

***MANUAL DE  
PROCEDIMIENTOS BASICOS  
DEL MEDICO Y ENFERMERA  
DE LA FAMILIA***

***COLECTIVO DE  
AUTORES***

***Ciudad de La Habana,  
Cuba.***

## *Colectivo de Autores:*

*Dra. Elia Rosa Lemus Lago. MsC.*

*Dra. Tania Pérez Xiques.*

*Dr. Alcides Lorenzo Rodríguez. MsC.*

*Dra. María Clarivel Presno Labrador. MsC.*

*Dr. Jesús D. Antúnez Taboada.*

*Dr. Mario Feraud Sotelo. MsC.*

*Dr. Luis Alberto Fonticiella Padrón*

*Dra. Carmen Rosa Forcelledo Llano.*

*Dr. Fidel González Noa.*

*Dra. Lilliam Jiménez Fontao.*

*Dra. Belkis Maceo Wilson.*

*Dra. Ruby Esther Maynard Bermúdez.*

*Lic. Martha Martínez Ramos.*

*Dra. Nidia Márquez Morales. MsC.*

*Dra. Lázara Méndez Gálvez.*

*Dra. Ana Margarita Muñiz Roque. MsC.*

*Lic. Carmelina Pérez Pileta. MsC.*

*Lic. Lina María Pozo Amador.*

*Dr. Jorge Ramón San Cristóbal.*

*Dra. María De los A. Valladares Marrero. MsC.*

*Dr. Luis Gandul Salabarría*

*Dr. Leonardo Cuesta Mejía*

*Dra. Zaida Barceló Montiel*

*Dr. Santos Huetes Ferreira*

*Dra. Lourdes Broche Villareal*

*Dra. Dorís Sierra Pérez*

## ***Dedicatoria***

*“A Fidel, gestor y guía de este modelo generoso  
y humanitario, para la salud de todos los pueblos  
del mundo”.*

*Médicos y Enfermeros de la Familia.*

## ***Capítulo I***

### ***Análisis de la Situación de Salud.***

*"... ese médico practica una medicina científica y humanista, tiene una profunda orientación social, se relaciona con toda la comunidad de una forma activa, influyendo y participando en la modificación de los problemas que afectan al medio ambiente."*

***Fidel.  
Febrero 12/1982***

## CAPITULO I

### **ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN LA MEDICINA FAMILIAR.**

Para el Equipo Básico de Salud, el Análisis de la Situación de Salud y la dispensarización, son las habilidades esenciales para el desarrollo de las acciones de atención médica integral.

Muchas son las dificultades que se han presentado en la realización de los análisis de la situación de salud que han provocado la insatisfacción de los Médicos de Familia con su ejecución, entre ellos:

- A pesar de que el Programa de Atención Integral a la Familia orienta que las acciones se planifiquen a partir del análisis de la situación de salud de la población, la conducción programática y el enfoque vertical de los Programas Nacionales no han tomado en cuenta la situación de salud real que en el ámbito personal, familiar y comunitario se producen, lo cual ha impedido la correcta utilización de este valioso instrumento como herramienta de trabajo para a Equipo Básico de Salud.
- Considerar la identificación, priorización y solución de los problemas de salud una responsabilidad sólo del sector salud.
- En el proceso de análisis cada elemento es abordado por parte de los equipos básicos de salud de forma independiente y en ocasiones exclusivamente descriptiva, esto provoca una interpretación reducida de los problemas de salud detectados y no se les relaciona con las posibles causas, que es el primer objetivo del análisis: buscarles una posible relación causal.

**Por ejemplo:**

**Las dificultades del saneamiento ambiental, que influyen en los patrones de morbilidad por enfermedades de transmisión digestiva, casi siempre se analizan independientemente, sin relacionar la incidencia de estas con las características sanitarias del agua o la disposición de los residuales líquidos y sólidos.**

- En muchas ocasiones el análisis se reduce a una recolección excesiva de datos. Está ausente el nivel de síntesis y el enfoque epidemiológico.

## **¿ QUE DEBEMOS TENER EN CUENTA PARA REALIZAR EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD?**

**Análisis de la Situación de Salud de la población:** es el proceso continuo y dinámico de identificación y análisis causal de los problemas de salud, priorización y elaboración de un Plan de Acción que permita mejorar la situación de salud de la comunidad.

Se desarrolla en dos fases:

- Descriptiva o Diagnóstico de la Situación de Salud.
- Analítica: se valora la relación que existe entre los problemas de salud y sus posibles causas, así como la influencia que sobre ellos ejercen los Determinantes del Estado de Salud de la Población. Es importante la participación popular para priorizar los problemas de salud (incluidos los que corresponden a necesidades sentidas de la población) y buscar soluciones.

## **PREMISAS PARA LA REALIZACIÓN DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD.**

- **Debe ser flexible, siempre prevalecerá un pensamiento lógico y científico en el análisis de la situación concreta del lugar y de los elementos a tener en cuenta por parte del Equipo Básico de salud. De ninguna manera deben ser una guía u horma.**
- El Análisis de la Situación de Salud será desarrollado de forma continua por el Equipo Básico de Salud, como parte de la atención integral a personas, familias y comunidad.
- Debe ser una herramienta investigativa para la solución de los problemas de salud.
- El Equipo Básico de Salud se responsabilizará con la conducción y ejecución del Análisis de la Situación de Salud de las personas y familias aplicando el método clínico y la evaluación de la salud familiar utilizando como documentos rectores para el registro de este proceso, la historia de salud individual y familiar.
- El Equipo Básico de Salud participará en el Análisis de la Situación de Salud de la comunidad, brindando la información relacionada con la salud, los riesgos, las enfermedades, discapacidades, deficiencias y otros problemas que afectan a la población que atiende, aportando la capacidad técnica necesaria en cada una de las

etapas de este proceso y realizando las tareas que le correspondan en el plan de acción.

- Debe realizarse con participación comprometida de toda la comunidad desde su concepción, que favorezca el desarrollo constante de la autoresponsabilidad de la población en la producción de salud.

Se llevará a los documentos escritos, aquellas informaciones que le sean necesarias para la priorización de los problemas y la búsqueda de las alternativas de solución, utiliza su capacidad, experiencia y creatividad para proponer y hasta construir otros indicadores, agregar componentes, aportar fuentes de información, que sin exagerar produzcan información útil para el proceso de aproximación sucesiva de conocimiento de la situación de salud de las personas, familias y de la comunidad y cada análisis realizado.

Lo más importante es comprender que el análisis de la situación de salud es la herramienta fundamental con que cuenta el Equipo Básico de Salud, para la evolución de los problemas de salud de personas, familias y comunidad.

### **¿Cómo acceder a la información necesaria para hacer el Análisis de la Situación de Salud?**

Se tomará como información necesaria las:

1. Características de la comunidad objeto de estudio.
  - Historia de la comunidad: hábitos y costumbres, cultura y creencias religiosas.
  - Geografía: características topográficas, tipos de suelo, vegetación, flora, fauna, límites territoriales, principales características climáticas como la temperatura media anual, las estaciones y las precipitaciones, elementos cuya presencia no solamente es útil describir, sino apreciar su influencia en la salud y la enfermedad.
  - Organización político administrativa: capacidad para movilizar la comunidad, participación en la solución de los problemas, influencia que en el territorio posean las estructuras de gobierno y las organizaciones comunitarias, así como los líderes no formales de la comunidad.
  - Datos demográficos: estructura poblacional, el índice Rosset y de Swaroop.
  - Situación socio económico: recursos financieros, las principales producciones y las fuentes de ingreso las posibilidades de empleo, instalaciones sociales, etc.
2. Determinantes del Estado de Salud de la Población (Elementos del campo de salud de Lalonde):

- Biología Humana: Herencia, capacidad inmunológica, edad, sexo.
- Estilo de vida (principales factores de riesgo): hábito de fumar, alcoholismo, sedentarismo y obesidad, comportamiento sexual inadecuado, la drogodependencia, violencia doméstica, hábitos alimentarios no saludables, desempleo, uso indebido de medicamentos, estrés, condiciones estructurales de la vivienda, bajo nivel escolar, malas condiciones laborales, inestabilidad familiar, y otros que el Equipo Básico de Salud identifique en su comunidad.
- Ambiente: Correlación necesaria entre los factores ambientales y su influencia en las enfermedades transmisibles y no transmisibles más frecuentes, disponibilidad, cobertura, cantidad, calidad del agua, fuente de abasto, frecuencia del suministro, disponibilidad final de residuales líquidos y sólidos, índices de infestación por vectores, contaminación ambiental aire y suelo. Situación higiénica de las viviendas centros laborales o escolares de su comunidad.
- Organización de los servicios de salud: suficiencia, eficiencia y calidad de recursos humanos, materiales o financieros. indicadores de salud, modificaciones producidas en la población en ese sentido, acciones educativas, concretamente las acciones de promoción y prevención, los programas de óptica, medicamentos, medicina natural y tradicional y transporte sanitario (retroalimentación de los problemas de estos servicios con la población que los recibe) Deficiente calidad, pobre accesibilidad, altos costos, atención oportuna, falta de interrelación con otras unidades

### 3. Morbilidad.

- Población dispensarizada: Aparentemente sanos, Con riesgos, Enfermos, Con deficiencia o discapacidad.
- Incidencia y prevalencia de las principales enfermedades transmisibles y no transmisibles registradas por los sistemas de información estadística de forma comparativa con períodos anteriores.
- Discapacidad e invalidez, secuelas importantes de la morbilidad.
- Enfermedades registradas por los sistemas de información estadística.
- Principales factores de riesgo: los que condicionan las afecciones maternas, perinatales, infantiles, las enfermedades cardiovasculares, neoplásicas, los accidentes, los suicidios y otros en relación con la situación de salud de la comunidad.
- Problemas de salud bucal

### 1. Mortalidad.

- Análisis de cada fallecimiento, mediante la descripción del fallecimiento, los factores que condicionaron la defunción y el tipo de enfermedad, la calidad de atención recibida y otros elementos que contribuyan a detectar su posible evitabilidad.

## 2. Identificación y fundamentación de los principales problemas de salud.

Vale la pena recalcar que toda esta información que se generara a partir de las fuentes de información, se utilizan para estudiar y diagnosticar los problemas y de **ningún modo deben utilizarse para hacer extensos informes** que entorpezcan la adecuada interpretación de los resultados y la utilización práctica de los mismos, que el análisis de las situaciones detectadas haya producido, así como de las medidas que se propongan para la solución de los mismos.

Debemos enfatizar también que la salud es un producto social, lo cual significa que solo se genera con la **participación comprometida** toda la comunidad y por tanto de todos los sectores

## ***Capítulo II***

### ***Familia***

*".....pero además, podremos tener miles de médicos atendiendo grupos de familias".. "... para que vigile por la salud de esa familia, los problemas que tiene,....."*

***Fidel.***

***Julio 27/1983***

## CAPITULO II

### **FAMILIA.**

La Familia es la célula fundamental de la sociedad, es el objeto de estudio de la Medicina Familiar, el lugar donde se forman y aprenden hábitos y costumbres que influyen en el proceso salud enfermedad.

#### **¿Qué es familia?**

Grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla. Se excluyen de esta definición otros casos que también requieren atención de salud pero que no constituyen un grupo familiar, por ejemplo el hogar unipersonal y grupos de personas que conviven sin establecer relaciones familiares (ej. becados, alquilados, albergados, etc.)

#### **Premisas para realizar la atención integral a la familia.**

La atención integral a la familia debe:

- ✓ Ser un proceso de aproximaciones sucesivas donde cada contacto individual es una oportunidad para intervenir en la familia y viceversa.
- ✓ Cumplir con los aspectos éticos.
- ✓ Desarrollarse a partir del Análisis de la Situación de Salud de las personas, la familia, la comunidad y la dispensarización.
- ✓ Estar dirigida hacia la salud
- ✓ Desarrollarse en equipo.
- ✓ Conocer por parte del Equipo Básico de Salud el ciclo vital de la familia y poseer información básica de la familia a evaluar.
- ✓ Utilizar la observación científica como fuente de evaluación de la familia.(**ANEXO 1**)
- ✓ Utilizar el abordaje sistémico: para abordar una familia hay que tener en cuenta que se comporta como un sistema.

## ¿Cómo comprender que la familia es un sistema?

Para comprender la familia como un sistema debemos tener en cuenta que:

- Está en constante interacción con el medio ambiente, la comunidad, las instituciones y otros sistemas externos (vecinos, escuela, trabajo, etc.).
- Es un conjunto de elementos que son sus miembros, que se interrelacionan entre sí.
- Es parte de un sistema mayor que es la comunidad.
- Está regida por reglas de comportamiento que determina las relaciones entre sus miembros, que constituyen un mecanismo regulador interno.
- La interacción entre sus integrantes produce la aparición de nuevas cualidades que no existen en cada uno de ellos por separado.
- Puede estar constituida por tres subsistemas:
  - ◇ Conyugal: relaciones que se establecen entre los integrantes de la pareja (padres).
  - ◇ Parental: relaciones que se establecen entre los padres y los hijos.
  - ◇ Fraternal: relaciones que se establecen entre los hermanos.
- Los cambios que se producen en uno de sus miembros repercuten en la familia como un todo o viceversa.

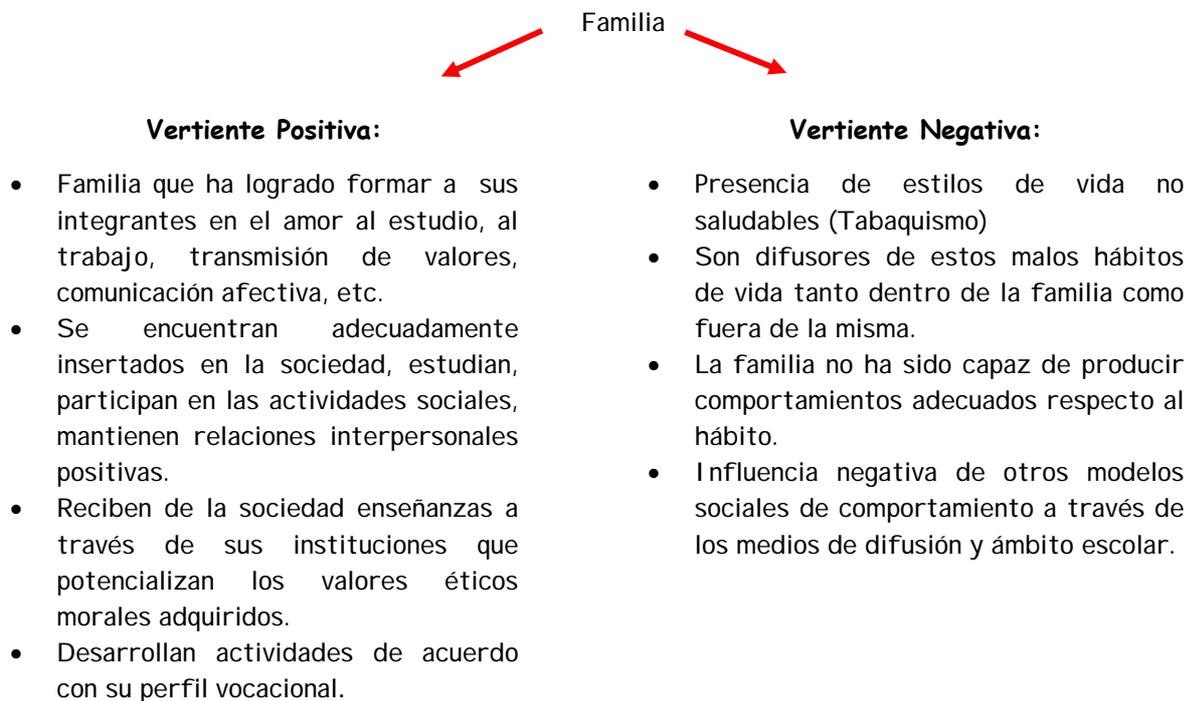
Por todo esto el Equipo Básico de Salud está en situación ventajosa para:

- **Comprender** la influencia de las características de la familia en el proceso salud enfermedad de sus integrantes.
- **Anticiparse** a los problemas de salud.
- **Diagnosticar** tempranamente cualquier alteración del ambiente familiar y de las personas.
- **Interpretar** cómo responde a los cambios que se producen a lo largo de la vida.

Para comprenderlo utilizaremos un ejemplo:

Familia integrada por: Padre de 48 años, profesor universitario, fumador; Madre de 47 años profesora primaria; Hija de 16 años, estudiante de preuniversitario, fumadora; e hijo de 12 años, estudiante de 8vo grado y alérgico. Familia con funcionamiento familiar adecuado.

Esto lo analizaremos desde 2 vertientes:



De este análisis se deriva que la familia actúa favorable o desfavorablemente en la formación de la persona:

- Negativamente ha transmitido hábitos no saludables (tabaquismo), propició el inicio en el consumo en uno de sus adolescentes, sometiendo al otro a situación de riesgo al poder imitar la conducta, mientras tanto éste como la madre se comportan como fumador pasivo.
- Positivamente ha transmitido valores ético-morales socialmente positivos y patrones funcionales adecuados.

### ¿Qué es Salud Familiar?

Es la capacidad del conjunto de sus miembros de lograr un buen funcionamiento familiar, en el enfrentamiento a los cambios del medio social y de la propia familia, en el cumplimiento de las funciones básicas para lograr el desarrollo de sus integrantes y propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida.

