de los mismos debe ser intersectorial, ya que en él intervienen la sociedad civil, la salud pública, el ministerio de gobernación, el ministerio de educación, de salud, el viceministerio de transporte y la policía nacional civil.

Los principales factores de riesgo relacionados con los accidentes de tránsito son:

- 1. FACTOR HUMANO O FACTOR RELACIONADO CON EL CONDUCTOR:** Exceso de velocidad, distracción al manejar y consumo de alcohol y otras drogas.
- 2. FACTORES RELACIONADOS CON EL VEHÍCULO:** el buen estado y funcionamiento del vehículo y las medidas de protección del mismo.
- 3. FACTORES RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE:** condiciones climáticas, de las calles y de la señalización vial.

Para promover la prevención de los accidentes de tránsito, el personal de salud del primer nivel de atención deberá realizar:

ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC),

Estas actividades pueden ejecutarse mediante charlas en los centros educativos, en los establecimientos de salud, en los clubes de adolescentes o en actividades deportivas encaminadas a reducir estos factores de riesgo. Estas actividades educativas de promoción de la salud deberán estar dirigidas especialmente a los hombres entre los 15 y 44 años de edad.

Idealmente las actividades de IEC deberán planificarse en forma conjunta con otras instituciones que trabajan en la prevención de esta problemática, por ejemplo, maestros, policías, etc. Y podrán ser ejecutadas por cualquier miembro del equipo de la unidad de salud previa capacitación y conocimiento de esta guía, así como: educadores en salud, trabajadoras sociales, promotores, enfermeras o médicos del nivel primario de atención.

La OMS ha propuesto la utilización de la MATRIZ DE HADDON (ANEXO N° 4) como elemento para la comprensión de los factores causales de los accidentes de tránsito. Como modelo conceptual, que aplica principios básicos de la salud pública a los problemas de la salud en el tránsito y ayuda a guiar la investigación y el desarrollo de las acciones de promoción y prevención.

La matriz relaciona la secuencia temporal (fase) con los elementos o factores concurrentes en un accidente de tránsito, como son el factor humano, es decir, la persona con sus conocimientos, actitudes y percepciones sobre el problema; el factor vehicular dependiente de las condiciones del vehículo y de las características de la vía y las medidas tomadas para evitar y reducir la ocurrencia y morbilidad en los accidentes de tránsito.

En esta matriz se identifican las fases temporales en la ocurrencia de un accidente de tránsito, como son:

- **Pre-evento:** incluye los elementos que determinan que un accidente de tránsito ocurra, constituyendo un espacio de intervención para la promoción de una cultura de tránsito.
- **Evento:** incluye los elementos que determinan que una lesión ocurra como consecuencia del accidente de tránsito.
- **Post-evento:** describe los elementos que podrían reducir la severidad de la lesión producida por el accidente.

La promoción de la salud en seguridad vial y cultural de tránsito está enfocada en la base de pre-evento tanto en los factores humanos como los relacionados con el vehículo y con las condiciones de la vía.

FACTOR HUMANO:

A) El personal de salud en el primer nivel de atención en las actividades de IEC (charlas) debe proporcionar orientación a LOS CONDUCTORES:

RECOMENDAR QUE LOS CONDUCTORES EVITEN
• Manejar a exceso de velocidad. • Manejar en estado de ebriedad o bajo el efecto de otras drogas. • Manejar con objetos en las manos: Comida, teléfonos, mapas, maquillaje, tomando notas etc. • Presionar a otros conductores por el paso. • No respetar señales de tránsito. • Pasarse las luces amarillas-rojas.

RECOMENDAR QUE LOS CONDUCTORES EVITEN
Continuación...

- No respetar la distancia segura entre carros.
- Llevar personal en las camas de vehículos de carga.
- Llevar exceso de personas en los vehículos.
- Conducir temerariamente.
- Rebasar indebidamente.
- Manejar cuando se encuentre bajo estrés o un choque emocional, fatiga o somnolencia o enfermedad.

EL PERSONAL DE SALUD EN LA CONSEJERIA A LOS CONDUCTORES ORIENTARÁ A CUMPLIR:

RECOMENDAR QUE LOS CONDUCTORES CUMPLAN

- No frenar bruscamente a menos que sea una emergencia.
- Vea constantemente por el retrovisor.
- Maneje por el carril apropiado a su velocidad.
- Si su vehículo es lento mantenga la derecha.
- Disminuir la velocidad en las intersecciones.
- Respetar las señales de tránsito.
- Dar el paso siempre al peatón
- Usar las luces de las vías al cruzar o detenerse o hacer la señalización adecuada.

B) En el factor humano interviene también EL PEATÓN.

En los países de bajos ingresos los peatones son las principales víctimas de los hechos de tránsito y deben realizarse actividades educativas (**charlas**) dirigidas a este, para tratar de reducir la incidencia de esta problemática, en donde se **recomendarán** los siguientes aspectos:

RECOMENDACIONES PARA EL PEATON

- Mirar a izquierda y derecha, antes de cruzar una calzada (vía pavimentada ancha), para comprobar que no vienen vehículo
- No atravesar la calzada en forma diagonal
- Utilizar obligatoriamente las pasarelas cuando estas existan.
- No cruzar por detrás de un vehículo estacionado
- Cruzar la calzada rápido pero sin correr.
- Transitar por las aceras y no por la calzada.
- No transitar por el borde de la acera.
- Al caminar por la acera, el niño menor debe ir por el lado de las viviendas y no cerca de la calzada
- No cruzar la calzada distraído.
- Cruzar por las zonas demarcadas o cebras peatonales.
- En las intersecciones con semáforo vehicular, el cruce de la calzada debe hacerse por la cebra peatonal y cuando la luz del semáforo esté en rojo para los vehículos, es decir cuando éstos se detengan.
- En intersecciones sin semáforo, el peatón es la persona que decide el momento oportuno para cruzar la calzada; para hacerlo debe cerciorarse antes que no vienen vehículos próximos.

CONTINUACION...

RECOMENDACIONES PARA EL PEATON

- Evitar realizar prácticas de juego y otras actividades recreativas, en la calzada.
- No correr repentinamente sobre la calzada para alcanzar un objeto. (Balón, etc.)
- En las carreteras, caminar por la berma (parte de una carretera o camino contiguo a la calzada, no habilitada para el tránsito de vehículos y destinada para la circulación de peatones y eventualmente para la detención de vehículos en emergencia) retirado de la calzada y de frente a los vehículos que vienen en sentido contrario.
- No cruzar la carretera en curvas o cerca de ellas, ya que no hay suficiente visibilidad para observar lo vehículos que se aproximan
- El alcohol y la calle no es una buena combinación, por eso nunca transitar si ha tomado
- Tome el transporte en las paradas de buses y sobre el andén, nunca lo haga en las esquinas o en la subida y bajada de los puentes vehiculares.