### No puede verse la salud familiar como:

- La suma de la salud de sus miembros.
- La ausencia de enfermedad de todos.
- Los núcleos familiares donde no hay crisis.

### **Evaluación de la salud familiar:**

Es un proceso continuo y dinámico de aproximaciones sucesivas a la familia que permite la obtención, análisis de la información e identificación de problemas y las potencialidades de la familia con vista a poder realizar acciones de promoción, prevención de enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación.

### **¿Cómo se evaluara la salud familiar?**

El Equipo Básico de Salud evaluará la salud familiar mediante la **Observación Científica**, que será utilizada como la herramienta fundamental (**Anexo 1**) y planificará la intervención, quedando a la libre elección del equipo, el utilizar otros instrumentos que conozca y que lo ayuden a trabajar según las necesidades de salud, características de la comunidad y la complejidad del proceso.

### **Tendrá en cuenta los siguientes aspectos:**

- Condiciones materiales de vida.
- Salud de los integrantes de la familia.
- Funcionamiento familiar.

**Condiciones materiales de vida:** Se evaluará teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Condiciones estructurales de la vivienda.
- Equipamiento doméstico básico.
- Hacinamiento.
- Satisfacción de los integrantes de la familia con los ingresos

**Salud de los integrantes de la familia:** Se evaluará teniendo en cuenta los Salud de cada miembro.

- Se considerará que este aspecto afecta la salud familiar cuando hay predominio de la enfermedad sobre la salud.
- Cuando la naturaleza del problema que afecta a alguno de sus integrantes sea de una envergadura tal que influya negativamente en la dinámica de las relaciones internas.

**Funcionamiento familiar** se evaluará atendiendo a:

- El cumplimiento de las funciones básicas de la familia.
  - Reproductiva.

- Económica (Sí la familia cubre las necesidades materiales básicas de alimentación, higiene, cuidado personal, calzado, vestuario, medicamentos de sus integrantes)
- Afectiva (Sí los miembros de la familia expresan o evidencian signos de satisfacción afectiva con su familia)
- Educativa (Cuando los miembros de la familia mantienen comportamientos aceptados socialmente)

➤ La dinámica de las relaciones internas:

- Se produce en forma sistémica y es relativamente estable. Condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes.
- Se evaluará a través de la observación y percepción del equipo básico de salud tenga de cómo se producen la interrelación de sus integrantes, actitudes y el comportamiento. Se tendrán en cuenta las siguientes categorías:
  - **Cohesión familiar:** Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y al tomar decisiones.
  - **Armonía:** Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
  - **Comunicación:** Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
  - **Adaptabilidad:** Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que la requiera.
  - **Afectividad:** Capacidad de los integrantes de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a otros.
  - **Rol:** Cada integrante de la familia cumple las responsabilidades y funciones acordadas por el núcleo familiar.
  - **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

La evaluación de la funcionalidad de las familias será cualitativa, según el cumplimiento de las funciones básicas, la observación y percepción de la dinámica de las relaciones internas, clasificando las mismas en:

- Funcional (cumple con las funciones básicas y tiene buena dinámica de las relaciones internas)
- Riesgo de disfuncionabilidad (incumple con una de las funciones básicas, pero no repercute en la dinámica de las relaciones internas de la familia)
- Disfuncional (incumple con algunas de las funciones básicas y están afectada la dinámica de las relaciones internas)

**En resumen: Existe un proceso de integración e interacción entre los 3 elementos que determinan la Salud Familiar, siendo el funcionamiento familiar el que tiene un papel predominante, de manera tal que:**

**Se evaluarán como:**

- Familias sin problemas de salud.
- Familias con problemas de salud a predominio de:
  - Dificultades con las condiciones materiales de vida.
  - Dificultades con la salud de los integrantes de la familia.
  - Dificultades en el funcionamiento familiar.

Estaremos en presencia de una **Familia sin Problemas de Salud** cuando la Salud de sus integrantes y/o las condiciones materiales de vida sean favorables y de no serlo, no influyan en la dinámica de las relaciones internas y el cumplimiento de las funciones básicas de la misma, conservando la familia su equilibrio y capacidad plena para enfrentar y solucionar estas situaciones.

Estaremos en presencia de una **Familia con Problemas de Salud** cuando existan dificultades con las condiciones materiales de vida y/o la salud de sus integrantes con una repercusión negativa en la dinámica de las relaciones internas y el cumplimiento de las funciones básicas de la misma, **no** conservando la familia su equilibrio y capacidad para enfrentar y solucionar estas situaciones.

Esto nos permite identificar los problemas y potencialidades de la familia con vista a intervenir en la misma y cumplimentar las acciones de promoción, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación.

**Algunas situaciones de salud individual pueden sugerir que subyace un problema en el funcionamiento familiar entre otros:**

- Pacientes con síntomas y signos mal definidos.
- Problemas de salud mental en sus miembros.
- Hiperutilización de los servicios de salud.
- Incumplimiento de la prescripción médica.
- Problemas de adicción a drogas.
- Alteraciones de la conducta.

## **La Intervención familiar:**

Consiste en el conjunto de acciones orientadas hacia la familia, realizadas por el Equipo Básico de Salud u otros integrantes del Grupo Básico de Trabajo a través de las cuales se propicia el desarrollo de los propios recursos familiares de manera que la familia pueda ser capaz de hallar alternativas de solución ante los problemas de salud.

## **¿ Porque es necesaria la intervención familiar?**

1. Con la intervención familiar se puede preparar a la familia para ejercer su acción educativa y protagónica en la estimulación del desarrollo de sus integrantes.
2. Con la intervención podemos abordar los problemas de salud de las personas y la comunidad propiciando la búsqueda de soluciones.
3. La familia constituye el espacio ideal para actuar sobre el estado de salud de sus integrantes.
4. Tiene la condición natural de formar hábitos, actitudes y estilos de vida saludables, puede realizar acciones de promoción de salud, prevención de la enfermedad y sus secuelas.
5. Es el eslabón principal de apoyo para el enfrentamiento adecuado de la enfermedad y su tratamiento.
6. Constituye la base para el trabajo de rehabilitación con el objetivo de abordar el reajuste a una nueva modalidad de vida.
7. La presencia y afecto familiar es el mejor soporte para el tránsito de cada uno de sus integrantes en el ciclo vital de la familia y el desarrollo integral de las personas.

**Formas de Intervención Familiar:** Existen dos formas de intervención familiar:

1. Intervención Familiar Educativa.
2. Intervención Familiar Terapéutica.

Intervención Familiar Educativa.

Se refiere al proceso que permite a la familia recibir información, producir conocimiento sobre determinados temas de salud y promover la reflexión. Pretende estimular la adopción de estilos de vida saludables y patrones de relación funcionales y adaptativos a los cambios, incluyendo los de salud - enfermedad.

La intervención familiar educativa puede realizarse a:

- Cualquier tipo de familia con la cual se desarrollan las acciones de preparación, promoción y prevención.
- Familias que buscan consejos para la toma de decisiones ante eventos vitales importantes.

Técnicas de Intervención Familiar Educativa. (Anexo No.2)

1. Entrevista Familiar.
2. Consejería.
3. Orientación Familiar.
4. Dinámica Familiar.
5. Grupo Comunitario de Orientación Familiar.

En el caso de las familias disfuncionales, requerirán además de la intervención educativa, intervenciones terapéuticas; para lo cual el equipo básico de salud debe estar preparado, de no ser así deberá realizar juntas médicas con otros profesionales según las necesidades.

### **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- La familia se comprende mejor viéndola directamente en su contexto de vida cotidiana, de forma especial en su hogar.
- El Equipo Básico de Salud se ganará de forma progresiva la confianza de la familia apoyándose en aquellos aspectos en los que ella permita intervenir, hay creencias y costumbres en la familia que no deben ser violentados bruscamente.

### **ERRORES MÁS FRECUENTES.**

- No utilizar el enfoque sistémico para el abordaje de la familia.
- Extrapolar soluciones validas para una familia al contexto de otra.
- Desaprovechar la utilización de la intervención individual como vía de abordaje integral a la familia y viceversa.

## ***Capitulo III***

### ***Atención Médica Integral.***

*"El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma.... sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva, en la lucha por la higiene..... en fin será un guardián de la salud "*

***Fidel.***

***Julio 27/1983***

## CAPITULO III

### **ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL.**

Es la atención dispensarizada, con enfoque biopsicosocial y carácter proactivo que se desarrolla a partir del análisis de la situación de salud dirigido a las personas, familias, comunidad y ambiente a través de acciones de promoción, prevención, restauración y rehabilitación con el objetivo de mejorar el estado de salud de la población.

### **PREMISAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL DE EXCELENCIA A LAS PERSONAS Y FAMILIAS.**

Debe ser:

- ✓ Dispensarizada: que es un proceso organizado, continuo y dinámico, liderado y coordinado por el equipo básico de salud que permite la evaluación e intervención planificada, programada sobre la situación de salud de personas y familias, el cual se desarrolla a través de:
    - Registrar a las personas y familias por 3 vías fundamentales:
      - Presentación espontánea de los individuos.
      - Visitas programadas a las viviendas.
      - Actualización sistemática.
    - Evaluar de forma periódica la salud de las personas y familias, que debe basarse en:
      - La más rigurosa aplicación del método clínico.
      - Aplicación del método epidemiológico con la estratificación de los riesgos, daños y discapacidades según edad y sexo.
      - La percepción del funcionamiento familiar
      - La situación de salud familiar del individuo.
- La evaluación ratificará o modificará la clasificación de las personas en uno de los 4 grupos dispensariales establecidos:
- Grupo I - Personas Supuestamente Sanas: aquellas que no tienen riesgo, daño a la salud ni discapacidad y son capaces de enfrentar equilibradamente los problemas de la vida cotidiana con autonomía y responsabilidad según las etapas del crecimiento y desarrollo.
  - Grupo II - Personas con Riesgos: aquellas que están expuestas a condiciones que de no ser controladas aumentan la vulnerabilidad a sufrir daños a la salud individual o familiar, disminuyendo la capacidad de enfrentar equilibradamente los problemas de la vida cotidiana.

- Grupo III - Personas Enfermas: aquellas con diagnóstico de enfermedad no transmisible o transmisible.
  - Grupo IV - Personas con deficiencias y discapacidades: aquellas con diagnóstico de deficiencia o discapacidad (ver glosario)
- Intervención continua en el estado de salud de personas y familia.
- ✓ Atender a la persona como una unidad biosicosocial y no como una enfermedad.
  - ✓ Estar dotada de enfoque sanológico, o sea, orientarse a la construcción de estilos de vida sanos, reforzando para ello los factores sanógenos para lograr calidad de vida.
  - ✓ Con alto valor ético – humanístico.
  - ✓ Desarrollarse en equipo, con participación de otros profesionales del sistema sanitario.
  - ✓ Utilizar la **junta médica** como el proceso que facilita el intercambio científico de dos o más profesionales afines, solicitada por el médico tratante, para analizar la situación de salud del paciente y familia, el diagnóstico y la conducta a seguir; teniendo en cuenta las necesidades del caso.
  - ✓ Realizarse con la participación activa de las personas, las familias y la comunidad fomentando en los mismos la autorresponsabilidad y el autocuidado de su salud.
  - ✓ Desarrollarse en un ambiente adecuado, exhibiendo los integrantes del equipo un correcto porte y aspecto personal y profesional, cortesía, calidez humana, seguridad y nivel científico.
  - ✓ Prioriza el espacio familiar para la intervención, pero también va dirigida a la persona, el espacio laboral, escolar y comunitario.
  - ✓ Desarrollar la relación médico - paciente - familia - comunidad como el aspecto más sensible y humano de la atención, cuyos principios deben ser:
    - Adecuada comunicación.
    - Dedicar al enfermo o la familia el tiempo necesario.
    - Mostrar interés real por el problema de salud.
    - Confianza y respeto mutuo.
    - No incurrir en yatrogenias.
    - Humanidad por parte del médico.
  - ✓ Ser registrada de inmediato en la Historia de Salud Familiar e Historia Clínica Individual por el Equipo Básico de Salud según corresponda.
  - ✓ Contemplar la **responsabilidad y compromiso** del Equipo Básico de Salud con la **continuidad de la atención** de las personas y familias en todo momento.

## PROMOCIÓN DE SALUD.

**“Promover es enseñar y aprender de salud.”**

La Promoción de Salud es una estrategia de intervención gubernamental, intersectorial y comunitaria que busca la modificación de las condiciones sociales, ambientales, económicas, hábitos y estilos de vida mediante el apoderamiento de las personas,

grupos, familias y comunidades para mejorar el estado de salud y elevar la calidad de vida. No es privativa del sector salud y va dirigida a crear las mejores condiciones para que haya una relación entre los esfuerzos que se realizan y los resultados que se obtienen en el desarrollo o bienestar de las personas.

**Objetivos:** Actuar sobre los determinantes de salud, desarrollando condiciones saludables.

**Blancos:** Población de la comunidad que atiende e incluye grupos particulares.

**Estrategias:** Educación para la salud, información, comunicación interpersonal, grupal y comunitaria.

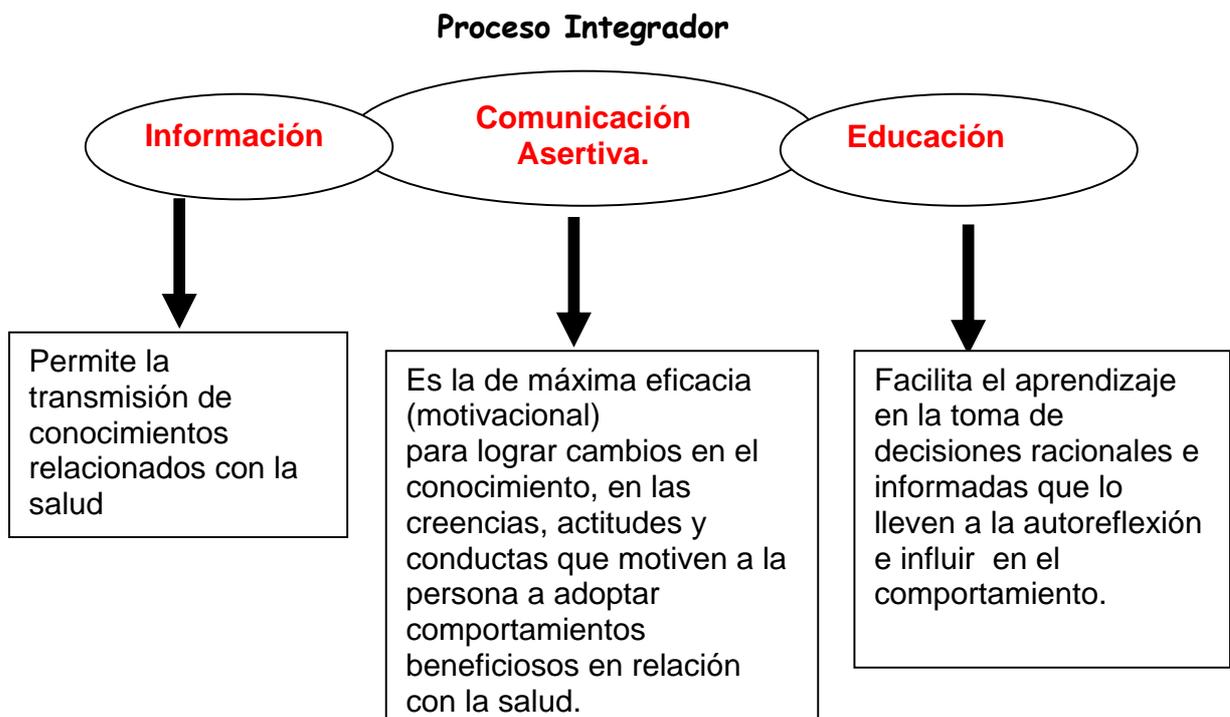
**Papel de la comunidad:** Empoderamiento en salud y participación comunitaria.

La promoción es un proceso que integra los siguientes elementos:

La información.

La comunicación asertiva.

La educación.



## EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

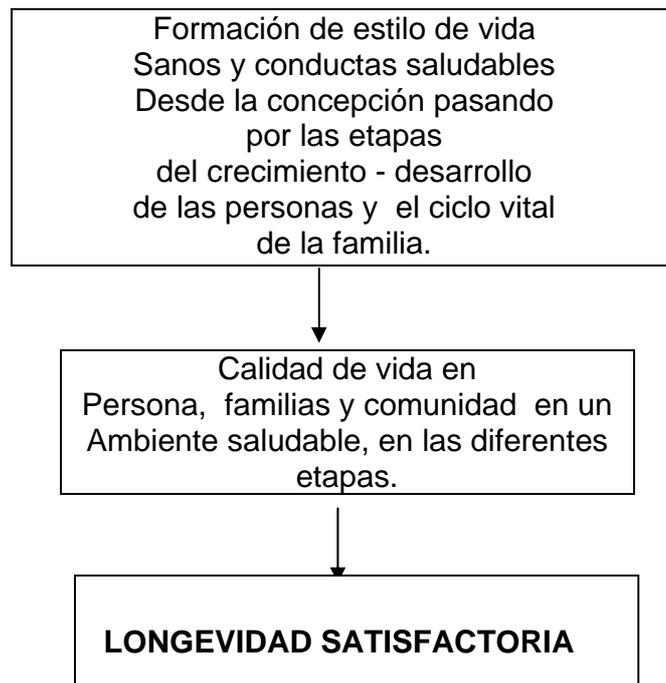
Es un instrumento de la promoción de la salud que facilita:

- Los cambios de comportamientos hacia conductas saludables.
- Modificar los factores de riesgo.

Entre sus aspectos importantes está:

- Supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales.
- Aborda la transmisión de información pero también fomenta la motivación, las habilidades personales y la autoestima.

El Equipo Básico de Salud debe actuar de forma continua y sistemática en las acciones educativas dirigidas a fomentar estilos de vida sanos en las personas y familias de su comunidad, lo que les permitirá evolutivamente escalar el largo proceso de alcanzar una calidad de vida para una longevidad saludable.



**¿A qué nos referimos cuando hablamos de estilos de vida sana?**

1. Alimentación balanceada y nutritiva.
2. Adecuada higiene personal.
3. Ejercicios físicos y de relajación.
4. Utilización creativa del tiempo libre y la recreación.
5. No hábitos tóxicos ni conductas adictiva.
6. Responsabilidad en salud individual, familiar y colectiva.
7. Patrones funcionales de comportamiento familiar y social.
8. Educación sexual responsable centrada en el amor.

**¿Cómo el equipo básico de salud puede desarrollar acciones para contribuir a lograr estilos de vida sanos?**

1. Mediante la comunicación interpersonal (la voz, la palabra hablada) como vía eficaz para realizar acciones de promoción y educación para la salud.
2. Mantener estilos de vida sanos que puedan ser imitados por las demás personas de la comunidad y dan mayor credibilidad a sus mensajes de salud.
3. Preparar a las familias para que puedan estimular el desarrollo de sus integrantes.
4. Capacitar promotores de salud en su comunidad que sirvan de fortaleza para desarrollar las acciones de educación para la salud.
5. Capacitar líderes comunitarios y desarrollar un enfoque intersectorial que permita integrar las acciones de promoción de salud.
6. Trabajar con grupos específicos que participen como facilitadores o dinamizadores en la labor de promoción (adolescente, embarazadas, adultos mayores, etc.)

Para la realización de las acciones de promoción, el Equipo Básico utilizará técnicas de educación para la salud como herramientas, estas serán seleccionadas de acuerdo a la preparación que los mismos tengan con respecto al tema y a las características de las personas, familias y comunidad en la que se trabaje.

Técnicas más utilizadas (Anexo 3):

**Técnicas Individuales:** Son utilizadas cuando nuestro objetivo está relacionado con cambios de comportamientos en personas aisladas o cuando la situación a tratar requiere de cierta privacidad.

- La entrevista individual.
- La cara a cara.

**Técnicas Grupales:** Enriquecen el aprendizaje mediante el intercambio de ideas, de experiencias. Fomenta los grupos de autoayuda, desarrolla el sentido de la solidaridad, cooperación, tolerancia y convivencia. También se utiliza en las actividades de capacitación.

- Charla educativa.
- Demostraciones.
- Sociodrama.
- Educación de pares o iguales.
- Juego de roles.
- Murales.

**Acciones de Promoción para personas, familias, grupos, comunidad y ambiente:**

1. Identificar y fortalecer los factores protectores a la salud
2. Promover hábitos de higiene relacionados con:
  - ◆ El aseo bucal, correcto cepillado desde edades tempranas, cuidado y mantenimientos de prótesis.

- ◆ El aseo corporal teniendo en cuenta las necesidades propias de cada edad haciendo mas hincapié en niños, adolescentes y ancianos.
  - ◆ Lavado de las manos antes de ingerir y manipular alimentos.
  - ◆ Lavado adecuado de alimentos (vegetales, frutas).
  - ◆ Control de los residuales sólidos dentro de la vivienda y extradomiciliarios, propiciar la limpieza y el orden de interiores, patios y azoteas de manera frecuente y sistemática.
  - ◆ Ambiente saludable y disciplina social (limpieza de calles, ornamentación de áreas verdes, control de ruidos y otros)
  - ◆ Control del agua de consumo doméstica mediante las técnicas de: desinfección química o ebullición, haciendo hincapié en los niños menores de cinco años.
3. Promover una alimentación balanceada y nutritiva a través de:
- ◆ Estimular la lactancia materna de manera exclusiva hasta el sexto mes de vida y complementada hasta los dos años.
    - Impartir conocimientos sobre las ventajas de la lactancia materna a personas, familias y grupos de apoyo de lactancia materna.
    - Fomentar los juegos de roles en grupos de escuelas y círculos infantiles.
  - ◆ Consumir diferentes tipos de alimentos durante el día evitando ayunos prolongados, elevar el consumo de frutas, verduras, pan, cereales y legumbres ya que estos aportan la mayor parte de las calorías que una persona necesita para el día.
  - ◆ Beber cada día de uno a dos litros de agua.
  - ◆ Usar preferentemente el aceite y disminuir la grasa de origen animal.
  - ◆ Reducir el consumo de sal y azúcar.
4. Educar sobre la necesidad de asumir la práctica de ejercicios físicos sistemáticos y la relajación como conducta habitual acorde a la edad, sexo, actividad física y ocupación de cada individuo.
- ◆ Establecer relaciones de trabajo para aprovechar las fortalezas humanas y materiales existentes en la comunidad que permitan el uso creativo del tiempo libre y la recreación.
  - ◆ Mediante la vinculación a las actividades de las casas de cultura comunitarias, clubes de vídeo, computación, juegos recreativos.
  - ◆ Utilización del campismo popular y visitas a sitios con ambientes al aire libre.
  - ◆ Integración a los grupos de orientación y recreación.
  - ◆ Estimular la lectura, la visita a museos, lugares históricos, intercambios con personalidades de la cultura y la historia estimulando una cultura general integral.
5. Educar con relación a la conveniencia de no asumir hábitos tóxicos y conductas adictivas.
- ◆ Difundir las consecuencias negativas del tabaquismo, alcoholismo y otras drogas, dirigidos fundamentalmente a niños, niñas, adolescentes, jóvenes y familias desde edades tempranas.

- ◆ Propiciar un ambiente que estimule la no - iniciación de las adicciones, mediante reuniones informativas desde la etapa del embarazo haciendo énfasis en niños y jóvenes.
  - ◆ Ejecutar acciones motivacionales que ocupen el tiempo libre útil (deporte, recreación, y otros) a niños y jóvenes.
  - ◆ Promover la participación popular activa las actividades por el “Día Mundial de la Salud” (7 de abril), “Día Mundial sin tabaco” (31 de Mayo), “Día Mundial del Adulto Mayor” (1ro de Octubre), “Día Mundial de Lucha contra el SIDA” (1 de Diciembre) y otros a través de actividades coordinadas con otras instituciones de la comunidad.
  - ◆ Educar y resaltar el papel de modelo a imitar en la familia.
6. Educar en la responsabilidad en salud ambiental.
7. Fomentar la auto responsabilidad con su salud y la de su familia.
- ◆ Orientar a las madres, padres y familias para estimular el desarrollo integral desde edades mas tempranas.
  - ◆ Educar sobre la importancia de la inmunización.
  - ◆ Estimular el sentido de pertenencia con la comunidad a la que pertenece.
  - ◆ Educar a la población sobre la necesidad de asumir patrones funcionales de comportamiento familiar y social teniendo en cuenta:
    - Comunicación asertiva.
    - Propiciar las condiciones adecuadas para el desarrollo armonioso de la personalidad.
8. Educar a la población sobre la necesidad de asumir la sexualidad de manera responsable y centrada en al amor, respetando su autonomía y el derecho a escoger enfatizando en niños y adolescentes.
- Promover la planificación familiar.
  - Educar con relación al uso del condón.
  - Promover una maternidad y paternidad consciente.
9. Informar a personas, familias y comunidad en como evitar accidentes domésticos, del tránsito, escolares, laborales y del ambiente, relacionándolos con las edades en las que con mayor frecuencia suceden.
10. Promover mediante acciones educativas, cambios de actitudes en la comunidad que permitan eliminar barreras psicológicas y arquitectónicas que limitan la plena integración familiar, educativa, laboral y social de las personas con discapacidades.
11. Divulgar los programas de prevención de discapacidades.

## CONSEJOS PRÁCTICOS:

- Los resultados de la promoción en salud son alcanzables a corto, mediano y largo plazo, por lo que se debe mantener la motivación y sistematicidad de la misma. La construcción de estilos de vida sanos es un proceso lento y gradual.
- Debe ser dirigida de manera integral a la persona, familia , grupos y comunidad.
- El equipo básico de salud debe aprovechar todos los espacios de actuación para promover salud.
- Los carteles, volantes, videos y otros soportes educativos, pueden hacer más comprensivos los mensajes y conocimientos a transmitir pero jamás sustituirán a la **comunicación interpersonal** (la voz, la palabra hablada) como el medio más eficaz.
- Las técnicas de educación para la salud se aplican de forma variada según el equipo básico considere.
- Aprovechar las potencialidades de la comunidad y otros sectores, logrando un protagonismo colectivo en interés de un bien común que es **PROMOVER SALUD**.
- El equipo básico de salud no es solo un indicador de las acciones sino un educador que explica a las personas y familia qué hacer y como hacerlo.

## ERRORES MAS FRECUENTES:

- Considerar la promoción y la educación para la salud como responsabilidades exclusivas del sector salud.
- No utilizar la Promoción de Salud como la actividad rectora del actuar del equipo básico de salud y trabajar más en función del daño o enfermedad.
- No evaluar los resultados de las acciones realizadas.
- No tener en cuenta los mitos, creencias, valores y patrones culturales en el desarrollo de las acciones de promoción.
- Considerar que un elevado nivel de instrucción, conocimiento y solvencia económica determina o garantiza una actitud positiva hacia la protección de la salud.
- Infundir temor en los mensajes de salud.
- Transmitir mensajes autoritarios.

## NUTRICIÓN.

### **"Dime qué comes y te diré de qué padeces".**

Más de 2000 millones de personas sobreviven con una dieta carente de vitaminas y minerales esenciales para un desarrollo normal, así como imprescindible para prevenir la muerte prematura e incapacidades como la ceguera y el retraso mental. Al mismo tiempo, cientos de millones de personas padecen enfermedades causadas o agravadas por una alimentación excesiva y/o desequilibrada.

Los profesionales de la salud vinculados a la Atención Primaria deben trabajar en aras de educar a la población sobre cambios de hábitos y estilos de vida, entre ellos los hábitos nutricionales y alimentarios como forma de prevenir y reducir la incidencia de

enfermedades asociadas con malas prácticas en la alimentación. Una buena intervención para controlar las deficiencias alimentarias es la modificación dietética para que la familia aproveche mejor las variadas fuentes de alimentación.

El estado nutricional depende también de que se tenga acceso a conocimientos suficientes de las dietas idóneas, teniendo en cuenta los hábitos alimentarios locales, para prevenir problemas de malnutrición y de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación.

**“Comer es un placer, pero comer bien es un deber”.**

Llevar una alimentación sana no significa estar siempre a dieta, significa tener una actitud hacia la comida, en la que si conocemos un poco de las propiedades que cada alimento nos ofrece, le daremos a la familia menús balanceados y ricos en sabor, y estaremos aprovechando las vitaminas, minerales y proteínas necesarios para prevenir algunas enfermedades.

**Vitaminas:**

| Vitaminas             | Fuente de Alimento   | Efectos sobre la Salud  |
|-----------------------|--|---|
| Vitamina A            | <p>Formada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Retinol</u>. Contenida en los alimentos de origen animal (Hígado, pescado, yema de huevo, mantequilla, queso, leche sin descremar, nata, helados, riñones, mariscos y aceite de hígado de pescado).</li> <li>• <u>Betacaroteno</u>: Contenida en los alimentos de origen vegetal de color amarillo intenso, anaranjado, rojo y verde intenso.</li> </ul> <p>Ejemplos: Zanahoria, mango, fruta bomba, calabaza, maíz, boniato, malanga, ñame amarillo, yuca amarilla, naranja, mandarina, rábano, melón, tomate rojo, espinaca, lechuga, brócoli, perejil, pimiento, bledo, habichuela y quimbombó.</p> | <p>Es importante la ingestión de vitamina preferentemente natural pues es necesaria para el crecimiento y diferenciación celular del tejido epitelial cutáneo, ocular, digestivo, respiratorio y de los sistemas genitales y urinarios, para la reproducción, desarrollo embriológico, crecimiento óseo e integridad del sistema inmunológico.</p> <p>Los betacarotenos son poderosos antioxidantes naturales que destruyen a los radicales libres con lo cual se previene el envejecimiento prematuro y propiedades específicas antitumorales.</p> |
| Vitamina B1 (Tiamina) | Cereales de Trigo, arroz, leguminosas (Frijoles, lentejas, chícharos, garbanzos, nueces y levaduras), vísceras (corazón, hígado, riñón, y molleja), carne  | Evita la acumulación de toxinas en el organismo que puede dañar el corazón y el sistema nervioso (polineuropatía)   |

|                                  |   |  |
|----------------------------------|---|--|
|                                  | de cerdo, frutas secas, verduras y viandas (papa).  |  |
| Vitamina B2<br>(Riboflavina)     | Leche, huevo, viseras, carnes, leguminosas, vegetales de hoja verde (acelga, espinaca, brócoli, espárrago) y cereales no refinados.     | Son indirectos porque su función es que las otras vitaminas del complejo B realicen con eficiencia sus efectos.<br>Es importante para evitar lesiones de la piel dotada de glándulas sebáceas, en labios, lengua, ángulos palpebrales, etc.  |
| Vitamina B6<br>(Piridoxina)      | Carne magra, pollo, pescado, pan, cereales, frutas, plátano, huevo, levaduras, zanahorias, calabaza, papa, chícharo, tomate y coliflor. | Es importante para que funcione el sistema inmunológico y el nervioso, ayuda a la formación de glóbulos rojos. La manifestación comúnmente asociada a su déficit son los cambios en el sistema nervioso central y alteraciones en el electroencefalograma. En los niños puede ocurrir crisis convulsiva e irritabilidad. |
| Vitamina B 12<br>Cianocobalamina | Son contenidos fundamentalmente en alimentos de origen animal como pescado, pollo, carne, huevos y lácteos.                             | Influye en la buena salud en general, vital para la formación de ácidos ADN y ARN y la mielina que es la capa que protege los nervios, necesaria también para la división de las células y llevar el fosfato hacia donde lo necesite el organismo.   |
| Acido<br>Pantoténico.            | Carnes, hígados y todos los vegetales y frutas secas.   | Su función primordial es ayudar a sintetizar las grasas y el colesterol así como a formar glóbulos rojos y para la buena salud en general.   |
| Biotina                          | Se encuentra especialmente en hígado, mantequilla y yema de huevo.  | Importante para generar energía, ayuda a extraer ésta de los alimentos, también sintetiza las grasas   |

|                               |   |  |
|-------------------------------|---|--|
|                               |   | y el colesterol.   |
| Niacina (Acido nicotínico)    | Carne magra, pescado, legumbres, papas, cereales, frutas secas.   | Necesaria en la formación de células neurotrasmisoras. Ayuda a mantener la piel sana y un sistema digestivo eficiente.   |
| Acido Fólico                  | Hígado, carnes, huevos, leguminosas, cereales integrales, calabaza, quimbombó, berro, nabo, pimiento, tomates, frutas, cítricos y melón | Interviene en le división de las células y en la formación de los ácidos ADN y ARN, así como de varias proteínas, durante el embarazo es especialmente importante porque previene defectos en el tubo neural del feto. Su deficiencia resulta indistinguible de la de Vitamina B12. La anemia megaloblástica cursa con glositis y alteraciones de la función intestinal. |
| Vitamina C. (Acido Ascórbico) | Frutas cítricas, naranja (limón), toronja, lima, mandarina), guayaba, melón, pimientos, papas, tomates.                                 | Resulta importante para el funcionamiento adecuado del sistema inmunológico, necesaria para producir el colágeno y mantener sanas las encías, dientes, huesos, cartílagos y piel, produce neurotransmisores como la serotonina. Es un antioxidante natural.  |
| Vitamina D Calciferol         | Aceite de pescado, huevos, salmón, atún y sardinas.   | Necesaria para aprovechar el calcio y el hierro y mantener así los huesos y los dientes.   |
| Vitamina E (Tocoferoles)      | Aceites vegetales, aguacate, germen de trigo, frutas secas y semillas.  | Considerado como un antioxidante natural, influye en la prevención del cáncer al destruir los radicales libres porque el daño que hacen estos al DNA es lo que impulsa la formación de células malignas.   |
| Vitamina K                    | Todos los vegetales de hojas verde oscuro, col, lechuga, brócoli, acelga, etc.  | Es esencial para formación de ciertas proteínas y para una población normal.   |

## Minerales.

Son seis los principales minerales que necesita el cuerpo humano pero hay once llamados microminerales que se necesitan en proporciones muy pequeñas, no obstante algunos son básicos para la salud.

| Mineral  | Fuente de Alimento   | Efectos sobre la Salud  |
|----------|--|---|
| Calcio   | Leche y sus derivados, vegetales de hojas verdes, sardinas enlatadas y semillas de ajonjolí.   | De este mineral depende la condición de huesos y diente su falta provoca osteoporosis, además es vital para la transmisión nerviosa la coagulación de la sangre y las funciones musculares. |
| Cloruros | Se encuentra en la sal (cloruro de sodio) y en todos los alimentos que la contienen.   | Mantiene el equilibrio entre los líquidos y electrolitos del organismo, es vital para la formación de ácidos en el estómago, básico para una buena digestión.                               |
| Magnesio | Cereales integrales, vegetales de hojas verde oscuro, legumbres, semillas de ajonjolí, frutas secas.   | Es un componente de los huesos y dientes, influye en los impulsos nerviosos y en la contracción muscular.   |
| Fósforo  | Proteínas de origen animal, carnes, aves y pescados, mariscos, leche y sus derivados y algunos de origen vegetal, frutas secas, semillas de ajonjolí, cereales enriquecidos. | Es un componente de huesos y dientes, importante para ayudar al organismo a absorber muchos de los nutrientes que se adquieren a través de la alimentación.                                 |
| Potasio  | Aguacate, en muchas otras frutas, plátano, naranja, tomate, papa, legumbres, frutas secas y semillas.  | Junto con el sodio regula el equilibrio de los líquidos y los electrolitos, el ritmo cardiaco y la presión arterial, esencial para todos los impulsos nerviosos.                            |
| Sodio    | Sal de mesa y todos los alimentos que con ellos se prepara.  | Su exceso puede aumentar la tensión arterial junto con el potasio regula el equilibrio de los líquidos, esencial para el funcionamiento de músculos y nervios.                              |

Los microminerales son: aluminio, cromo, cobre, fluoruro, iodo, hierro, manganeso, molibdeno, selenio, azufre, zinc.