FACTORES RELACIONADOS AL VEHICULO:

Todo conductor responsable debe asegurarse del buen funcionamiento del vehículo que manejará, así como, de utilizar los diferentes dispositivos de protección como: Cinturones de seguridad, Reclina cabezas, bolsas de aire, cascos, etc.

En las actividades de IEC (charlas), el personal del primer nivel deberá orientar a los conductores a cumplir las siguientes recomendaciones, relacionadas **CON LOS VEHÍCULOS** para prevenir los hechos de tránsito:

RECOMENDACIONES A LOS CONDUCTORES CON RELACION A LOS VEHICULOS

- Verificar el buen estado mecánico y eléctrico del vehículo, especialmente en lo relacionado a sistema de frenos, dirección, suspensión, el nivel del aceite, agua y gasolina, la presión y desgaste de las llantas así como su alineación, luces preventivas, direccionales, de parqueo, de frenado, y frontales.
- Utilizar siempre el cinturón de seguridad y asegurarse que los pasajeros lo utilicen.
- Los niños deben viajar en los asientos traseros de los vehículos.
- Los niños menores deben utilizar asientos para niño en el asiento trasero del vehículo.
- Los motociclistas y sus pasajeros deben utilizar cascos de protección adecuados.
- Idealmente los vehículos deben tener bolsas de aire con funcionamiento adecuado, así como reclina cabezas.

FACTORES RELACIONADOS A LAS CONDICIONES AMBIENTALES:

Existen ciertas condiciones ambientales que influyen en la visibilidad y por lo tanto incrementan los accidentes de tránsito como: neblina o humo o polvo, nocturnidad y lluvia.

A) El personal del primer nivel de atención primario desarrollará actividades educativas para la prevenir los accidentes de tránsito **orientando** a cumplir las siguientes recomendaciones con relación a las condiciones **CLIMATICAS**:

RECOMENDACIONES CON RELACION A LAS CONDICIONES CLIMATICAS

- Manejar a menor velocidad y con mayor precaución durante la noche.
- Cuando salga de un lugar muy iluminado, maneje lentamente hasta que los ojos se acostumbren a la oscuridad.
- No mire directamente a los faros de los vehículos que vienen en dirección opuesta. En vez de mirarlos, mire el borde derecho de su carril.
- Mire rápidamente y de vez en cuando, para asegurarse de la posición del otro vehículo.

RECOMENDACIONES CON RELACION A LAS CONDICIONES CLIMATICAS. CONTINUACION...

- Si observa que se aproxima un vehículo con una sola luz, maneje lo más posible a la derecha.
- Si un vehículo viene en dirección opuesta con las luces altas, cambie a sus luces altas momentáneamente y luego cambie otra vez a las bajas.
- Hacerlo una sola vez.
- No use las luces altas a una distancia de 130 m o menos de los vehículos que se aproximan. Si usted va detrás de otros vehículos, use las luces bajas cuando quede una distancia de 90 m o menos del vehículo delantero.
- En condiciones de lluvia reduzca la velocidad, conduzca con precaución, use las luces bajas y encienda las luces intermitentes, amplíe al doble la distancia normal de separación entre los vehículos.
- Si hay neblina, humo o polvo de preferencia recomiende esperar a que las condiciones mejoren si no es posible recomiende utilizar las luces bajas y la de emergencia intermitentes.

B) ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS VÍAS DE TRANSPORTE Y SEÑALIZACIÓN:

Es importante antes de conducir el diseñar la ruta que se seguirá para llegar al destino para tener una idea del la señalización y el estado de las calles. Y siempre se debe estar alerta a las condiciones de la calle y a su señalización.

En las actividades de IEC (**charlas informativas**), el personal del primer nivel de atención **recomendará** cumplir los siguientes aspectos:

RECOMENDACIONES CON RELACION A LA SEÑALIZACIÓN VIAL Y CONDICIONES DE LAS CALLES

- Seguir las señales de tránsito o las indicaciones de los agentes de tránsito.
- Evitar el cruzar los semáforos en amarillo o rojo.
- Estar siempre alerta a las condiciones de las calles y a los movimientos de los otros vehículos.
- Evitar frenar bruscamente o cambiar de carril en forma repentina por la presencia de obstáculos o baches.

4.3 GUIA DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

I. DEFINICIÓN

Fumar no es un hábito, es una adicción ya que cumple con todos los criterios para la misma: dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia en ausencia de la misma y comportamiento compulsivo.

DEFINICIÓN DE TABAQUISTA:

El fumar es una conducta aprendida, la mayoría de personas comienzan a fumar antes de los 20 años de edad. Poco a poco, las situaciones en que habitualmente se fuma se van asociando con los efectos reforzadores de la nicotina, beber café, descansar en medio del trabajo, salir con los amigos se van asociando a un cigarrillo, y dificultan mucho dejar de fumar.

Por otra parte también influyen aspectos de personalidad, como la rebeldía, la tendencia al riesgo, la inestabilidad afectiva, así como el papel simbólico que tiene para una persona el fumar, que le confiere atractivo personal o lo vuelve sofisticado.

En el cigarrillo se encuentran más de 4000 sustancias químicas (ANEXO N° 5), muchas de ellas tóxicas, el principal compuesto de los cigarrillos lo constituye la nicotina, la cual es una sustancia química potente que produce placer, aumenta la atención, disminuye el hambre, mejora el estado de ánimo y que es responsable de la dependencia que genera el cigarrillo. **La nicotina genera 3 tipos de dependencia: física, psicológica y social.**

Cada vez que se inhala humo de un cigarrillo, pequeñas cantidades de estos químicos se van hacia la sangre a través de los pulmones. Ellos viajan a todas las partes del cuerpo y causan daño.

Las nitrosaminas, son responsables del 90% de los cánceres de pulmón y del 37% de los cánceres de vejiga, estómago, riñón, páncreas; **el arsénico** es usado como veneno para ratas; **el metanol** es uno de los componentes del combustible de cohetes; **el amonio**, es un componente de limpiadores de piso, **el cadmio** es utilizado en la fabricación de baterías; **el monóxido de Carbono** es el responsable del 15% de las enfermedades cardiovasculares, el **formaldehído**, es utilizado para preservar los tejidos del cuerpo, **el butano**, es el líquido de los encendedores, **el cianuro de hidrógeno**, es un veneno utilizado en las cámaras de gas, etc.

La nicotina es un alcaloide vegetal cuya fuente principal se encuentra en el tabaco. Se produce en la raíz y luego se distribuye a través del tallo hacia las hojas. Distintos tipos de tabaco tienen distintas cantidades de nicotina.

El contenido de nicotina también varía según el proceso que se utiliza para secar las hojas. La nicotina ingresa al organismo suspendida en partículas de alquitrán, el humo del cigarrillo es ácido y se absorbe mejor en los pulmones, mientras que el humo de la pipa o el habano es alcalino y se absorbe mejor en la boca.

Cada cigarrillo tiene en promedio entre 6 y 11 mg de nicotina. El fumador promedio absorbe 1 a 3 mg de nicotina por bocanada de humo o el equivalente a 20 a 40 mg de nicotina por día.

El 95% de la nicotina que se aspira llega al pulmón, luego pasa al torrente y a todos los órganos del cuerpo en 10 a 19 segundos. Su acción se produce casi inmediatamente después de ser absorbida ya que llega al cerebro en 7 segundos donde esta posee receptores específicos en el sistema límbico y en el locus cerúleo.

Cada dosis de nicotina aumenta la liberación de dopamina en el sistema mesolímbico lo que produce placer, alegría y aumento del estado de alerta; efecto similar al de la cocaína o de la heroína.

El efecto se disipa en pocos minutos haciendo que el fumador desee seguir fumando para repetir los efectos placenteros. Lo que nos explica la dependencia física a la nicotina.

En el locus cerúleo, la nicotina libera norepinefrina que produce un aumento del estado de alerta, aumento de la concentración y de la memoria. También disminuye el apetito.

Este aumento de norepinefrina que es el más potente vasoconstrictor nos explica los efectos sobre el sistema cardiovascular de la nicotina como son el aumento de la frecuencia cardíaca, el aumento del gasto cardíaco, el aumento de la tensión arterial y vasoconstricción periférica; lo cual nos explica como el cigarrillo incrementa la incidencia de enfermedades cardiovasculares e hipertensivas en los fumadores.

La exposición continua a la nicotina aumenta 2 a 3 veces el número de receptores nicotínicos en el cerebro. Cuanto mayor es el número, mayor es la cantidad de nicotina necesaria para hacerlos reaccionar y calmar la necesidad de volver a fumar; situación que nos explica la tolerancia creada por esta adicción.

Durante la noche la cantidad de nicotina disminuye (al no fumar), es por ello que el primer cigarrillo es el que produce mayor placer y el tiempo transcurrido entre el despertar y el primer cigarrillo es un buen predictor del grado de adicción al mismo.

II. EPIDEMIOLOGIA

Se estima que cerca del 25% de la población a nivel mundial fuma y alrededor de 3000 niños o adolescentes comienzan a fumar diariamente a nivel mundial. En general este problema es más frecuente en hombres aún cuando en los últimos años se ha registrado a nivel internacional un ligero incremento de su incidencia en mujeres.

Para el año 2000 según la OMS, el fumar cigarrillos fue responsable de casi 4 millones de muertes prematura a nivel mundial. De igual manera las muertes por cáncer de pulmón para ese año fueron 154,900 de los cuales el 87% fueron como consecuencia del tabaquismo.

A nivel nacional, el MSPAS para el año 2003, reportó en 4 municipios de El Salvador una prevalencia de tabaquismo del 38%; en hombres fue del 36%, en mujeres del 24% y en adolescentes del 34%.

III. ETIOLOGIA:

Se sabe que no existe una causa única por la cual la gente comienza a fumar. En la etiología de esta adicción se combinan factores biológicos (sexo, edad) factores sociales, (amigos que fuman, padres fumadores, influencia de los medios de comunicación) y factores personales (baja autoestima, estrés, depresión, otras conductas de riesgo). No obstante, el fácil acceso de los jóvenes al tabaco y la normalización de su consumo en la sociedad son dos de los factores más importantes.

La OMS dice que el tabaquismo es una enfermedad transmitida a través de la publicidad, el consumo del tabaco en el 90% de los casos comienza antes de los 18 años y se ha visto que a menor edad de inicio, mayor es el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas al consumo de cigarrillos.

IV. EFFECTOS NOCIVOS DEL TABAQUISMO:

Múltiples estudios han encontrado que los y las fumadoras tienen más riesgo de morir que los no fumadores y se estima que alrededor del 50% de los fumadores morirán a consecuencia del tabaquismo.

La supervivencia de los fumadores es alrededor de 7.5 años menor que la de los no fumadores. Las causas de muerte más importantes relacionadas con el consumo del tabaco son: enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias.

El cáncer de pulmón fue la primera enfermedad que se relacionó con el cigarrillo y se encontró que los hombres fumadores tienen 24 veces mayor probabilidad de morir de cáncer de pulmón y que esa probabilidad es directamente proporcional al número de cigarrillos fumados, además 9 de cada 10 cánceres de pulmón se encuentran asociados al cigarrillo.

Los fumadores tienen también mayor probabilidad de padecer de cáncer de boca, labios, lengua, laringe, faringe, riñón, vejiga urinaria, páncreas, leucemia, hígado, estómago y cuello uterino.

El humo del cigarrillo irrita las células de los bronquios. La inflamación que ocurre estimula la producción de moco que paraliza y destruye los cilios; el moco desciende a los bronquiolos los obstruye y favorece las infecciones.

El alquitrán contenido en el humo se acumula en las paredes de los bronquios y alvéolos y los destruye dificultando el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono produciendo una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cual produce no solo discapacidad sino que llevará lentamente a la muerte de las personas afectadas.

El tabaquismo es causa importante de enfermedad cardiovascular y particularmente de infarto al miocardio. Se estima que por cada 10 cigarrillos que se consumen diariamente el riesgo de una enfermedad cardiovascular se incrementa en un 18% para el hombre.

La nicotina produce vasoconstricción, aumento de la frecuencia cardíaca, de la tensión arterial y de los niveles de colesterol y triglicéridos haciendo mucho más fácil el que se dé un evento isquémico.

De igual manera el tabaco tiene efectos nocivos en la piel ya que al disminuir el riego sanguíneo de la misma se acelera el envejecimiento, en los ojos incrementa el riesgo de cataratas, tiene efectos sobre los dientes al aumentar el riesgo de caries, halitosis, gingivitis y dientes manchados.

En el hombre el cigarrillo provoca disminución de la densidad del semen y de la velocidad de los espermatozoides; además el fumar daña los cuerpos cavernosos del pene causando impotencia.

La nicotina de igual manera afecta la salud sexual y reproductiva de las mujeres, incrementa el riesgo de infertilidad, la menopausia se ve en promedio 2 años antes que las no fumadoras, incrementa la incidencia de abortos y partos prematuros. El fumar durante el embarazo incrementa el riesgo de niños de bajo peso al nacer.

El sistema osteomuscular se ve también afectado por la nicotina con un incremento de fracturas, de esguinces en los fumadores y osteoporosis en los y las fumadoras.