Todos desarrollan funciones importantes en el organismo pero este lo requiere en pequeñas cantidades, por lo que una buena alimentación los proporciona normalmente. Dentro de ellos la deficiencia de hierro es lo más común. Afecta un estimado de 2000 millones de personas en países desarrollados y en vías de desarrollo. La mitad de éstos tienen una deficiencia clínica y la otra mitad restante la tienen en las reservas corporales.

El hierro propio de los alimentos se presenta en dos formas: Hem (heminico) y no hem (no heminico).

- Hierro Hem. Se encuentra en los alimentos cárnicos y alimentos elaborados con sangre.
- Hierro no hem. En los alimentos de origen vegetal, la leche, huevo y también en las carnes.

La deficiencia de este micromineral es la causa más frecuente de anemia, en jóvenes y embarazadas, esta deficiencia afecta la proliferación celular y disminuye la respuesta inmune.

### **Proteínas.**

Están compuestas por aminoácidos los cuales son esenciales para nuestro organismo, que necesariamente deben ser ingeridos con la dieta ya que el organismo no es capaz de producirlos por sí solo.

Las proteínas se encuentran ampliamente distribuidas en:

**Alimentos de origen animal:** carnes, pescado, leche y huevo.

**Alimentos de origen vegetal:** legumbres, cereales y frutos secos.

Las proteínas animales al tener mayor contenido en aminoácidos esenciales resultan mas completas que las vegetales sin embargo la relación adecuada entre ellas en una dieta equilibrada debe ser mayor que uno a favor de los vegetales.

Carbohidratos:

Son una gran cantidad de azúcares, almidones, celulosas y gomas que contienen carbono, hidrógeno y oxígeno en cantidades similares.

**Nombres alternativos:** Almidones; azúcares simples; azúcares; carbohidratos complejos; carbohidratos; carbohidratos simples.

### **Funciones:**

La principal función de los carbohidratos es suministrarle energía al cuerpo, especialmente al cerebro y al sistema nervioso. El cuerpo descompone los azúcares y almidones en una sustancia denominada glucosa que se usa como fuente de energía.

### **Fuentes alimenticias:**

- Los carbohidratos complejos son una buena fuente de minerales, vitaminas y fibra son almidones que se encuentran en:
  - El pan
  - Los cereales
  - Las harinas vegetales
  - Las legumbres
  - El arroz
  - Las pastas
- Los carbohidratos simples también contienen vitaminas y minerales, se encuentran en forma natural en:
  - Las frutas
  - La leche y sus derivados
  - Las verduras

Los carbohidratos simples también se encuentran en los azúcares procesados y refinados como:

- Los dulces
- El azúcar de mesa
- Los jarabes (sin incluir los naturales como el de arce)
- Las bebidas carbonatadas

Los azúcares refinados suministran calorías, pero carecen de vitaminas, minerales y fibra.

### **Efectos sobre la salud:**

El exceso de carbohidratos puede producir un incremento en la asimilación total de calorías, lo que lleva a la obesidad

La deficiencia de carbohidratos puede producir falta de calorías (desnutrición) o llevar al consumo excesivo de grasas para reponer las calorías.

### **Grasas:**

Las grasas son compuestos orgánicos que se forman de carbono, hidrógeno y oxígeno y son la fuente más concentrada de energía en los alimentos. Las grasas pertenecen al grupo de las sustancias llamadas lípidos y vienen en forma líquida o sólida. Todas las grasas son combinaciones de los ácidos grasos saturados y no saturados por lo que se les denomina muy saturadas o muy insaturadas, dependiendo de sus proporciones.

**Nombres alternativos:** Grasa saturada; dieta y grasa; grasas poliinsaturadas; grasas monoinsaturadas; lípidos.

### **Funciones:**

La grasa es uno de los tres nutrientes (junto con las proteínas y los carbohidratos) que le proporcionan calorías al cuerpo. Las grasas proporcionan 9 calorías por gramo, más del doble que las de los carbohidratos o las proteínas.

Las grasas son esenciales para el funcionamiento adecuado del cuerpo, debido a que proporcionan los ácidos grasos "esenciales" que no son elaborados por el cuerpo y deben obtenerse de los alimentos. El ácido linoleico es el ácido graso esencial más importante, especialmente para el crecimiento y desarrollo de los niños. Los ácidos grasos suministran la materia prima que ayuda a controlar la presión sanguínea, la coagulación, la inflamación y otras funciones corporales.

La grasa sirve como depósito para almacenar las calorías extras del cuerpo y además, llena las células adiposas (tejido adiposo) que ayudan a aislar el cuerpo. Las grasas también son importantes fuentes de energía. Cuando el cuerpo consume las calorías de los carbohidratos, lo que ocurre después de los primeros veinte minutos de ejercicio, comienza a depender de las calorías de la grasa.

La piel y el cabello se mantienen sanos por la acción de la grasa que ayuda en la absorción y el transporte, a través del torrente sanguíneo, de las vitaminas liposolubles A, D, E y K.

### **Fuentes alimenticias:**

- Las grasas saturadas se encuentran tanto en los alimentos de origen animal como en los alimentos de origen vegetal. Las fuentes animales son: la carne de res y aves; el tocino, y los productos lácteos enteros como el queso, la leche, los helados, la crema de leche, la mantequilla. Las fuentes vegetales son entre otras: el coco, la semilla y el aceite de palma que también tienen un alto contenido de grasa saturada.
- La grasa insaturada es aquella que generalmente es líquida a temperatura ambiente. Las grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas son dos clases de grasas no saturadas. Las grasas monoinsaturadas se encuentran en grandes cantidades en los alimentos provenientes de las plantas entre otros: el aceite de oliva, el maní, el aguacate y el aceite de canola (de semilla de nabos). Esta es una grasa ligeramente insaturada. La grasa poliinsaturada es altamente insaturada y se encuentra en grandes cantidades en alimentos vegetales como el azafrán, el girasol, el maíz y el aceite de soja. El ácido graso omega - tres (aceite de pescado) es una grasa poliinsaturada que se encuentra en la comida marina, especialmente en los pescados con tejido graso. Los productos de mar son más bajos en grasas saturadas que la carne de res.

## **Efectos sobre la salud:**

Comer demasiadas grasas saturadas es uno de los mayores factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, Obesidad, Diabetes Mellitus y otras; la dieta alta en grasas saturadas produce una sustancia serosa y suave denominada colesterol que se acumula en las arterias. El exceso de grasa también incrementa el riesgo de ataque al corazón, debido a su alto contenido en calorías que aumenta el riesgo de obesidad (otro factor de riesgo de ataque al corazón y de algunos tipos de cáncer).

El consumo abundante de grasas poliinsaturadas puede incrementar el riesgo de algunos tipos de cáncer. El hecho de reducir el consumo diario de grasa no es garantía contra el desarrollo del cáncer o de daños al corazón, pero ayuda a reducir los factores de riesgo.

## **El Equipo básico de Salud debe tener presente una serie de CONSEJOS PRÁCTICOS para realizar una adecuada promoción en relación con la nutrición.**

1. El mejor alimento durante los primeros seis meses de vida es la leche materna ya que suministra todos los nutrientes necesarios. ES EL ELIXIR DE LA VIDA.
2. Las verduras de color verde oscuro son apropiadas para la alimentación de niños mayores de 6 meses.
3. Ingerir simultáneamente alimentos que contengan cantidades significativas de Vitamina C con alimentos que contengan hierro hemínico para favorecer la biodisponibilidad de dicho mineral.
4. No consumir té y café después de las comidas principales porque inhiben la absorción del hierro no hemínico.
5. Consumir diariamente frutas, jugo de frutas, vegetales amarillos y de hojas verdes, elaborarlos inmediatamente antes de consumirlos.
6. No adicionar bicarbonato en la cocción de los alimentos, como frijoles porque destruye la vitamina C.
7. Colocar los vegetales y tubérculos al fuego en el agua ya hirviendo para inactivar las enzimas que destruye la vitamina C.
8. Dar prioridad a la ingestión de frutas frescas y vegetales crudos debido a las pérdidas de vitamina C que sufren cuando se cocinan.
9. Consumir pimientos y tomates con su piel, pepinos con su cascara con el objetivo de ingerir más vitaminas.
10. Adicionar jugos de limón, naranja, toronja o vinagre a las ensaladas inmediatamente después de preparada. El medio ácido protege la vitamina C.
11. Adicionar aceite a los vegetales de color amarillo o verde intenso para aumentar la biodisponibilidad de Betacaroteno.
12. Preferir como postre las frutas frescas y como bebida los jugos de fruta natural.
13. Para una dieta equilibrada debe consumirse principalmente proteínas de origen vegetal.
14. Disminuir los alimentos grasos de origen animal (mantequilla, queso, mayonesas, natas, etc.) ya que se relacionan con niveles altos de colesterol.
15. Los alimentos con alto contenido de azúcar son carbohidratos simples que suministran calorías, pero mínimos beneficios nutricionales, mientras que los

carbohidratos complejos suministran calorías, vitaminas y minerales así como fibra. Por lo tanto se recomienda limitar el consumo de azúcares procesados o refinados.

16. Para incrementar los carbohidratos complejos:

- Se deben comer más frutas y vegetales
- Se deben comer más granos enteros, arroz, pan y cereales
- Se deben comer más frijoles, lentejas.

17. Las grasas saturadas deben limitarse a un porcentaje menor al 10% del total de calorías por día y el consumo restante de grasa del día deben ser cantidades iguales tanto de la grasa poliinsaturada como de la grasa monoinsaturada.

18. Los niños menores de dos años NO deben estar bajo una dieta restringida en grasas porque se supone que el colesterol y la grasa tienen nutrientes importantes para el desarrollo cerebral.

19. Se recomienda mantener los horarios de comidas de un día para otro y no saltarse ninguna toma.

20. Distribuir la alimentación en 5-6 comidas al día (desayuno, almuerzo y merienda, comida, cena y una pequeña colación antes de acostarse). Conviene comer más a menudo pero menores cantidades, ya que de este modo las digestiones son mejores y se contribuye a un mejor control de los niveles de azúcar (glucosa) y de lípidos (colesterol y triglicérido) en sangre.

No existe una modalidad dietética que sirva para todas las personas, la dieta debe ajustarse a las necesidades particulares en función de factores muy diversos, pero si hay que tener presente el mantener una alimentación que cubra todas las necesidades de energía y sustancias aprovechables por el organismo con el fin de proporcionar una mejor calidad de vida.

## **EJERCICIO FÍSICO Y SALUD.**

**“Las personas físicamente activas viven más años y con mayor calidad de vida”.**

Como es conocido, el Ejercicio Físico, tiene una influencia en todos y cada uno de los sistemas que conforman el cuerpo humano; el Locomotor (en especial el Sistema Muscular), el Cardiovascular, el Respiratorio y el Nervioso.

Es por esto, que debido al efecto general que posee el ejercicio físico en el organismo, es imprescindible recordar, que se ha demostrado que el ejercicio físico produce bienestar.

Según la II Encuesta de factores de riesgo y enfermedades crónicas en Cuba. 2001, la actividad física tiene una prevalencia de 29.6 % en hombres y de 5.6 % en mujeres, que comparado con los resultados de la I encuesta de factores de riesgo y enfermedades crónicas. Cuba. 1995 (Hombres 61.2 % y 29.1 % las mujeres), nos muestran que la práctica de ejercicio físico ha disminuido en el país.

## ¿Por qué resulta beneficioso el ejercicio físico?

Múltiples son los efectos del ejercicio en el organismo:

### **FISIOLÓGICOS:**

#### ■ **Efectos inmediatos:**

- Contribuye a la regulación de:
  - el nivel de glucosa.
  - el nivel de algunos neurotransmisores como las catecolaminas.
- Estimula la noradrenalina y la adrenalina.
- Potencia la elaboración de endorfinas.
- Mejora el sueño.

#### ■ **Efectos a largo plazo:**

- Sensación de bienestar físico, de "estar en forma"
- Fortalecimiento del Sistema Cardiovascular: mejora la circulación colateral del corazón, aumenta los niveles de HDL colesterol, lipoproteínas de alta densidad que poseen acción protectora contra la Cardiopatía Isquémica, puede controlarse mejor la Hipertensión Arterial y produce rejuvenecimiento biológico.
- Fortalecimiento del Sistema Respiratorio, incrementando la cantidad de oxígeno que llega a los diferentes órganos y tejidos corporales.
- Fortalecimiento del Sistema Digestivo, mejora las digestiones y mantiene un ritmo intestinal adecuado.
- Incremento de la resistencia muscular, con los consiguientes efectos benéficos sobre la autonomía personal favoreciendo:
  - La agilidad y flexibilidad corporal.
  - El equilibrio y la coordinación.
  - La rapidez de movimientos, previniendo y retrasando la aparición de los declives asociados a la edad en estas funciones.
- Disminuyen las posibilidades de padecer, diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, osteoporosis, obesidad, cáncer de colon.

### **PSICOLÓGICOS:**

#### ■ **Efectos inmediatos:**

- Relajación.
- Mejora del estado de ánimo.
- Atenuación del estrés y la ansiedad.
- Mejora el humor, el sueño.

#### ■ **Efectos a largo plazo:**

- Bienestar psicológico general.
- Mejora la autoimagen de la persona.
- Favorece la sensación de control sobre la propia vida.

- Potencia el funcionamiento cognitivo e intelectual favoreciendo un mayor rendimiento en la actividad profesional.
  - Favorece la psicomotricidad.
  - Disminuye las posibilidades de padecer depresión.
- **Otros beneficios asociados al ejercicio regular en compañía de otras personas son:**
    - Favorece la creación de nuevas amistades y amplía las redes de apoyo social.
    - Mejora la integración social y cultural de las personas. Proporciona una forma de diversión, de utilizar el tiempo libre.
  - Puede ayudar en la Terapia de deshabituación de tabaco, alcohol y drogas y quemar caloría, ayudándole a perder su peso de más o a mantenerse en su peso ideal.
  - Una buena forma física permite tolerar mejor las temperaturas extremas y el dolor, mejorando con ello la calidad de vida.

No obstante debemos reconocer que el ejercicio físico tiene una serie de **potenciales riesgos** como son:

- Daño muscular o articular
- Agotamiento cardiaco (raro)
- Agravación de problemas cardiacos existentes o latentes.

Hay algunas personas con patologías muy concretas, que deben ser valoradas por el médico antes de comenzar a realizar ejercicio físico como son los cardiópatas, individuos con patología ósea como artritis, hipertensos muy descompensados, diabéticos insulino dependientes o con historial familiar de enfermedad coronaria prematura.

Lo más importante en cualquier caso, es que uno comience a hacer ejercicio con un programa que implique un entrenamiento suave y que de forma gradual se vaya incrementando su intensidad a lo largo de las jornadas sucesivas de ejercicios.

Es importante el **reconocimiento médico previo al inicio de una actividad física** pues las personas pueden tener impedimentos o limitaciones para su realización.

Es necesario previamente:

- Entrevista Clínica.
- Exploración Física.

## **CONDICIONES PARA QUE EL EJERCICIO SEA EFECTIVO.**

Las condiciones que debe cumplir el ejercicio físico para que sea efectivo son:

- Que se muevan grandes masas musculares.

- Que sea continuado.
- **Intensidad** la necesaria para mantener la frecuencia cardiaca entre el 60 y el 85 % del máximo teórico (220 – edad en años).
- **Duración** mínima de 30 minutos.
- **Frecuencia:** Mínima ideal: cinco días por semana.

El **plan de ejercicio** debe ser individualizado, considerando:

- Edad.
- Si ha practicado ejercicio anteriormente.
- Si padece enfermedades que lo contraindiquen.
- El estado de salud actual.

Lo ideal, para quienes nunca han realizado ejercicio, es realizar 3 ó 4 sesiones a la semana de unos 30 minutos, que supongan quemar de 200 a 300 calorías diarias. En aquellas personas con alguna afección, es recomendable sean enviados al Área Terapéutica de su zona.

Para los adultos mayores se recomienda la actividad física en Círculo de abuelos.

### **COMO ORIENTAR LA ACTIVIDAD FISICA.**

El Equipo Básico de Salud orientará actividades como caminatas, trotes, gimnasia, correr, bicicleta, natación, danzas, prácticas de relajación o excursiones.

- **Plan de caminata saludable.**

Caminar es la forma básica de ejercicio y es altamente recomendable para la salud. La caminata se divide en tres etapas: primero, una entrada en calor consistente en una caminata lenta, para que los músculos se estiren. Luego se incrementa la velocidad, con lo que se consigue un aumento del ritmo cardíaco-respiratorio, mejorando la oxigenación. Finalmente se vuelve al ritmo inicial: esta etapa se denomina recuperación activa. Se van reduciendo lentamente las pulsaciones, y los músculos se estiran y enfrían poco a poco.

- Primera semana: 500 metros diarios lo que equivale a 5 cuadras.
- Segunda semana: Aumente 100 metros (una cuadra más).
- Se continuará aumentando 100 metros semanales hasta llegar a caminar 3 kilómetros lo que equivale a 3000 metros (30 cuadras aproximadamente).
- Si es posible se debe aumentar, de la manera ya descrita, a 5 kilómetros (50 cuadras).
- Si el primer día de la semana siguiente no estamos en condiciones de aumentar la distancia a recorrer, volvemos a realizar la correspondiente a la semana anterior.

- En relación con el tiempo, se comienza a razón de 15 minutos por kilómetros el primer mes, reduciendo 1 minuto mensual hasta lograr recorrer la distancia elegida a un promedio de 10 a 12 minutos por kilómetros como meta final.
- **Plan de trote:**
    - Puede ser en el lugar o recorriendo distancias.
    - Primera semana: El primer día trotar mientras no se sienta al más mínimo síntoma de cansancio o falta de aire, de 1 a 3 minutos. Mantener la misma carga de trabajo durante toda la semana.
    - Segunda semana: Incremente 1 minuto en el trote.
    - Se continuará aumentando 1 minuto semanal hasta lograr trotar 15 minutos seguidos.
    - Luego de alcanzado este tiempo, aumentar 2 minutos semanales hasta lograr trotar 30 minutos.
    - Si no se tolera el incremento de 2 minutos semanales, sólo se aumentará 1 minuto semanal.
    - Para el trote con desplazamiento se debe comenzar recorriendo a razón de 9 minutos el kilómetro e ir disminuyendo el tiempo hasta llegar a 6 minutos el kilómetro, que es lo mismo que recorrer 5 kilómetros en 30 minutos de trote ininterrumpido.
  - **Plan para utilizar las escaleras como medio de actividad física:**
    - Subir y bajar escaleras, es bueno para los músculos de las pantorrillas, muslos y glúteos.
    - Se debe recomendar usar la escalera para subir y bajar en vez del ascensor.
    - Si el paciente no está acostumbrado, aconsejar comenzar bajando unos tramos de escalera y después de unos días, bajar siempre las escaleras andando (las de su casa y las del trabajo) para, paulatinamente subirlas, pero incorporando cada día sólo un tramo de subida.

**Otras recomendaciones:**

- Caminatas rápidas o trotes a razón de una cuadra(100 metros por minuto). El ritmo debe ser más rápido que el paseo normal, con pasos largos y moviendo bien los brazos.
- Ejercicio físico aeróbico de 30 a 45 minutos varios días a la semana. Arquear la espalda, sacar el pecho y enderezar la columna mientras respira profundamente. Es un buen ejercicio para fortalecer los músculos abdominales.
- Es saludable utilizar la bicicleta como medio de actividad física.

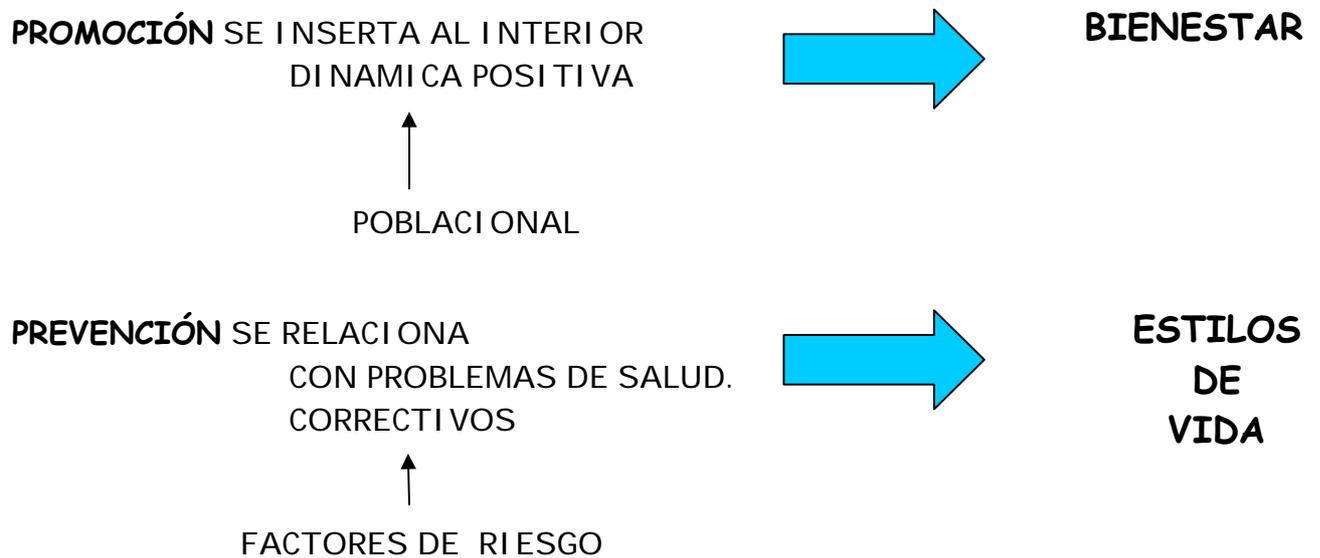
**CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- No es imprescindible acudir a sofisticados gimnasios para obtener todo el beneficio posible de la práctica de ejercicio físico.
- Recuerda que puedes asesorarte y apoyarte en los especialistas en Cultura Física del territorio.

### **ERRORES MÁS FRECUENTES:**

- Recomendar a las personas realizar ejercicios físicos sin explicarles cómo.

### **DISTINCIÓN ENTRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN.**



La promoción de la salud y la prevención tienen características distintas y puntos de convergencia, son procesos complementarios y no opuestos.

## **PREVENCIÓN Y RIESGO.**

### **Prevención:**

Las acciones de prevención están referidas a evitar un posible daño a la salud, orientadas a “adelantarse” a la amenaza, tomando medidas para evitar la aparición del daño y proteger la salud.

### **Premisas:**

La prevención debe estar encaminada a:

- Educar a personas, familia y comunidad en la percepción del riesgo, para lograr su compromiso participativo en la modificación de los mismos.
- Identificar factores de riesgo en personas, familias y comunidades para diseñar estrategias que permitan evitar la aparición de la enfermedad.
- Lograr reducir los riesgos (gestión compensatoria) y detectar los peligros potenciales (gestión prospectiva)

### **Niveles de prevención:**

- Primordial: Acciones de promoción relacionada con los riesgos.
- Primaria: Se centra en los factores que conducen a la aparición de la enfermedad Ej. Consumo de cigarrillos
- Secundaria: Pretende detectar los procesos latentes y reducir o detectar su progresión Ej. Identificar y tratar la Hipertensión Arterial.
- Terciaria: Reducir los problemas de salud y los factores de riesgo a partir de las personas enfermas y en riesgo de recaer Ej. Tratar las complicaciones de la Hipertensión Arterial y sus riesgos.

### **Riesgo es:**

- Contingencia o proximidad de daño.
- Probabilidad de que un hecho que dañe la salud ocurra.
- Probabilidad de que una persona libre de enfermedad concreta, la desarrolle tempranamente.
- Probabilidad de aparición de un evento, daño o enfermedad que puede ser medible.

**Factor de riesgo:** Cualquier condición social, económica, biológica, conductual o del ambiente, que está asociada con un incremento a la susceptibilidad de desarrollar una enfermedad determinada, puede ser o no modificable pero siempre controlable.

### **Requisitos o condiciones que debe cumplir un factor de riesgo.**

1. Asociarse con una frecuencia significativa a determinado problema de salud.

2. Preceder a la enfermedad durante un período determinado.
3. Poseer un carácter patógeno evidente, demostrado científicamente.
4. Predecir la ulterior aparición de la enfermedad.

### **Clasificación de factores de riesgo de personas y comunidad según determinantes del estado de salud de la población.**

#### ➤ **Determinante Biogenético**

- Edad.
- Sexo.
- Grupo sanguíneo
- Estado nutricional.
- Hiperlipidemias.
- Herencia.
- Inmunidad.

#### ➤ **Determinantes sociales:**

##### • **Estilo de vida**

- ◇ Tabaquismo.
- ◇ Consumo de alcohol.
- ◇ Consumo de drogas.
- ◇ Consumo de medicamentos como: anticonceptivos orales, corticoesteroides, estrógenos conjugados, ASA, antiinflamatorios no esteroideos, psicofármacos.
- ◇ Conducta sexual de riesgo.
- ◇ Sedentarismo.
- ◇ Dieta inadecuada rica en: sodio, grasas saturadas, azúcares refinados y pobre en fibra vegetal.
- ◇ Estrés

##### • **Socioculturales.**

- ◇ Bajo nivel educacional.
- ◇ Tradiciones religiosas.

##### • **Económicos**

- ◇ Bajos ingresos.
- ◇ Malas condiciones de la vivienda.

#### ➤ **Determinante medio ambiente natural.**

- Abasto de agua deficiente.
- Inadecuada disposición de residuales.
- Contaminación atmosférica.
- Condiciones inadecuadas del ambiente laboral y escolar.

➤ **Determinante organización de los servicios de salud.**

- Cobertura insuficiente.
- Mala calidad de la atención.
- Poca accesibilidad.

➤ **Factores de riesgo familiares:**

- Permeabilidad sociofamiliar inadecuada.
- Cohesión extrema o muy baja.
- Dificultades en la adaptabilidad.
- Poca fuerza familiar.
- Migración.

**¿Cómo percibe la población cubana estos riesgos?.**

Según los resultados de la II Encuesta de factores de riesgo y enfermedades crónicas. Cuba.2001, indican que la población cubana tiene una adecuada percepción de los riesgos estudiados. Fumar es la situación que más se percibió como riesgo para la salud por la población. Tomar bebidas alcohólicas en ocasiones es el factor menos percibido como riesgo para la salud. Las mujeres tienen mejor percepción de los riesgos que los hombres.

A pesar de existir una adecuada percepción de los riesgos estudiados, la población los mantiene incorporados a su comportamiento (disonancia cognoscitiva), de ahí su elevada prevalencia. **Esto hace que el enfoque del trabajo haya que dirigirlo a la educación de la población en la autoresponsabilidad y autocuidado de su salud.**

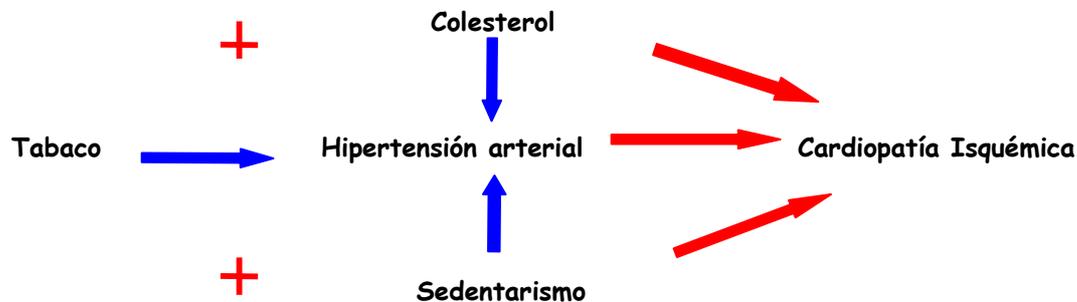
**Asociación de riesgo:**

Es el agrupamiento de varios factores de riesgo que concommitan o coinciden en una persona y/o familia y que son clínicamente significativos dado su efecto sinérgico sobre el riesgo de enfermedad o daño a la salud:

Los profesionales de la salud deben **valorar el riesgo global** sin centrarse sólo en algunos factores; se debe aplicar el enfoque multicausal al interpretar un problema de salud.

Ejemplo: En la aparición de las enfermedades del corazón se asocian como factores de riesgo: Colesterol, Hipertensión, Tabaco y Sedentarismo los que actúan de forma sinérgica aumentando 3 veces el riesgo de enfermedades cardiovasculares y que además tienen una

gran influencia en otras enfermedades crónicas. Este enfoque permite darnos cuenta de que trabajando de forma global en esta asociación, estamos disminuyendo la probabilidad de aparición de más de un daño a la salud.



### Acciones de prevención:

#### ➤ Generales.

- Identificar personas, familias y grupos comunitarios con probabilidades de desarrollar daño a la salud (*Pesquisa activa, sistemática*), para una adecuada intervención.
- Educar a personas, familias y grupos comunitarios en como evitar la aparición de los problemas de salud, desde edades tempranas.
- Fomentar la formación de diversos grupos de población e instituciones, especialmente niños y adolescentes que participen activamente en tareas de prevención (promotores de salud)
- Educar a la familia en su papel como modelo positivo a imitar por sus integrantes y otras familias en la prevención del riesgo o daño a la salud.
- Preparar a la familia como fuente de información y de ayuda práctica en el control de los riesgos, reforzando mecanismos internos de regulación, afecto y seguridad dentro de la misma.
- Informar y aconsejar sobre métodos anticonceptivos eficaces que permitan una adecuada planificación familiar.

#### ➤ De Estilo de Vida

- Impulsar acciones familiares y sociales que estimulen el desarrollo individual y la autoestima de las personas en riesgo, saber escuchar a la persona, ofrecerle apoyo moral, comprensión y paciencia.
- Fomentar la participación de personas en riesgos y sus familias en consultas de consejería y orientación.
- Apoyar en el ámbito familiar, escolar y comunitario hábitos de conducta no violentos, no agresivos ni tóxicos.
- Dirigir mensajes en consultas, visitas y en murales sobre los efectos de las sustancias adictógenas en la salud, la economía familiar e individual.
- Apoderar al no adicto para hacer valer su derecho al no consumo.

- Realizar actividades educativas en la comunidad encaminadas a reforzar la repercusión positiva del abandono de la adicción mediante concursos, videos debates, barrios debates, etc.
- Lograr un ambiente comunitario donde se disminuyan los hábitos tóxicos y la violencia.
- Propiciar el desarrollo en el ámbito comunitario de grupos de apoyo (con los factores comunitarios) para ayudar a los niños con problemas sociales.
- Orientar sobre el uso del preservativo o condón en grupos vulnerables de Infecciones de Transmisión Sexual y en la población en general para la prevención de las mismas.
- Apoyar hábitos que estimulen el consumo de frutas y vegetales frescos bien lavados.

#### ➤ **Biogenéticos.**

- Orientar a personas y familia con factores de riesgo biogenéticos, sobre el control higiénico-dietético que deben tener para evitar la aparición de enfermedades. (dieta saludable, ejercicios físicos, etc.)
- Lograr el control de los pacientes con problemas de salud que a su vez constituyen riesgo de otros.
- Toma de presión arterial y medición del colesterol.
- Prevención de enfermedades genéticas a través de asesoramiento genético y de técnicas de tecnologías avanzadas: Alfa feto proteína, Electroforesis de Hemoglobina y Ultrasonido Diagnóstico, entre otros.
- Realización de Citología Cérvico-Vaginal.
- Realización del Examen de mamas y orientar el autoexamen a la población femenina.

#### ➤ **Medio ambiente.**

- Educar a las personas, familias, grupos y comunidad sobre la prevención y control de factores de riesgo que puedan ocasionar emergencias, desastres y contaminación ambiental .
- Promover actividades dirigidas a la prevención y control de la contaminación atmosférica, emergencias, desastres y sus efectos en la salud y en los ecosistemas.
- Educar a las personas, familias, grupos y comunidad en la importancia de garantizar la calidad sanitaria del agua de consumo.
- Control de los factores de riesgo laborales, educando a los trabajadores y en especial a los de reciente incorporación sobre la necesidad del uso de los medios de protección y el cumplimiento de las medidas para la seguridad del trabajador.
- Chequeo pre-empleo y periódico a trabajadores expuestos a riesgo.
- Promover actividades en el ámbito escolar que incentiven la participación del niño y la familia.
- Dirigir a la población sobre la correcta disposición de los residuales líquidos y sólidos.

- Educar a las personas, familias y comunidad sobre la necesidad de mantener una correcta higiene de la vivienda y sus alrededores para evitar la proliferación de ratas y ratones y otros vectores transmisores de enfermedades
- Instruir a la población en la responsabilidad que se contrae ante la sociedad en el cuidado, reproducción, beneficios y perjuicios al criar animales, así como de los daños que pudieran ocasionar los mismos.
- Impulsar hábitos permanentes en la población para el saneamiento intra y extradomiciliario con énfasis en el autofocal familiar.
- Delimitación de áreas laborales, sociales y del hogares libres de tabaco.