V. BENEFICIOS AL DEJAR DE FUMAR:

El dejar de fumar esta asociado a beneficios en la salud de hombres y mujeres de todas las edades, el renunciar al tabaco con una rápida reducción del riesgo de un ataque cardiaco, de igual manera disminuye el riesgo de aterosclerosis, de hipertensión arterial y de enfermedades cardiovasculares como infarto al miocardio.

Al dejar de fumar se disminuyen los problemas restrictivos ventilatorios en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), mejora los problemas de bronquiolitis, la concentración de oxígeno en la sangre sube a su nivel normal, la función pulmonar aumenta hasta en un 30% y se reduce la disnea al ejercicio.

El riesgo de fracturas y de osteoporosis en una persona que ha dejado de fumar se vuelve el mismo de alguien que nunca ha fumado; lo mismo ocurre con los problemas de infertilidad y de las complicaciones del embarazo.

En ANEXO N° 6 se resumen los beneficios de dejar de fumar.

VI. PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

El 90% de los fumadores comienzan esta adicción antes de los 20 años de edad, por lo que la mayor parte de los mismos desarrollarán dos terceras partes de su vida con esta adicción y por lo que las medidas preventivas deben iniciarse a muy temprana edad para poder eliminar las complicaciones del tabaquismo.

El tabaquismo es una adicción cuya practica se fundamenta como otras adicciones en la falta de información, en la compulsión por hacerla y en la dependencia que esta crea; por lo que las medidas preventivas al igual que en el alcoholismo deben anticiparse a la dependencia.

Para la prevención primaria del tabaquismo (evitar el inicio en el consumo del tabaco) el personal de salud del Primer Nivel de Atención puede realizar actividades de:

1. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC) COMO CHARLAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Para llevar acabo las actividades de IEC, el personal de la unidad de salud, debe aprovechar cualquier oportunidad donde se encuentren reunidos los grupos de riesgo, puesto que los hombres y los y las adolescentes no acuden tan frecuentemente a los centros de atención, por lo que las charlas se desarrollarán en los centros escolares, o en las unidades de salud o en los grupos de adolescentes, o en cabildos abiertos, o en actividades deportivas, etc.

Estas actividades de IEC, podrán ser llevadas a cabo por **el médico, la enfermera capacitada, educador en salud, trabajadora social o promotor de salud, y coordinará estas actividades con otros sectores como maestros y líderes comunitarios.**

El personal de salud del nivel primario en las **charlas de educación para la salud**, para la prevención primaria del tabaquismo, **Orientará** a los usuarios en los siguientes aspectos:

- Informar que el tabaquismo constituye una verdadera adicción y no un “hábito”.
- Destacar los aspectos nocivos a la salud del tabaquismo para el fumador y su familia, así como, su asociación con múltiples enfermedades y cánceres, establecidos previamente en esta guía.
- Eliminar la concepción errónea de que el cigarrillo vuelve sofisticado e interesante al fumador, que le confiere mayor “hombría” o “atractivo”, etc.
- Establecer el derecho que los y las adolescentes tienen de decir no a las presiones del grupo para fumar y que se tiene mucho más valor por no fumar que el hacerlo;
- Establecer los beneficios que se derivan de no fumar desde el punto de vista médico, económico, etc., descritos en el acápite de beneficios de dejar de fumar.
- Además se debe destacar que se deben respetar las regulaciones en contra del fumado, puesto que los no fumadores tienen derecho de gozar un ambiente libre de tabaco.
- Informar respecto a la importancia de dejar de fumar y de los beneficios que esto conlleva.
- Establecer que hay tratamiento para esta adicción y que aunque hallan recaídas puede llegarse a dejar el tabaco.
- Indicar con la persona a la que puede acudir dentro de la unidad de salud para dejar el tabaco.

De forma ideal deben desarrollarse programas educativos para la salud en conjunto con los centros educativos, en donde no solo el personal de salud desarrolle las actividades de información, educación y comunicación orientadas a la prevención del tabaquismo sino donde los maestros y los estudiantes mismos aborden la temática como parte de su curricula.

Además de las actividades de IEC, el personal de salud a nivel primario deben llevar a cabo:

2. ACCIONES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL TABAQUISMO (DEJAR DE FUMAR), A TRAVÉS DE LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES:

- **Tamizaje y**
- **Terapia psicoterapéutica.**

A. **El Tamizaje** deberá realizarse en el transcurso de la consulta por el médico o la enfermera del primer nivel de atención, esta es una estrategia simple que no tomará mucho tiempo por lo que los prestadores de servicios de salud pueden implementarla en la atención idealmente de todas las personas que acuden a los servicios de salud entre los 15 y 59 años de edad, pero especialmente en los grupos de riesgo establecidos anteriormente.

El tamizaje de tabaquismo se hará a través de 5 simples preguntas conocido como **“la técnica de las 5 A”** por sus siglas en inglés, las cuales se hacen en una entrevista corta de 5 a 10 minutos (preguntar, asesorar, aconsejar, asistir, acordar) y consiste en:

1. Pregunte acerca del uso del tabaco: establezca si lo consume o no, la cantidad y frecuencia de consumo de cigarrillos y las situaciones relacionadas con el consumo del tabaco.
2. Aconseje renunciar al mismo con mensajes claros y personales: hay que destacar los beneficios de dejar de fumar para esa persona en particular y alentar al fumador que deje el tabaco.
3. Evalúe la disposición a dejar de fumar: establezca si reconoce el cigarrillo como causa de ciertos problemas específicos para esta persona y cual es su grado de convicción para dejar el cigarrillo.
4. Asista y ayude a dejarlo: mediante terapias específicas para lo mismo como el esquema de diez pasos que se muestra posteriormente.
5. Acuerde visitas de seguimiento y soporte: se realizarán visitas de seguimiento cada semana para establecer los avances o las recaídas en la adicción y se establecerá para cada visita en forma específica cuales son la metas a alcanzar.

B. Terapia psicoterapéutica. Una vez se ha realizado el tamizaje el personal de salud del nivel primario ayudara al fumador a encontrar mecanismos para abandonar el consumo del tabaco mediante la explicación del **Esquema de los Diez Pasos (ANEXO N° 7)**

Los trabajadores de la salud del nivel primario de atención realizarán sesiones de seguimiento semanal o dos veces por semana en total 8 sesiones, (dejar el cigarrillo es un proceso rápido), en donde se establecerán los avances en el proceso, se le proporcionará orientación respecto al cumplimiento de cada uno de los pasos acorde con las necesidades de cada persona en particular y motivarlo para lograr el cambio de conducta.

Si están disponibles le brindará información impresa para su consulta. Idealmente deberían formarse grupos de personas que han dejado de fumar para que ayuden en el proceso a los que desean dejarlo, sobre todo expresando sus experiencias, compartiendo como ha mejorado su calidad de vida, y motivándolos a dejar el cigarrillo.