### **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- Utilice el enfoque de riesgo para el análisis de las situaciones de salud de las personas, grupos y comunidad.
- Realice investigaciones que le permitan identificar las asociaciones de riesgo existentes en su comunidad.
- No olvides que la asociación de riesgos genera sinergismos que potencializan sus efectos sobre la salud, por lo tanto, no analices por separado los riesgos que concommiten en una persona.

### **DIAGNOSTICO TEMPRANO Y TRATAMIENTO OPORTUNO.**

El diagnostico temprano y el tratamiento oportuno, son importantes porque existen enfermedades que de no ser detectadas a tiempo producen un daño irreversible. El objetivo estaría encaminado en reducir los problemas de salud y los factores de riesgo además de proteger a personas y grupos vulnerables, mediante la utilización adecuada del método clínico.

#### **Premisas.**

Utilizar el **método clínico** como herramienta esencial para la atención a las personas:

- ◇ Interrogatorio (antecedentes personales y familiares, situación actual, salud familiar)
- ◇ Examen Físico.
- ◇ Diagnósticos posibles
- ◇ Pruebas y exámenes para corroborar el diagnóstico.
- ◇ Conducta a seguir.
- ◇ **Principios para lograr un buen interrogatorio:**
  - Asegurar la privacidad.
  - Dejar al enfermo expresarse libre y espontáneamente.
  - Precisar todos los síntomas de la enfermedad actual.

- Conseguir la mayor semiografía de los mismos y ordenarlos cronológicamente (Cronopatograma)
- Determinar las circunstancias en que se iniciaron y la duración total del cuadro clínico.
- Relacionar de los síntomas con funciones fisiológicas, actividades, hábitos, situaciones familiares, ambiente y situaciones sociales.

◇ **Principios para realizar un buen examen físico:**

- Haber interrogado.
- Disponer de un mínimo de condiciones adecuadas: local con privacidad, camilla, sábanas, iluminación.
- Obtener el consentimiento informado.
- Respetar el pudor del enfermo.
- No examinar por encima de las ropas.
- Efectuar bien cada maniobra (semiotecnica depurada).
- Seguir un orden cefalo caudal.
- Buscar todos los datos físicos que puedan estar presentes.

◇ **Para el diagnóstico:**

- Elaborar una o varias hipótesis diagnósticas, teniendo en cuenta los datos obtenidos en el interrogatorio y examen físico, además se apoyará en sus conocimientos teórico - prácticos.
- Ofrecer información sobre el diagnóstico y pronóstico a los pacientes y/o familiares; para ello se utilizará el lenguaje adecuado.

◇ **Para indicar pruebas y exámenes complementarios se tendrá en cuenta:**

- No indicar exámenes complementarios innecesarios ni por rutina para confirmar un diagnóstico.
- Ir de los exámenes más simples a los más complejos.
- Aportar datos clínicos suficientes al ordenar pruebas o exámenes.
- Ver personalmente los resultados.

◇ **Para la conducta:**

- Discutir y concertar con las personas y las familias la conducta a seguir y su **participación responsable**, incluyendo la programación de la atención continuada.
- Reforzar los factores sanógenos protectores de la salud:

**Fomentando:**

- ◇ Un ambiente familiar saludable y un enfrentamiento adecuado a los problemas relacionados o no con el ciclo vital de la familia.
- ◇ Dieta saludable rica en vegetales, frutas y baja en grasas totales.
- ◇ Ejercicio físico y el mantenimiento del peso.
- ◇ Recreación y ambiente saludable.
- ◇ Sexualidad responsable y planificación familiar.

- ◇ Actividades encaminadas a disminuir el estrés.

**Evitando:**

- ◇ Los peligros de una exposición solar excesiva.
- ◇ Los riesgos del tabaquismo, el alcoholismo y otras drogas.
- Utilizar el enfoque de salud familiar.
- Orientar medidas generales:
  - Tratamiento higiénico-dietético.
  - Medidas de sostén.
- Utilizar la Medicina tradicional y natural por sus efectos beneficiosos y su inocuidad.
- Tratamiento Medicamentoso al paciente enfermo teniendo en cuenta:
  - Dosis y vía más adecuada.
  - Sinergia de los medicamentos.
  - Efectos secundarios.
  - No dejar nunca de usar un medicamento bueno conocido por otro nuevo que tiene ciertas ventajas hasta que no haya sido ampliamente usado.
  - Usarlos en el horario adecuado.
- Restituir al paciente, o al menos aproximarnos al máximo, a su estado funcional anterior en el menor tiempo posible.
- Coordinar estudios, realizar juntas médicas, remitir o ingresar en el nivel correspondiente a pacientes en que la afección o su evolución no permitan atención ambulatoria, dándole seguimiento.
- Emitir en el acto médico las recetas, dietas, resúmenes de historia clínica, certificados diagnósticos, de incapacidad laboral, de medicamentos y de defunción que sean necesarios.
- Utilizar el ingreso en el hogar teniendo en cuenta que:
  - Es indicado por el equipo de salud.
  - La enfermedad no ponga en peligro la vida del paciente.
  - Exista voluntariedad del paciente y su familia.
  - La familia cuente con las condiciones ambientales y económicas para asumir el ingreso.
  - Exista disponibilidad de recursos para la atención del paciente.
  - El paciente no requiera cuidados médicos y de enfermería continuos.
- Realizar el control de foco de enfermedades transmisibles, teniendo en cuenta los siguientes aspectos generales:
  - DEL RESERVORIO
    - ◇ Verificación.
    - ◇ Diagnóstico.
    - ◇ Notificación.
    - ◇ Historia epidemiológica.
    - ◇ Educación sanitaria al enfermo
    - ◇ Tratamiento general y específico.

- ◇ Aislamiento.
- ◇ Alta epidemiológica.
- VÍA DE TRANSMISIÓN.
  - ◇ En dependencia del mecanismo fundamental de transmisión.  
Ejemplo: agua, conducta sexual, vectores, entre otras.
- SUSCEPTIBLES.
  - ◇ Pesquisa a otras personas no enfermas que sean contactos del paciente.
  - ◇ Educación sanitaria a contactos.
  - ◇ Vigilancia a contactos.
  - ◇ Cuarentena a contactos.
  - ◇ Inmunoprofilaxis a contactos.
  - ◇ Vacunación a contactos.
  - ◇ Quimioprofilaxis.

## REHABILITACIÓN.

En el mundo 600 millones de personas tienen algún tipo de discapacidad. En Cuba el Estudio Psicosocial de personas con algunos tipos de discapacidad y el Psicopedagógico de las personas con retraso mental, realizados en el año 2003, arrojaron globalmente que el 7 % de la población tenía algún tipo de discapacidad, se determinó, además, que sus principales causas son las enfermedades crónicas no transmisibles y los daños en el Sistema Nervioso Central así como los Trastornos mentales. La Discapacidad es un fenómeno de incidencia cada vez mayor y aún sin resolver, de gran trascendencia social y económica, que requiere atención a fondo para lograr su disminución y/o recuperación. Es la Rehabilitación una vía importante para alcanzar este propósito.

Para dar respuesta a esta situación de salud y a las tendencias demográficas de la población, la organización del sistema sanitario en nuestro país en la actualidad ha concebido el desarrollo de servicios de rehabilitación múltiples e integrales que incluyen no sólo los aspectos físicos sino que abarca aspectos como la Rehabilitación psíquica, (en especial la Rehabilitación cognitiva), Logofoniatría, Consejería dietética, entre otros, acercando cada vez más dichos servicios a la comunidad.

**Rehabilitación:** Proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades, así como su ajuste psicológico, social, vocacional y económico que les permitan llevar de forma libre e independiente su propia vida.

**Rehabilitación Basada en la Comunidad:** Estrategia que engloba un conjunto de acciones integrales y en equipo, donde el protagonismo lo lleva la propia persona con discapacidad, su familia y la comunidad, con la concurrencia de diferentes áreas de

rehabilitación, diferentes sectores y las asociaciones de personas con discapacidad que persiguen la disminución del impacto de las limitaciones y la integración de estas personas.

En esta modalidad se buscan las soluciones más apropiadas con el empleo de tecnologías adecuadas y sencillas aprovechando y potencializando los recursos humanos y materiales de la comunidad.

### **Premisas:**

- ◇ Identificar y evaluar las personas y familias con deficiencias, discapacidades, minusvalías o desventajas físicas, mediante evaluación interdisciplinaria e integral.
- ◇ Realizar diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de enfermedades que de no ser detectadas a tiempo producen daños irreversibles para la salud, Ej. Hipotiroidismo congénito, Fenilcetonuria, entre otras.

### **Características de la Rehabilitación en el domicilio:**

- ◇ Es una modalidad de la Rehabilitación con base comunitaria.
- ◇ Aplica tecnologías sencillas pero apropiadas y de bajo costo.
- ◇ Cubre el espacio que no alcanzan otras formas asistenciales.
- ◇ Debe ser objeto de una adecuada planificación y control del trabajo.
- ◇ Tiene un importante componente educativo.
- ◇ Brinda ayuda a las personas discapacitadas en su protección.

### **¿En qué casos es aplicable la Rehabilitación con base comunitaria?**

Está comprobado que entre un 80 y 85 % de las personas que necesitan rehabilitación pueden recibirla en el contexto comunitario, esta modalidad se beneficia con la aplicación de técnicas simplificadas que pueden ser desarrolladas en todas sus posibilidades.

Son **susceptibles de Rehabilitación** con base comunitaria:

- Afecciones neonatales y de la primera infancia.
  - ◆ Parálisis cerebral.
  - ◆ Síndrome Hipotónico.
  - ◆ Hipotonía Periférico Central.
  - ◆ Parálisis Braquial Adquirida.
  - ◆ Plasticidad Cerebral.
- Afecciones de Ortopedia y Traumatología
  - ◆ Tortícolis Congénita.
  - ◆ Pie Equino-Varo Congénito.
  - ◆ Escoliosis, Cifosis y Lordosis.

- ◆ Pie Plano Metatarso Varo.
- ◆ Deformidades angulares de la rodilla.
- ◆ Fractura supracondílea del codo.
- ◆ Esguinces.
- ◆ Fracturas.
- Afecciones del adulto:
  - ◆ Lesiones medulares.
  - ◆ Hemiplejias.
  - ◆ Traumatismos cráneo-encefálicos.
  - ◆ Esclerosis múltiple.
  - ◆ Vejiga e Intestino Neuropático.
  - ◆ Enfermedad de Parkinson.
- Lesiones de nervios periféricos.
  - ◆ Síndrome de Guillain Barré.
  - ◆ Parálisis Facial.
  - ◆ Lepra.
  - ◆ Polineuropatía epidémica, diabéticas y otras.
- Afecciones reumatológicas.
  - ◆ Artritis Reumatoidea.
  - ◆ Osteoartritis.
  - ◆ Algias Vertebrales.
- Cardiopatía Isquémica.
- Cáncer
- Disfunción Respiratoria.
  - ◆ Asma Bronquial
  - ◆ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

### **Funciones de la Familia en la Rehabilitación con base comunitaria:**

- ◇ Participar en el proceso de Rehabilitación.
- ◇ Estimular la autoestima.
- ◇ Fomentar la incorporación a actividades de carácter social y laboral.
- ◇ Eliminar o modificar la existencia de barreras arquitectónicas como: Desniveles, obstáculos físicos, problemas de iluminación, falta de protectores en los baños y otras.
- ◇ Instruir en la autoatención.
- ◇ Evitar nuevas discapacidades y complicaciones.

### **Papel del Equipo Básico de Salud:**

Es fundamental en el diagnóstico oportuno de aquellas afecciones susceptibles de rehabilitación en personas, grupos y familias de su comunidad para favorecer su recuperación.

## **Intervención para la Estimulación Temprana en niños:**

Es el período de intervención sistemática llevada a cabo en lactantes o en la infancia temprana. Típicamente envuelve terapias tradicionales como la física, ocupacional, del lenguaje y de una amplia combinación psicosocial. Permite estimular el desarrollo y prevenir riesgos y de tratar enfermedades.

Tiene como objetivos:

- ◇ Potenciar el desarrollo integral de niños y niñas.
- ◇ Mejorar la interacción madre hijo.
- ◇ Prevenir alteraciones del Sistema Nervioso Central (SNC)

## **¿A quién debe realizarse la Intervención para la estimulación temprana?**

Se dirige todos a los niños y niñas para potenciar su desarrollo con especial énfasis en aquellos que por sus condiciones biológicas, psicosociales o por presentar lesiones en su cerebro, tuvieron riesgo de desviación en su desarrollo.

- A grupos de alto riesgo biológico:
  - ◇ Niños con peso menor de 1500 gramos.
  - ◇ Niños con antecedentes de:
    - Crecimiento Intrauterino Retardado.
    - Distress respiratorio con ventilación prolongada.
    - Hiperbilirrubinemia.
    - APGAR menos de 3 a los 5 minutos.
  - ◇ Sepsis del Sistema Nervioso Central.
  - ◇ Hidrocefalia severa.
  - ◇ Hijos de madres alcohólicas.
- A grupos de alto riesgo socioambiental:
  - ◇ Bajo nivel socioeconómico.
  - ◇ Antecedentes familiares de retraso mental.
  - ◇ Padres con enfermedad psiquiátrica.
  - ◇ Abuso de tóxicos.
  - ◇ Maltrato infantil.
  - ◇ Familias disfuncionales.
  - ◇ Falta de cuidado prenatal.
  - ◇ Deprivación afectiva.
- A grupos con desventajas evidentes:
  - ◇ Afecciones genéticas.
  - ◇ Síndrome de Down.
  - ◇ Alteraciones sensoriales.
  - ◇ Parálisis cerebral.
- Es útil también en niños normales para mejorar su nivel de desarrollo.

## **¿ Cómo orientar a la familia para la estimulación temprana del niño?**

Se le debe enseñar a los padres mes por mes las características del desarrollo y algunos ejercicios y actividades para estimular el desarrollo del bebé con el fin de que alcancen los logros correspondientes a cada edad, en sus áreas básicas: desarrollo motor, cognoscitivo, lenguaje, visual, olfativo, auditivo, táctil y socio-afectivo. Recuerda que la estimulación temprana se basa en proporcionar al infante un ambiente de armonía y una relación amorosa, a la velocidad, intensidad y ritmo propios de sus necesidades.

Ahora mostramos algunas propuestas de cómo estimular al niño o la niña

### **Estimulación Directa**

Se debe iniciar los ejercicios de estimulación con una frecuencia para cada ejercicio de tres veces al día. Duración aproximada de 45 minutos.

### **ESTIMULACION MOTRIZ**

#### **Fortalecer los músculos**

- Acuna al bebe desnudo, voltéalo al lado derecho y luego al izquierdo. También puedes girarlo en circulo. Practica otras posiciones como ponerlo de espalda, boca arriba, de frente, semisentado.

#### **Fortalecer los músculos de los brazos y piernas.**

- Acuesta al bebe, flexiona primero y luego estira suavemente los brazos de un lado a otro y sube su cabeza.
- En la misma posición, acércate hasta hacer contacto con sus pies para estimular el pataleo. Puedes ayudarlo al inicio tomándolo de sus piernas y moviéndolas para patalear. El bebe imitara el movimiento por si mismo.
- Mueve sus piernas haciendo bicicleta.

#### **Fortalecer los músculos de la espalda y del tórax.**

- Coloca al bebe acostado sobre su lado derecho, desliza tus manos por debajo de su cuerpo y sosténlo del cuello y de las piernas, levántalo varios centímetros. Repite el ejercicio sobre el lado izquierdo.
- Acuesta al bebe boca arriba, toma sus manos hacia el centro de su cuerpo contra su pecho y suavemente gíralo de lado a lado. Levántalo hasta la posición sentada y vuélvelo a bajar lentamente.

## **ESTIMULACION COGNOSCITIVA**

### **Estimular el reflejo plantar.**

- Pasa tu dedo por la planta del pie del bebe para que lo estire y cerca de los dedos para que los encoja.

### **Estimular el reflejo de prehensión.**

- Abre las manos del bebe y coloca el dedo sobre la palma para que el bebe lo agarre. Intenta retirarlo varias veces.

### **Estimular el reflejo de succión.**

- Con tus manos limpias, colócalas en la comisura de los labios del bebe para que intente tomarlos con la boca.

### **Estimular el reflejo de Moro.**

- Coloca al bebe de espaldas y cuando este tranquilo, golpea simultáneamente los lados de la almohada o del colchón.

## **ESTIMULACION DEL LENGUAJE**

### **Familiarizar al bebe con el lenguaje humano.**

- Mientras se baña al bebe, se cambia o se alimenta háblale y juega con él. (Usa palabras "normales" habla como normalmente hablarías con otra persona)

### **Reforzar la emisión de sonidos.**

- Imita los sonidos que el bebe emite para reforzar los ruidos guturales.

### **Incrementar la expresión de sus emociones.**

- Permítele, si ya has descartado toda necesidad, que llore. No le perturbes si se queda en silencio un rato mientras esta despierto. Refuerza cualquier signo de alegría.

### **Reforzar la imitación a partir de gesticulaciones.**

- Hazle gestos a bebe con la boca, los ojos, la nariz, etc., así le muestras a tu bebe la flexibilidad del rostro cuando se habla o se emiten sonidos. No te sorprendas si tu bebe trata de imitarlo!