4.4 GUIA DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

I. DEFINICIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: “ el uso intencional de la fuerza o el poder físico de hecho como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones”

De igual manera la OMS clasifica a la violencia en tres grandes grupos:

1. **Violencia auto-infringida:** refiriéndose a la violencia en la cual el perpetrador y la víctima son el mismo individuo e incluye: el suicidio y auto-abuso.
2. **Violencia Interpersonal:** refiriéndose a la violencia entre individuos e incluye 2 categorías:
 - a. La violencia Intrafamiliar: maltrato infantil, la violencia contra el compañero íntimo, abuso de los ancianos y
 - b. La violencia Comunitaria donde se encuentran: la violencia en los jóvenes, la violencia relacionada con los crímenes, violencia por extraños y la violencia en el trabajo.
3. **Violencia Colectiva:** refiriéndose a la violencia cometida por grandes grupos de individuos e incluye: la violencia social, política y económica.

Con relación a la naturaleza de la violencia esta puede ser de cuatro formas:

1. Física: en donde el uso de la fuerza implica el apareamiento de lesiones en una o diferentes partes del cuerpo y que puede presentarse en todas las formas de violencia.
2. Psicológica incluye maltrato verbal en forma repetida, acoso y reclusión. Puede estar presente en todos los tipos de violencia.
3. Sexual en donde la fuerza física o la amenaza de la misma es usada con fines sexuales e incluye el acoso sexual, violación o intento de violación, violación impropia (penetración anal), Sexo oral. Puede estar presente en todas las formas de violencia excepto en la auto-infringida.
4. Por negligencia o privación de los recursos físicos, educativos, financieros adecuados para desarrollarse como individuo, puede verse en todos los tipos de violencia

II. EPIDEMIOLOGIA:

A nivel internacional 10 millones de niños han sido víctimas de la violencia por abuso o por negligencia, el 10% de los hombres y un 20% de las mujeres han reportado haber sido víctimas de violencia sexual durante su niñez.

El 47% de las mujeres entre los 18 y 64 años han sufrido al menos un episodio de violencia durante su vida: el 19.1% fueron agredidas durante su vida adulta, el 20.4% fueron agredidas sexualmente en su vida adulta, y el 34.6% habían sido agredidas físicamente por su pareja

Se estima que ocurren 520,000 muertes cada año y entre 20 y 50 millones de lesiones a consecuencia de hechos violentos interpersonales, lo que equivale a 14,000 muertes diarias. Para el año 2002, la incidencia de muerte por violencia interpersonal fue de 97.9 X100, 000 habitantes y en hombres fue de 128.6 X 100,000 habitantes.

En El Salvador El Instituto de Medicina Legal para el año 2003 encontró que la tasa de homicidios fue de 36 X100,000 habitantes lo que sería el equivalente a 7 homicidios diarios, de los cuales el 68% fueron hombres.

La Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2002/03 reportó que el 78.9% de la niñez sufrió de maltrato físico, 67% maltrato psicológico y 31.2% de abuso sexual, además el 35.8% de las mujeres entre los 15 y 49 años de edad han sufrido violencia física durante su vida marital y el 6% de las mujeres han sufrido de violencia sexual en algún momento de su vida.

Con relación a los hombres y la violencia intrafamiliar, la FESAL 2002/2003 que el 8.7% de los mismos ha sufrido de violencia física y el 31.9% de violencia psicológica durante su vida marital.

III. PREVENCIÓN

El papel de los trabajadores de la salud es muy importante para la atención de las lesiones en los casos de violencia así como en la prevención de la misma, el personal que trabaja en el nivel primario de atención tiene un rol muy importante puesto que al tener un contacto íntimo con la comunidad y conocer a los miembros de la misma puede en forma oportuna realizar las intervenciones adecuadas para evitar el apareamiento de la violencia.

A. El personal de salud en el primer nivel de atención realizará la prevención primaria de la violencia, a través de las siguientes actividades de IEC:

- Capacitar a todo el personal de atención primaria independiente de su actividad laboral, para la detección y búsqueda activa de las posibles personas a riesgo, así como a los maestros, promotores de salud y líderes comunitarios. Utilizando estas guías y las de violencia intrafamiliar y sexual del MSPAS para ello.
- Desarrollará actividades de IEC, donde idealmente el médico, enfermera, educador, trabajadora social o psicólogo (donde hay disponibles) deberán crear y coordinar con los líderes comunitarios y maestros un programa de charlas participativas donde se aborde el tema de la violencia y como prevenirla en la comunidad.
- Sensibilizar a los hombres mediante charlas entre pares o del personal de la unidad de salud, respecto al valor de las mujeres dentro de la sociedad, valorizar el trabajo de la ama de casa, las consecuencias que la violencia puede tener en sus hijos y establecer los mecanismos más adecuados para evitarla.
- Aprovechar cualquier oportunidad de abordar esta temática en los grupos de alto riesgo como son los hombres entre los 15-35 años quienes constituyen el grupo de mayor riesgo de ser el penetrador de la violencia o de sufrir la violencia interpersonal, ya que generalmente este grupo no acude con regularidad a los establecimientos de salud, se debe aprovechar cualquier oportunidad para hacerlo como en los clubes de adolescentes o en actividades deportivas.
- Desarrollarán las intervenciones necesarias para la prevención de la violencia sexual descritas en las páginas 34 y 35 de las guías de atención a las personas víctimas de violencia intrafamiliar y sexual del MSPAS.

Los esfuerzos de Educación y Promoción de la No violencia deben enfocarse preferentemente a los aspectos siguientes:

1. Los problemas sociales y de salud pública derivados de la violencia
2. El ciclo típico de la violencia intrafamiliar.
3. Como se aprenden los comportamientos violentos y su replicación
4. Repercusiones de la violencia en la vida familiar y en la sociedad.
5. El riesgo de sufrir o de perpetrar violencia cuando se consume alcohol u otras drogas.

6. Los peligros de tener un arma especialmente en casa
7. Beneficios derivados de vivir en una familia y en una sociedad libre de la violencia.
8. Repercusiones de las conductas agresivas de la televisión, en la vida ordinaria y sobre la violencia comunitaria.
9. El papel replicador de la familia en los comportamientos violentos.
10. El papel que los hombres como modelos para los jóvenes y niños.
11. La necesidad de que los hombres examinen y reflexionen sobre el
12. comportamiento que tienen con las mujeres y los niños.
13. Enfatizar en la necesidad de que los hombres destaquen y reconozcan el valor de las mujeres dentro de la sociedad como educadoras de los hijos, como amas de casa, como proveedoras, como víctimas de la violencia.
14. Importancia de respaldar las figuras públicas que favorecen la igualdad de género y la no violencia.
15. Informar que al cometer violencia intrafamiliar no solo se están violando los derechos de las mujeres y los niños sino que también la ley salvadoreña.
16. Destacar el papel que realizan otras instituciones en esta problemática y las diferentes instancias a las que deben acudir las personas víctimas de violencia para tratar de romper con dicho círculo como son el ISDEMU, organismos de mujeres como CEMUJER, Las Dignas, entre otros.
17. Enfatizar la importancia que tiene el realizar la denuncia de los agresores a las instancias correspondientes como la fiscalía y la policía.

B. Además de las actividades de IEC, el personal de salud del primer nivel de atención puede realizar acciones de detección de grupos de riesgo para la generación de la violencia por medio del tamizaje, especialmente comunitario, tales como:

1. Los hombres adultos jóvenes
2. Hombres con antecedentes de episodio previo de peleas o violencia relacionada con injurias.
3. Personas con abuso de alcohol y drogas
4. Los miembros de una familia con problemas de violencia doméstica.

Para el tamizaje de violencia comunitaria en las personas en riesgo se aplicará el siguiente cuestionario:

- ¿Cuántas peleas se han tenido en el último año?
- ¿Cuándo fue la última pelea?
- ¿Ha resultado lesionado en alguna pelea?
- ¿Alguna vez ha lesionado usted a otra persona?
- ¿Qué ocurre cuando usted pelea con sus amigos o su pareja?
- ¿Ha sido usted alguna vez amenazado?
- ¿Alguna vez ha portado un arma para protegerse?

Una vez se han realizado el tamizaje, las personas en riesgo de sufrir o infringir violencia comunitaria, el nivel primario de atención debe realizar **CONSEJERÍA** abordando los siguientes aspectos:

- Resaltar que la violencia constituye un verdadero problema que debe ser atendido adecuadamente auxiliándose de los datos epidemiológicos que se encuentran en esta guía.
- Establecer formas alternativas para resolver los problemas sin utilizar la violencia, como el dialogo, buscar la ayuda de otras personas, no alterarse, pensar y recapacitar antes de actuar, ser prudente y respetuoso con los demás.
- Apartarse de las personas y situaciones que constituyen un riesgo para un episodio violento como no caminar por lugares oscuros o poco transitados, no llevar objetos de valor en forma ostentosa, no salir de noche a lugares inseguros o peligrosos y de ser necesario hágalo acompañado.
- Abandonar el abuso del alcohol o drogas ilícitas lo cual disminuirá el riesgo de ser víctima o victimizador.
- El no portar armas de fuego o corto-punzantes especialmente en los hombres jóvenes y de estratos socioeconómicos bajos y establecer lo peligroso de dicho comportamiento. Resaltar lo peligroso que es tener un arma en casa sobre todo si hay niños pequeños.
- Evitar ver programas violentos en la televisión y los padres vigilar el tipo de programas y el tiempo que sus hijos ven televisión.
- Los padres deben evitar los actos violentos disciplinarios en sus hijos, puesto que esto enseña a los menores que la violencia es un comportamiento permitido y adecuado.
- Referir a las personas con alto grado de riesgo para la violencia a trabajadoras sociales, al psicólogo y a grupos de apoyo donde estén disponibles.

C. El personal de salud del primer nivel de atención también puede realizar el tamizaje en los casos en los que se sospeche que hay problemas de violencia intrafamiliar.

Para ello puede utilizarse el método llamado cuestionario SAFE (Stress/Safety, Afraid/Abused, Friends/Family, Emergency Plan) en la atención de aquellas mujeres en las que se sospeche sufren de violencia, de la siguiente manera:

- Estrés/ seguridad: ¿Se siente usted a salvo en su relación?
- Temor/abuso: ¿Alguna vez ha estado usted en una relación donde ha sido amenazada, herida o atemorizada?
- Amigos/Familia: ¿Esta su familia o sus amigos consientes de que usted esta siendo herida; podrían ellos proporcionarle apoyo?
- Plan de Emergencia: ¿Tiene usted un lugar seguro donde ir y los recursos necesarios para hacerlo en un caso de emergencia?

Este cuestionario es una herramienta sencilla que permitirá al nivel primario de salud identificar en forma rápida los casos de victimas de violencia intrafamiliar en la comunidad, esto es un problema complejo donde generalmente el hombre tiene un rol fundamental como perpetrador de la misma, y cuyas causas son múltiples entre las más frecuentes están:

- Los problemas económicos.
- El consumo de alcohol y otras drogas.
- Enfermedades graves
- Tener la costumbre de maltratar a la mujer, a los hijos o a cualquier persona que dependa económica o emocionalmente de ellos.

El primer paso en la atención de este problema deberá ser que el perpetrador reconozca la existencia del mismo y que tenga el valor de buscar ayuda. Por lo que el personal de salud mediante una relación empática y de confianza deberá abordar la problemática y orientar a que los perpetradores busquen ayuda en el nivel local.

Una vez se ha identificado las personas que sufren problemas de violencia intrafamiliar se realizará **CONSEJERIA** al perpetrador (ANEXO N° 8), además de la consejería los trabajadores de la salud del primer nivel de atención, médicos, enfermeras, psicólogo y trabajadoras sociales, ente otros, deben llevar a cabo los procedimientos establecidos en las guías técnicas de atención a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y sexual descritos en la pagina 15 y 16 de dicho documento que van orientadas a las personas agredidas.

A N E X O S

ANEXO N° 1

LA VIVENCIA SEXUAL EN LOS PADECIMIENTOS CRÓNICOS

Las personas que adolecen de enfermedades crónicas pueden tener menor interés por la actividad sexual o pueden no disfrutar del mismo modo que solían hacerlo.

Entre otras cosas, por el cansancio, dolor o dificultad para dormir causadas directamente por la enfermedad o por los efectos de la misma sobre el estado psico-emocional pudiendo causar estados depresivos de larga duración.

Así mismo, pueden necesitar medicamentos que afecten la respuesta sexual o haber sido sometidos a procedimientos quirúrgicos que hayan cambiado la apariencia de su cuerpo.

Las enfermedades crónicas no deben significar para las personas que las padecen el fin de su vida sexual, se debe tener presente que la sexualidad es una de las actividades humanas más placenteras a lo largo de la vida, y, por ende, un importante componente para una mejor calidad de vida.

Por lo tanto, debe proveerse a estas personas y a su pareja de una adecuada consejería para ayudar a mantener, hasta donde sea posible, una vivencia sexual satisfactoria y saludable.

Uno de los aspectos más importantes de una saludable relación sexual es la comunicación efectiva. Si la persona enferma y su pareja discuten abiertamente sus propias necesidades, podrá superarse casi cualquier dificultad.

Incluso con las mejores intenciones y preparación, puede haber ocasiones durante el curso de la enfermedad que la persona decida no estar activo sexualmente.