## **MANEJO DE LOS DISCAPACITADOS.**

- ◇ Control de los factores condicionantes que le propicien la aparición de complicaciones u otras secuelas.
- ◇ Orientar a pacientes y familiares sobre la importancia de su rehabilitación cognitiva.
- ◇ Educar a la familia sobre la colaboración y ayuda de satisfacer las necesidades del afectado incluyendo el validismo, afectividad, facilitación del recurso y condiciones del hogar.
- ◇ Lograr inserción social y laboral en los casos que lo requieran mediante la acción comunitaria e intersectorial.

- ◇ Propiciar la afiliación a las organizaciones existente según el tipo de discapacidad: ACLIFIM (Asociación de limitados físicos y motores), ANCI (Asociación nacional de ciegos y débiles visuales) y ANSOC (Asociación de sordos e hipoacúsicos)
- ◇ Promover la capacitación a los cuidadores en el ámbito comunitario.
- ◇ Atención diferenciada a la familia para evitar y reducir los sentimientos de culpabilidad, frustración que los conlleve a crisis familiares.
- ◇ Mantener vinculación estrecha entre los sectores educacionales y de salud para la inserción escolar y el desarrollo de los discapacitados.
- ◇ Educar a la comunidad y familia con relación a la solidaridad humana y el respeto al discapacitado.
- ◇ Participar en la Capacitación de las redes de ayuda y apoyo en la comunidad para el trabajo con los individuos deficientes y discapacitados y fortalecer las existentes.

### **Manejo del paciente geriátrico:**

- ◇ Por las características que presenta el anciano al realizar la rehabilitación se deben seguir las siguientes reglas:
  - No realizar sesiones de tratamiento largo.
  - Valorar su mala respuesta al estrés y los trastornos visuales al indicar un medio.
  - Valorar los trastornos vasculares de la zona al indicar un medio.
  - Valorar los trastornos musculares propios de la edad al indicar cualquier tipo de ejercicio.
  - Realizar las indicaciones individualizadas en cada paciente.
  - Valorar uso de calzado, bastones y ortesis.
  - Dar apoyo emocional y buscarlo en la familia.
  - Ver las posibilidades reales de realizar tratamiento en servicios de fisioterapia y priorizar indicaciones que se puedan realizar en el hogar.
- ◇ Adaptaciones en el hogar como parte del tratamiento rehabilitador en el paciente geriátrico.
  - Sillas adaptadas para orinar y defecar.
  - Barras para aguantarse en el inodoro.
  - Descanso para bañarse.
  - Poner pasa mano en lugares accesibles.
  - Buena iluminación y ventilación.
  - Tiradores de puertas en lugares donde puedan ser alcanzados.
  - Eliminar obstáculos de manera que tenga un área de desplazamiento amplia y libre.
  - Sustituir los escalones por rampas con pasa manos adecuadas.
  - Adecuar la altura de la cama al biotipo del paciente.
  - Prevención de complicaciones producidas por el reposo prolongado.
  - Debe estimularse al máximo la movilidad en la cama.
  - El paciente debe ejecutar ejercicios de las extremidades y resistirlos si es posible.

### **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- ◆ Iniciar de manera precoz la rehabilitación.
- ◆ Recordar que la rehabilitación está presente en todos los momentos de la atención médica integral.
- ◆ Prestar atención a la esfera psicoafectiva de la persona con deficiencias, discapacidades o minusvalías

### **ERRORES MÁS FRECUENTES:**

- ◆ Crear falsas expectativas en la persona y la familia sobre su total recuperación.
- ◆ Pensar que no hay más nada que hacer por la persona con deficiencia, discapacidad o minusvalía.

## ***Capítulo IV***

### ***Atención a grupos específicos.***

*“.....en la atención primaria tendremos una atención óptima desde la base, desde el niño que nace hasta el anciano....”*

***Fidel.  
Mayo 1984***

## CAPITULO IV

### **ATENCIÓN A GRUPOS ESPECIFICOS.**

La formación de una nueva pareja debe estar regida por lazos de amor y afecto, el desempeño de la sexualidad debe ser responsable lo que permitirá la planificación familiar y así prepararse para la llegada de sus hijos.

La atención previa a la concepción es la preparación física y mental de ambos padres para el embarazo y la maternidad y la paternidad.

#### **Medidas de promoción y prevención para lograr Salud Reproductiva.**

- Ofrecer conocimientos sobre sexualidad en adolescentes.
- Brindar atención diferenciada en ginecología infantojuvenil a niñas y adolescentes para garantizar su salud sexual y reproductiva.
- Sugerir la planificación familiar disponible y oportuna para adolescentes y mujeres en edad fértil. Perfeccionarla en mujeres que lo soliciten y las de riesgo.
- Proponer educación nutricional correcta, así como promover estilos de vida saludables en mujeres en edad fértil.
- Adecuado control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional.
- Valoración del estado Nutricional de mujeres en edad fértil.
- Control de los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida Ej. Tabaquismo, alcoholismo, etc.
- Examinar las mamas y orientar sobre sus cuidados, corrección de algunas anomalías para su preparación para la lactancia materna.
- Desarrollar el tema de lactancia materna en este grupo específico.
- Administrar sales de hierro, ácido fólico y vitaminas mujeres en edad fértil con anemia.

### **ATENCIÓN A LA EMBARAZADA:**

El embarazo debe tener una atención diferenciada donde el objeto de atención es la madre, el futuro hijo y la familia, esta ultima facilitara una adecuada red de apoyo y ambiente afectivo a la embarazada con la finalidad de lograr una reproducción humana de calidad aceptable del binomio madre hijo.

### **Organización de la atención prenatal:**

El Equipo Básico de Salud con Especialista en Medicina General Integral realizará la atención prenatal completa ofertando a cada embarazada normal un mínimo de 10 consultas prenatales y solicitará la Junta Médica cuando lo estime pertinente, con un enfoque individual e integral de cada gestante. En el caso de los Residentes realizarán la captación y seguimiento, solicitando la Junta Médica con especialistas del Grupo Básico de Trabajo según la cronología de la atención (segunda , quinta y decima consultas).

Estas acciones de salud se le brindan a todas las embarazadas que residan en su territorio o que estén residiendo transitoriamente en el mismo.

### **Cronología y conducta en la atención prenatal durante el embarazo normal:**

| No. | CONSULTAS             | EDAD GESTACIONAL                          |
|-----|-----------------------|---|
| 1.  | Consulta de Captación | Antes de las 14 semanas                   |
| 2.  | Consulta*             | En los 15 días posteriores a la captación |
| 3.  | Consulta              | A las 18 semanas                          |
| 4.  | Consulta              | Alrededor de las 22 semanas               |
| 5.  | Consulta*             | Alrededor de las 26 semanas               |
| 6.  | Consulta              | Alrededor de las 30 semanas               |
| 7.  | Consulta              | Alrededor de las 32 semanas               |
| 8.  | Consulta              | Alrededor de las 36 semanas               |
| 9.  | Consulta              | Alrededor de las 38 semanas               |
| 10. | Consulta*             | Alrededor de las 40 semanas               |

\* Estas consultas el médico que no es especialista en Medicina General Integral las realizará en conjunto con un especialista del Grupo Básico de Trabajo.

### **Metodología de la atención prenatal:**

#### **Embarazo normal.**

#### **Primera consulta.**

Siempre que sea posible se debe propiciar la participación de la pareja en las consultas.

El equipo básico de salud realizará la:

1. Anamnesis general y obstétrica (incluye aspectos biopsicosociales). Chequeo de la vacunación con Toxoide tetánico y Citología.
2. Examen físico completo (con énfasis en el examen cardiovascular, respiratorio, tiroides). Si tiene afecciones asociadas de cualquier tipo,  
En el examen cardiovascular es importante la Presión Arterial Media:

$$\text{PAM} = \frac{\text{Presión Sistólica} + 2 (\text{Presión Diastólica})}{3}$$

3. Cálculo del peso por Índice de masa corporal para hacer la valoración nutricional de la gestante y definir la ganancia de peso recomendada al final del embarazo.

| Categoría  | IMC (p/t)     | GANANCIA DE PESO TOTAL RECOMENDADA (Kg) | PROMEDIO DE LA GANANCIA DE PESO (Kg) |
|------------|---------------|---|--------------------------------------|
| Bajo Peso  | Menor de 19.8 | 12.5 a 18.0                             | 15.3                                 |
| Normo Peso | 19.8 a 26.0   | 11.5 a 16.0                             | 13.8                                 |
| Sobre Peso | 26.1 a 29.0   | 10.0 a 11.5                             | 9.3                                  |
| Obeso      | Más de 29.0   | 6.0                                     | 6.0                                  |

Lo que debe ganar en el primer trimestre:

- Bajo Peso: 2.3 Kg
- Normal: 1.6 Kg
- Obesa: 0.9 Kg

Ganancia de peso semanal:

- Bajo Peso: 0.5 Kg
- Normopeso: 0.4 Kg
- Sobrepeso: 0.3 Kg

Fórmula para valorar la ganancia de peso en el primer trimestre:

$$[\text{Edad Gestacional} - 13 \times \text{Ganancia a tener semanal} + \text{Ganancia a tener en el 1er Trimestre}]$$

Fórmula para valorar la ganancia de peso en el segundo y tercer trimestre:

$$\frac{[\text{Peso Ideal} \times \text{Índice Masa Corporal al final del embarazo} \times \text{Edad Gestacional Actual}]}{40}$$

4. Examen obstétrico incluye:

- ◆ Examen con espejito: observar las características de vulva, vagina y cervix. Buscar signos de sepsis vaginal y describir las características clínicas de la leucorrea.
- ◆ Tacto vaginal: Sin introducir el dedo en canal cervical, evaluando la consistencia del cuello y el tamaño en centímetros, características del útero: posición y tamaño acorde con amenorrea y anejos. Se realizará en la captación u otra consulta con criterio bien fundamentado.
- ◆ Examen de mamas: detectar posibles anomalías o enfermedades que pudieran afectar la lactancia materna.
- ◆ Es necesario tener como referencia el tacto vaginal y examen con espéculo para comparar en la 5ta consulta y poder detectar modificaciones cervicales.

5. Exámenes Complementarios:

- ◆ Hemoglobina y Hematocrito.

- ◆ Glicemia.
- ◆ HIV (ambos)
- ◆ Serología (ambos).
- ◆ Electroforesis de hemoglobina.
- ◆ Grupo y factor.
- ◆ Orina
- ◆ Heces Fecales.
- ◆ Exudado vaginal.
- ◆ Otros: En dependencia de la patología asociada.

6. Definir si se trata de un embarazo normal o de riesgo, estratificar los mismos, precisar las condiciones a vigilar así como establecer el pronóstico materno fetal para concretar las estrategias de seguimiento y optimizar los cuidados sobre los factores de riesgo vinculados con el bajo peso al nacer. Precisar fecha probable de parto.
- ◆ De tener alguna afección asociada, se debe discutir en junta medica con otras especialidades y se realizará el seguimiento conjunto.
  - ◆ Remisión al Estomatólogo
  - ◆ Evaluación por Trabajo Social, Psicología y Genética según las necesidades del caso una vez evaluados los riesgos.

En **los controles sucesivos** se realizará un interrogatorio y examen físico básico donde no debe faltar la exploración de:

- La Presión Arterial Media (PAM) y evaluación de la curva de la misma.
- El peso corporal y evaluación de la curva de ganancia de peso.
- Presencia de edemas.
- Otros aspectos de interés relacionados con la evolución del embarazo y/o, patologías asociadas al mismo.

### **Segunda consulta:**

- Se debe realizar a los 15 días siguientes a la captación.
  1. Evaluación de los complementarios indicados.
  2. Evaluar a la gestante en normal o con condiciones a vigilar, estratificándose el riesgo.
  3. Se debe establecer el pronóstico, definiéndose las acciones concretas de seguimiento para cada caso.
  4. Nuevos complementarios:
    - Alfabetoproteína entre las 15 y las 19 semanas.
    - Antígeno de Superficie de la hepatitis B entre las 15 y 19 semanas
    - Anticuerpo de la hepatitis C solamente en aquellas que tengan antecedentes de transfusión de sangre o sus derivados.
    - Orina.

### **Tercera Consulta (18 semanas):**

1. Valorar integralmente la evolución de la gestante con énfasis en las condiciones a vigilar) y complementarios recibidos.
2. Examen físico:
  - Valorar la curva de altura uterina (se comienza a medir a partir de las 14 semanas)
  - Circunferencia abdominal a partir de las 18 semanas.
  - Búsqueda de signos y síntomas de la enfermedad hipertensiva en el embarazo.
3. Complementarios:
  - Orina.
  - Hemograma.
  - Ultrasonido a realizar a las 22 semanas.

### **Cuarta Consulta (22 semanas):**

1. Se evalúan los movimientos fetales y peloteo fetal (se comienzan a explorar a partir de las 20 semanas)
2. Explicar a la gestante como seguir el patrón contráctil normal.
3. Comprobar asistencia estomatología, psicología u otras especialidades o referirlas si es necesario.
4. Complementarios: Evaluar los de consultas anteriores e indicar:
  - Orina.
  - Ultrasonido a realizar a las 26 semanas.
  - Exudado vaginal.

### **Quinta Consulta (26 semanas):**

1. Esta consulta es de gran importancia porque en el segundo trimestre del embarazo se forma el segmento inferior a expensas del istmo uterino, este proceso fisiológico provoca modificaciones no patológicas del cuello uterino, sin embargo, factores de riesgo externos que pueden presentarse en este período (Infección Urinaria, Vaginal, entre otros) favorecen la aparición de modificaciones patológicas del cervix y como consecuencia, el riesgo de parto pretérmino. Se valora la evolución del embarazo y se replantea el pronóstico materno fetal y las condiciones a vigilar pautando las acciones de salud específicas.
  - ◇ Se prestará especial atención a la ganancia de peso en relación con la recomendada al comienzo del embarazo.
  - ◇ Evaluar la curva de Altura Uterina, buscando signos de más o de menos.
  - ◇ Examen ginecológico con espejo y apreciar las características del cuello uterino, una posible modificación del mismo y presencia de signos de Infección Vaginal.
  - ◇ Orientar sobre Puericultura prenatal, Maternidad y Paternidad consciente (Psicoprofilaxis, Estimulación temprana prenatal, Lactancia Materna)
  - ◇ Valorar el ingreso en hogares maternos si es necesario.

- ◇ Explicar los síntomas del parto pretermino y/o rotura prematura de membrana, y orientar acudir al consultorio ante cualquiera de estos síntomas.
  - ◇ Reforzar orientaciones sobre patrón contráctil e índice de movimientos fetales.
2. Complementarios: Valorar los de consultas anteriores e indicar:
    - Serología (a ambos)
    - Orina.
    - Exudado vaginal según criterio medico.
  3. Replantear riesgos obstétricos, pronóstico materno fetal y conducta a seguir.

### **Sexta Consulta (30 Semanas):**

1. Realizar maniobras de Leopold (se comienzan a realizar a partir de las 28 semanas) y explorar tono uterino.
2. Hacer énfasis en los signos de alarma del parto pretermino.
3. Desarrollar actividades del programa del Maternidad y Paternidad Consciente y Lactancia Materna
4. Complementarios:
  - Orina.

### **Séptima Consulta(Alrededor 32 semanas):**

1. Hacer énfasis en los signos de alarma de parto pretermino.
2. Iniciar la preparación psicofísica para el parto, dirigida a la gestante, su pareja o acompañante para su parto consciente.
3. Maniobras de Leopold.
4. Realizar test de movimientos fetales y evaluación del patrón contráctil.

### **Octava Consulta (Alrededor de las 36 semanas):**

1. Precisar si existe descenso de la Altura Uterina, del volumen uterino y el comportamiento del patrón contráctil.
2. Maniobras de Leopold.
3. Complementarios:
  - Orina.

### **Novena Consulta (alrededor de las 38 semanas):**

1. Todos los acápite de la consulta de 36 semanas.
2. Complementarios:
  - Orina.
  - Hemograma.

### **Décima Consulta (alrededor de las 40 Semanas):**

1. Instruir sobre los pródromos del parto, cuidados perinatales, del Recién Nacido y Lactancia Materna.
2. Remitir a consulta de gestante a término, con comentarios escritos del pensamiento médico, en caso de ser normal la evaluación clínica obstétrica podrá ser seguida en el área hasta las 42 semanas de embarazo, ya a partir de esa fecha quedará ingresada en el hospital.