Es importante hablar con la pareja sobre la situación que en esos momentos se atraviesa y explicar sobre los deseos y sentimientos que se experimentan. Así mismo, debe hablarse sobre cómo puede ayudarla a lidiar con los sentimientos e interés en la actividad sexual por parte de él o de ella.

Por otra parte, debe motivarse a la persona enferma para que comunique al médico o al personal de salud de mayor confianza, acerca de cualquier preocupación que tenga con respecto a su vida sexual.

Para ayudar en la preparación de las condiciones para una actividad sexual satisfactoria, deberá compartirse las siguientes sugerencias:

- Motivar a los enfermos para que se instruyan y conozcan sobre las peculiaridades de la enfermedad que padecen.
- Aún cuando no se planee tener actividad sexual, se debe mantener un acercamiento afectivo y romántico con la pareja. .
- Planear la actividad sexual para la hora del día en que la persona tiene más energía y cuando el problema de salud le molesta menos.
- Asegurarse de estar descansado y relajado. .
- Si el tratamiento prescrito incluye medicamentos para aliviar el dolor, es conveniente tomarlos 30 minutos antes de la actividad sexual, a fin de evitar molestias que entorpezcan la relación.
- Tomando en cuenta que el tabaco y el alcohol afectan el funcionamiento sexual, deben limitarse al mínimo o evitarse.

ANEXO N° 2

PATÓGENOS CULTIVADOS EN ESTUDIOS DE CASOS DE NEUMONIAS

MICROORGANISMO	PREVALENCIA
S. Pneumoniae	20-60%
C. Pneumoniae	5-17%
Anaerobios orales	6-10%
H. Influenzae	3-10%
Otras bacterias G (-)	3-10%
S. Aureus	3-5%
L. Neumophilla	2-8%
M. Catarrallis	1-3%

En un 30% de neumonía adquirida en la comunidad, no hay identificación del microorganismo.

ANEXO N° 3

TEST PARA IDENTIFICAR DEPENDENCIA AL ALCOHOL. AUDIT 1999

1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

- nunca
- una o menos veces al mes
- 2 o 4 veces al mes
- 2 o 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana.

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 a 9
- 10 o más.

3. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- nunca
- menos de 1 vez al mes
- mensualmente
- semanalmente.
- a diario o casi a diario.

4. ¿Con que frecuencia en el último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- nunca
- menos de 1 vez al mes
- mensualmente
- semanalmente.
- a diario o casi a diario.

5. ¿Con que frecuencia en el último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- nunca
- menos de 1 vez al mes
- mensualmente
- semanalmente.
- a diario o casi a diario.

6. ¿Con que frecuencia en el último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho la noche anterior?

- nunca
- menos de 1 vez al mes
- mensualmente
- semanalmente.
- a diario o casi a diario.

7. ¿Con que frecuencia en el último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- nunca
- menos de 1 vez al mes
- mensualmente
- semanalmente.
- a diario o casi a diario.

8. ¿Con que frecuencia en el último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- nunca
- menos de 1 vez al mes
- mensualmente
- semanalmente.
- a diario o casi a diario.

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- No
- Sí, pero no el curso del último año.
- Sí, en el último año.

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

- No
- Sí, pero no el curso del último año.
- Sí, en el último año.

ANEXO N° 4

MATRIZ DE HADDON

FASE DEL ACCIDENTE	FACTOR HUMANO	FACTOR DEL VEHICULO	FACTOR DE LA VIA
PRE - EVENTO	• Información • Actitudes • Discapacidades • Aplicación de la reglamentación vial • Etc.	• Estado técnico (frenos, maniobrabilidad) • Control de velocidad • Etc.	• Diseño, trazado y condiciones de la vía. • Limitación de velocidad. • Vías peatonales • Etc.
EVENTO	• Utilización de dispositivos de retención por conductor y pasajeros	• Dispositivos de retención de ocupantes • Otros dispositivos de seguridad • Diseño protector contra accidentes	• Objetos de protección contra choques • Objetos de protección contra desbordamiento
POST - EVENTO	• Primeros auxilios • Acceso a atención médica.	• Facilidad de acceso • Riesgo de incendio	• Servicios de socorro • Congestión de las vías.

ANEXO N° 5

CUADRO RESUMEN DE SUSTANCIAS CONTENIDAS EN EL CIGARRILLO.

Entre las 4000 sustancias que contiene el cigarrillo más de 40 de estas han demostrado ser carcinogénicas y entre ellas tenemos:

TÓXICAS	CANCERÍGENAS
• Nicotina • Monóxido de carbono • Acetona • Amonia • Tolueno • Acido acético • DDT • Metano • Formaldehído	• Benzopireno • Arsénico • Níquel • 1-naftilamina • 4-aminodifenil • Polonio-210 • Clorato de vinil uretano • Cadmio • Anilina

ANEXO N° 6

¿QUÉ BENEFICIOS SE PRODUCEN AL DEJAR DE FUMAR?

QUÉ ES LO QUE OCURRE EN EL ORGANISMO DE UN FUMADOR AL DEJAR DE FUMAR?

A los 20 minutos del último cigarrillo

- La Presión arterial se restablece
- El Pulso se restablece
- La Temperatura de pies y manos se restablece

A las 8 horas

- El Monóxido de carbono en sangre se normaliza
- El Oxígeno de sangre se normaliza

A las 24 horas

- Disminuye la probabilidad de ataque cardíaco

A las 48 horas

- Las terminales nerviosas se acostumbran a la ausencia de nicotina
- Mejora el gusto y el olfato

A las 72 horas

- Los bronquios se relajan, se respira mejor
- Mejora la capacidad pulmonar

A las 2 semanas-3 meses

- Mejora la circulación
- Es más fácil caminar
- La Función pulmonar mejora en un 30%

A los 1-9 meses

- Disminuye la tos, la congestión nasal, la fatiga y la falta de aire
- Se regeneran los cilios y disminuyen las infecciones respiratorias
- Aumenta la energía general

Al año

- El riesgo de morir por enfermedades cardíacas disminuye a la mitad

A los 5 años

- El riesgo de morir por enfermedad cardíacas es igual al de los no fumadores
- El riesgo de morir por enfermedad pulmonar disminuye a la mitad

A los 10 años

- El riesgo de morir por cáncer de pulmón es similar al de los no fumadores
- Se reemplazan las células pre-cancerígenas
- Disminuye la incidencia de otros cánceres

ANEXO N° 7

ESQUEMA DE LOS DIEZ PASOS PARA DEJAR DE FUMAR

PASO 1

En una primera sesión el médico, la enfermera o psicóloga ayudarán al fumador conocer sus hábitos en esta adicción y por qué deja de fumar, mediante las siguientes preguntas:

1. Años de fumado
2. Numero de cigarrillos fumados cada día.
3. A que hora se fuma el primer cigarrillo.
4. Razones porque dejar de fumar y para No dejar de fumar.

PASO 2

Siempre en la primera sesión, el trabajador de la salud ayudará al fumador a tomar una decisión positiva Debo dejar de fumar, y orientarlo a realizar esta reflexión tan frecuentemente como tenga ganas de volver a fumar.

Debe indicársele que elija una fecha, (el final del año, un cumpleaños, un embarazo, etc.) en la cual dejará en un futuro de fumar de modo que ese día se asocie al cambio de vida, un antes y un después de haber dejado de fumar.

PASO 3

En una segunda sesión, el médico o la enfermera informará respecto a lo que es el tabaco, los daños a los fumadores pasivos, el daño a sus órganos y sistemas por el cigarrillo y establecerá que la etapa más difícil en el proceso de dejar de fumar son los primeros 5 días y recomendará pensar siempre en el presente, tomar la decisión de no fumar día a día. El personal de salud alentará al fumador a que una vez abandonado el tabaco debe de hacer este sentimiento perpetuo, lo mejor para no fumar es no volver a fumar.

El médico, la enfermera o psicóloga deberá Recomendar al fumador lo siguiente:

- No compre cigarrillos y fume menos cigarrillos cada día.
- Ante el deseo de fumar, respirar muy profundamente, relajarse, beber agua, masticar chicle, mantenga las manos y su boca ocupada con algo como un lápiz; si desea fumar espere 5 minutos antes de encender un cigarrillo.
- No fume en casa, ni en los lugares favoritos.
- No valla a los lugares donde hay muchos fumadores
- Hable con personas que han dejado de fumar y cuénteles a sus familiares y amigos que desea dejar de fumar.

- Coleccione las colillas en una botella llénela de agua y cada vez que sienta el deseo de fumar destápela para oler alguno de los tóxicos que el tabaco despiden.

PASO 4.

En una tercera sesión, recomiende una dieta en el periodo inicial (primeros 5 días), para tratar de reducir los problemas por la abstinencia a la nicotina de la siguiente manera:

- Tome comidas ligeras, de prioridad a frutas en grandes cantidades y vegetales, que además de facilitarle la abstinencia, le aportarán vitaminas C y B.
- No tome carnes ni pescados fritos o guisados, no tome postres azucarados.
- El azúcar puede impedir la absorción de ciertas vitaminas que serán fundamentales para estos días (mejoran la función nerviosa).
- No tome condimentos fuertes, mostaza, pimienta, chile, estas producen aumento del ansia de fumar.
- Tenga cuidado con los pasteles, pastas, chocolate, tenga en cuenta que no quiere engordar y además no le conviene.

PASO 5

De igual manera oriente respecto a las bebidas que debe ingerir para reducir la sintomatología de la abstinencia:

- Tomará muchos líquidos, 5 ó 6 vasos de agua al día o jugos de frutas naturales o leche. Es importante para eliminar la nicotina y para evitar la ansiedad, además de ser necesario para su sistema nervioso.
- No debe tomar café o té son estimulantes del sistema nervioso y le generan más ansiedad de fumar.
- No debe tomar alcohol, le empeora el juicio tomado sobre el dejar de fumar y estimula el cerebro. Es fatal y la asociación fumar-alcohol es casi una pareja inseparable.

PASO 6.

Para superar los primeros días en el proceso de dejar el tabaco, recomendará darse frecuentes duchas y baños durante la primera semana, la piel es un órgano excretor y por ello el estimular mediante el agua esta función le ayudará a pasar su abstinencia y limpiar de nicotina el cuerpo.

PASO 7.

Orientará a que debe de realizar inhalaciones profundas de aire, en momentos de ansiedad y sobre todo después de las comidas. Debe de moverse y caminar sobre todo después de comer o cenar durante 15/20 minutos. Realice ejercicio y nunca debe quedarse sentado después de comer.

PASO 8.

Orientará al fumador a que se acueste a la hora adecuada, duerma 8 horas y se levante para un desayuno adecuado. Coma lo que debe comer a las horas y realice el ejercicio preciso a la hora fijada.

PASO 9.

El fumador en proceso de dejar el tabaco debe contar con familiares o amigos que le apoyen en su objetivo. El intentar animar al entorno a su proyecto le generará más satisfacción y le apoyará a la vez. Puede apoyarse con los grupos de que trabajan en esta área como la Fundación Salvadoreña de Exfumadores (EXFUSAL).

PASO 10.

En una cuarta sesión, El personal de salud debe tratar de motivar al fumador y orientarlo respecto a: que muchas personas lo consiguen dejar de fumar, ¿por qué usted no, se cree inferior? Debe tener en cuenta que está consiguiendo algo muy grande. No olvide nunca las razones de su decisión, un hábito de años debe de ser controlado cada día con fuerza, no debe ser olvidado por la noche, USTED HA ELEGIDO DEJAR DE FUMAR.

Debe en forma paulatina y gradual establecer metas claras y precisas respecto a la cantidad de cigarrillos que dejará diariamente hasta el día particular que se escogió para dejar de fumar llegue. Se acordarán en este momento sesiones de seguimiento para evaluar los logros o las recaídas en esta adicción.

ANEXO N° 8

GUIA PARA REALIZAR CONSEJERIA CON PERPETRADORES DE HECHOS VIOLENTOS.

Aspectos a tratar en la Consejería al Perpetrador de La Violencia (Generalmente Hombres)

- Destacar la importancia de que el hombre mantenga la buena comunicación familiar.
- Destacar que muchos de los hombres (perpetradores de la violencia) deben cambiar sus patrones culturales de “machismo” lo cual constituye un proceso que toma tiempo y que es difícil de abandonar.
- Determinar que los hombres en la comunidad deben de respetar a sus parejas y a sus hijos y que bajo ninguna perspectiva tienen el derecho de agredirlos físicamente.
- Enfatizar que el ciclo de la violencia es aprendido, por lo que los hombres agresores deben de romper con este ciclo vicioso de la violencia, con una crianza de los hijos amorosa, respetuosa y de confianza.
- Acentuar que los hombres deben de dar el ejemplo y enseñarles a sus hijos el respeto a los demás.
- Destacar en los hombres, la importancia de evitar el uso del alcohol y otras drogas, como parte del cambio del comportamiento violento.
- Derivar su tensión y el estrés hacia el ejercicio físico, la música u otras actividades recreativas y compartirlas con la familia.
- Establecer que con la violencia intrafamiliar los hombres, están no solo violando los derechos de las mujeres y sus hijos sino también infringiendo la ley.
- Enfatizar la importancia de buscar ayuda mediante terapia psicológica para abandonar el comportamiento abusivo y referir al psicólogo.