### **Acciones de salud durante el embarazo.**

- Orientaciones generales a la gestante y familia.
  - Psicológicas: Hacer énfasis en que no está enferma, en lo bello de la maternidad, los cambios psicológicos del embarazo.
  - Propiciar la red de apoyo familiar a la embarazada.
  - Higiene de la gestante: Aseo personal, calzado, sueño, descanso y recreación.
  - Alimentación: La mejor dieta para la mujer embarazada consiste simplemente en una comida balanceada con alimentos preparados de forma adecuada y que requiere unas 200 calorías más diariamente, que la dieta antes del embarazo. Debe tener un elevado contenido en calcio, un 50 % de hidratos de carbono complejos, 20 % de proteínas y 30 % de grasas, se recomienda un suplemento poli vitamínico y de minerales que incluya hierro (300 Mg) y ácido fólico (1 Mg), se recomienda dieta normo sódica (aproximadamente 5 gramos)

#### Calorías necesarias según valoración nutricional.

- Bajo peso con Talla menos de 157 cm. 2500 Kcal.
  - Bajo peso con talla más de 157 cm y adolescente: 2800 Kcal.
  - Normopeso: 2500 Kcal.
  - Normopeso con embarazo gemelar: 2800.
  - Bajo peso con gemelar: 3000 Kcal.
  - Obesa o sobrepeso: 2300 Kcal.
- Antianémicos: Prenatales 1 vez al día hasta las 20 semanas y 2 veces al día a partir de las 20 semanas.
  - Educación sanitaria sobre Lactancia Materna, Ventajas, alteraciones fisiológicas de la gestación, incluir las orientaciones del uso del condón por la prevención de las ITS y el parto pretérmino.
  - Realizar las actividades para una Maternidad y Paternidad consciente (MPC) con atención diferenciada a las madres adolescentes.
  - Acciones en el Hogar:
    - ✓ Desarrollar estrategias de intervención con el objetivo de lograr cambios en los estilos de vida no saludables para favorecer la salud de la gestante y el bienestar fetal.
    - ✓ Precisar el rol de la Maternidad y Paternidad Consciente.
  - Visitas en el Hogar:

- ✓ Entre la primera y segunda consulta el Equipo Básico de Salud debe realizar la primera visita a la gestante y el seguimiento estará en dependencia de la evolución clínica del embarazo o de la situación psicosocial existente, siempre a criterio del equipo básico de salud.

Aspectos de interés:

- Entre las 14 y las 20 semanas teniendo en cuenta aspectos como: cuidados e higiene del embarazo, nutrición, el riesgo de infecciones vaginales, de aborto, pruebas de alta tecnología.
  - En las visitas realizadas entre las 26 y las 34 semanas se hará énfasis en: cuidados e higiene del embarazo, nutrición, riesgo de infecciones genitourinarias y vaginales, Enfermedad hipertensiva del embarazo, Patrón Contráctil normal y su interpretación, medidas de prevención del Bajo Peso al nacer.
  - A partir de las 37 semanas se insistirá en el test de los movimientos fetales como prueba de bienestar fetal y sobre la Lactancia Materna.
- Sobre la vacunación con Toxoide Tetánico.
- ✓ A cualquier embarazada sin antecedentes de vacunación con TT se aplicará: primera dosis a las 22 semanas y una segunda dosis a las 26 semanas.
  - ✓ Si tiene constancia de una dosis de TT, se le aplicará la segunda dosis a las 26 semanas de embarazo.
  - ✓ Si tiene dos dosis de TT y no transcurre un año de la última dosis a la fecha del embarazo no se aplica TT; si transcurre más de un año se le aplica una reactivación a la semana 26 del embarazo.
  - ✓ Si la embarazada está vacunada con un esquema completo de TT (2 dosis más una reactivación) de menos de 10 años de la fecha probable de parto no se vacuna.
  - ✓ Si han transcurrido más de 10 años de la última reactivación, se aplica una dosis de reactivación a las 26 semanas de embarazo.
- Ante una embarazada seropositiva a VIH.
- ✓ Junta médica.
  - ✓ Quimioprofilaxis: Tratamiento controlado con Zidovudina (AZT) a partir de las 14 semanas.
  - ✓ Cesárea electiva.
  - ✓ Lactancia artificial.

### **Aspectos psicológicos en el embarazo.**

Los cambios psicológicos que se presentan en las gestantes están determinados por: rasgos básicos de la personalidad, sus experiencias anteriores, sus relaciones con la pareja, sus condiciones socioculturales y económicas.

Durante el primer trimestre pueden existir sentimientos ambivalentes, cambios en sus expectativas personales, en su conformación corporal y en su relación con el entorno, además de las preocupaciones por malformaciones congénitas, en el tercer trimestre la ansiedad y el temor aumenta ante el pensamiento de dolores del parto o a morir durante él. Por ello es necesario brindar orientación por el equipo básico de salud de todo lo

relacionado con el embarazo, brindar apoyo psicológico y promover que la pareja y familia se integren como sistema de apoyo.

### **Adolescencia y embarazo.**

En ocasiones las gestaciones en menores de 20 años son no deseadas y, se pueden captar tardíamente por ser embarazos ocultos asociados a múltiples causas de índole psicosocial o personal (temores a padres y familiares, desconocimiento de fecha de última menstruación, entre otras).

Debe hacerse énfasis en la nutrición, estado psicológico, su relación con la pareja, con la familia y con el grupo (escuela), para que pueda tomar la mejor decisión conscientemente, respecto al embarazo, ya que su condición la hace más vulnerable al daño biosicosocial, por lo cual puede que no tenga la mayor percepción y esto influya en el desarrollo de su proyecto de vida. La morbilidad materna y perinatal es significativamente más elevada. Son problemas frecuentes la anemia, la Hipertensión inducida por el embarazo, la prematuridad y el bajo peso.

### **Diabetes y embarazo.**

La Diabetes Gestacional se define como “una intolerancia a los hidratos de carbono, de gravedad variable con comienzo o primer reconocimiento en el embarazo”, complica hasta el 5 % de los embarazos.

- Factores de riesgo de diabetes Gestacional.
  - Edad mayor de 30 años.
  - Sobrepeso materno.
  - Antecedentes de Diabetes en familiares de 1ra generación.
  - Antecedentes obstétricos desfavorables (Muerte fetal inexplicable, Polihidramnios, Malformaciones congénitas)
  - Macrosomía fetal (más de 4000 g)
  - Antecedentes de Diabetes Gestacional previa.
  - Glicemia en ayunas mayor de 4,4 mmol / L.
  - Glucosuria en ayunas.
  - Antecedentes de Enfermedad Tiroidea Autoinmune (Hashimoto, Bocio Tóxico Difuso y Mixedema)
  
- Criterios Diagnósticos en el Embarazo:
  - Glicemia en ayunas: mayor o igual a 7,0 mmol / L
  - Glicemia a las 2 horas: mayor o igual a 7,8 mmol / L
  
- Acciones específicas a las embarazadas con más de dos factores de riesgo.
  - A las 24 semanas repetir nuevamente la glicemia.
  - Entre 28 y 32 semanas indicar PTG

- En cualquier momento en que la Glicemia sea mayor o igual a 4,4 mmol / L es necesario realizar PTG.
- Valoración en consulta de Diabetes y Embarazo e ingreso de:
  - Embarazada en que se detecta una Diabetes Gestacional.
  - Paciente diabética que se embaraza.
- Ingresos: Al diagnóstico para estudios iniciales.
  - Entre 24 y 26 semanas para Ecocardiografía fetal y Ultrasonido buscando malformaciones del Sistema Nervioso Central y realización de Hemoglobina Glicosilada.
  - Entre 32 y 34 semanas hasta el parto.
  - Paciente diabética que se embaraza al inicio de su gestación.
- Vigilancia de la curva de peso: No debe ganar más de 9 Kg en todo el embarazo a razón de 1 Kg mensual en el Primer Trimestre y ½ Kg. Mensual para el Segundo y Tercer Trimestre
- Dieta: Prevenir la Hiperglucemia post-pandrial e Hipoglucemias, evitar las cetosis en ayunas. La Dieta mínima aceptada es de 1500 calorías.

➤ Efectos de la Diabetes Mellitus sobre la madre y el feto.

| Madre   | Feto   |
|---|--|
| Aparición de Preeclampsia y Eclampsia<br>Oligohidramnio.<br>Pielonefritis y Bacteriuria asintomática.<br>Cardiopatías Hipertensivas y<br>Nefropatías.<br>Retinopatías proliferantes.<br>Mal control metabólico. | Aborto.<br>Prematuridad.<br>Macrosomía fetal.<br>Distocias del parto.<br>Anomalías congénitas: cromosopatías (trisomías)<br>Mortalidad fetal y perinatal.<br>Alteraciones metabólicas (Hipoglucemias e hipocalcemias)<br>Policitemia neonatal. |

### Hipertensión arterial y embarazo.

Los trastornos hipertensivos de la gestación son frecuentes y ocurren entre el 2 y 18 %, y causan el 40 % de las muertes maternas en países desarrollados.

➤ Criterios diagnósticos

- Cuando existe un aumento de la presión arterial sistólica igual o mayor a 30 mmHG y/o presión arterial diastólica igual o mayor a 15 mmHG respecto a la del comienzo del embarazo (aparece después del segundo o tercer trimestre). Si no se conocen los valores tensionales precedentes, entonces se toma 140/90 mmHg como cifra de referencia.
- Presión Arterial > 140/85 mmHG durante el embarazo o en las 24 horas siguientes al parto.
- Si la Presión Arterial Media (PAM) aumenta 20 mmHG de mercurio.

Factores de riesgo:

- Edad materna: adolescente y añosas.
- Antecedentes Patológicos Personales de Hipertensión Arterial previa, Diabetes Mellitus, Enfermedad renal subyacente.
- Peso materno (la obesidad antes del embarazo es más importante en el desarrollo de la Preeclampsia- Eclampsia que la excesiva ganancia de peso, aunque debe vigilarse la ganancia brusca de peso > de 2 kg. en el segundo trimestre del embarazo)
- Antecedentes personales y familiares de Hipertensión Arterial inducida por el embarazo.
- Multiparidad.
- Condiciones Socio- laborales y de estrés.

➤ **Conducta**

- Adecuado control prenatal, enfatizando en acciones destinadas a minimizar los riesgos (ganancia gradual y global del peso recomendado, control de la Hipertensión Arterial, nutrición adecuada, higiene de la gestante, habito de fumar)
- Ingreso en su hogar o en el hogar materno.
- Control del peso.
- Medir diuresis.
- Dieta normosódica (< de 5 grs. de sodio) y baja en ácidos grasos saturados.
- Toma de tensión arterial con la frecuencia según a criterio medico.
- Vigilancia estricta de:
  - Cifras de presión arterial (no superiores a 160/110 mmHg)
  - Edemas.
- Complementarios (orina en busca de albuminuria, que debe ser < 2 gr, Fondo de ojo, Perfil renal, Hemograma y coagulograma)
- Si existe la sospecha de Preeclampsia grave (trastornos neurológicos, sensoriales, gastrointestinales o renales) y el examen clínico de presión arterial superior a 160/110 mmHg mas proteinuria y edemas, se debe realizar ingreso hospitalario, donde se valorara fundamentalmente bienestar materno- fetal (madurez pulmonar) y se valorara la conducta obstétrica dependiendo de la edad gestacional de la embarazada.

➤ Efectos de la Hipertensión sobre la madre y el feto.

| Madre   | Feto  |
|---|---|
| Aparición de Preeclampsia y Eclampsia<br>Muerte Materna.<br>Ruptura Hepática.<br>Enfermedad Cerebro Vascular. | Prematuridad y Crecimiento intrauterino retardado<br>Oligoamnio.<br>Sufrimiento fetal.<br>Mortalidad fetal y perinatal. |

## **Anemia y embarazo.**

La hemoglobina normal en una mujer en edad fértil es de 120 gramos por litro, Hematocrito de 0,35 y ferritina sérica de 12 nanogramos por litros.

Las necesidades fisiológicas de hierro de una mujer en edad fértil son de 1,3 a 1,4 miligramos por día, en la gestante es de 3 miligramos al día.

La tendencia de la hemoglobina de una mujer embarazada es de decrecer hacia el segundo trimestre para luego ascender hacia el tercero.

## **Deficiencia de Hierro y anemia.**

- Se presenta en el 40 % de las embarazadas.
- Es la carencia nutricional más frecuente.
- La anemia tanto aislada como asociada a otra patología es la primera causa de morbilidad de la gestante que conllevan a la prematuridad y al bajo peso al nacer.

## **Conducta.**

- Fortificación de alimentos con hierro (carne roja y blanca, mariscos, embutidos, etc.)
- Suplementación de hierro y vitaminas orales.
- Administración de hierro oral en forma ferrosa.
  - Ligera: indicar hasta 60 mg de hierro elemental.
  - Moderada: entre 60 y 120 mg de hierro elemental.
  - Severa: más de 120 mg de hierro elemental.
  - Administrar facilitadores de la absorción Ej. Vitamina C.
- Tratamiento parenteral en anemias severas y según el trimestre de gestación.
- Orientar la no - ingestión de alimentos inhibidores de la absorción del hierro.

## **Asma bronquial y embarazo.**

La evolución del asma durante el embarazo es variable: aproximadamente 1/3 de las gestantes empeoran, otro 1/3 mejoran y el resto permanece igual.

El asma que no es bien controlado durante el embarazo aumenta la probabilidad de:

- Hipertensión Gestacional, toxemia.
- Parto prematuro.
- Muerte perinatal.
- Crecimiento Intrauterino Retardado.

El objetivo del tratamiento es evitar la hipoxia fetal. El tratamiento del asma en la mujer gestante es similar al de cualquier asmático. No hay evidencias que sugieran riesgo fetal para la mayoría de los fármacos utilizados en el asma.

En el embarazo los beneficios de un correcto control del asma están por encima de los riesgos potenciales de los medicamentos sobre el feto, siempre que se utilicen de forma apropiada.

## **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- Refleja en el carnet obstétrico todo lo que acontece durante la atención prenatal de forma clara, sin omisiones, esto garantiza la continuidad y la calidad de la atención que se le brinda a la gestante en cada etapa y unidades del sistema de salud por las que transite.

## **PUERPERIO.**

El equipo básico de salud velará por el ingreso y el parto y hará la captación de la puérpera y su recién nacido, en las primeras 72 horas del nacimiento, en casos excepcionales antes de los 7 días.

Examen Físico: Enfatizar en:

- Mucosas.
- Tejido celular subcutáneo.
- Pulso.
- Presión arterial.
- Temperatura.
- Mamas.
- Involución uterina.
- Herida Quirúrgica (si cesárea)
- Episiorrafia (de haberse realizado)
- Loquios.
- Buscar desgarros y/o laceraciones del cuello que puedan haber quedado sin suturar.

La vigilancia de estos parámetros permite la detección de signos de alarma que orientan al puerperio patológico (Sepsis Puerperal, Preeclampsia y otras afecciones)

## **Seguimiento a la puérpera:**

- Seguimiento sistemático y continuo.
- Hemoglobina, Hematocrito y Orina en los primeros 10 días.
- Reforzar las orientaciones dadas a la madre sobre los cuidados del Recién Nacido.
- En la 6ta semana se debe precisar aspectos de la planificación familiar (Método de Amenorrea y lactancia, MELA)
- Perfeccionar la planificación familiar en mujeres que lo soliciten y las de riesgo.
- Alimentación: Dieta rica en proteínas, vitaminas y minerales. Suministrar prenatales hasta el 4to mes.
- Mantener tránsito intestinal.
- Recomendar movimiento y deambulación.
- Reforzar los aspectos de educación sobre Lactancia Materna (cómo amamantar más y mejor).

**El nacimiento debe acogerse como un acontecimiento feliz, preparando las condiciones necesarias que le permita al nuevo miembro el desarrollo armonioso de su personalidad y el tránsito adecuado por las etapas del crecimiento y desarrollo.**

### **ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO: 0 A 29 DÍAS.**

- Análisis de la situación de salud.
  - ✓ Anamnesis: Precisar con los padres:
    - ◆ Antecedentes de salud familiares, inmunizaciones, antecedentes prenatales, natales y postnatales.
    - ◆ Exploración del cumplimiento de las indicaciones de promoción y prevención orientadas previamente.
  - ✓ Examen Físico.
    - ◆ Reflejos, fontanelas y región umbilical.
    - ◆ Exploración de extremidades (haciendo hincapié en la cadera y clavícula)
    - ◆ Pulsos femorales.
    - ◆ Medición y anotación del peso, talla, perímetro cefálico, torácico y abdominal.
    - ◆ Búsqueda de signos de anomalías congénitas (énfasis en genitales externos y aparato cardiovascular)
  - ✓ Pruebas diagnósticas:
    - ◆ TSH, Fenilcetonuria.
    - ◆ Otras según criterio médico.
  - ✓ Conducta:
    - ◇ Acciones de promoción a los padres y familiares y de prevención relacionadas con:
      - ◆ Lactancia materna (resolver dudas).
      - ◆ Vacunación.
      - ◆ Evitar posturas que pongan en riesgo la vida del niño (prevención de la broncoaspiración y el colecho)
      - ◆ Evitar exceso de ropa.
      - ◆ Medidas para evitar accidentes en el hogar.
      - ◆ No fumar en la presencia del niño.
      - ◆ Estimulación del desarrollo psicomotor.
      - ◆ Control ambiental y medidas de desalergización.
      - ◆ Fomentar una dinámica familiar adecuada, propiciando una red de apoyo familiar y mantener las funciones básicas de la familia.
      - ◆ Interpretación y evaluación de las curvas de peso, talla, talla/edad y peso/ edad.

## **ATENCIÓN AL LACTANTE: 30 DÍAS, 11 MESES Y 29 DÍAS.**

- Análisis de la situación de salud actual:
  - ✓ Anamnesis: Precisar con los padres:
    - ◆ Antecedentes de salud familiares, inmunizaciones, antecedentes prenatales, natales y postnatales.
    - ◆ Exploración del cumplimiento de las indicaciones de promoción y prevención previas, a las madres, padres y la familia.
  - ✓ Examen Físico.
    - ◆ Reflejos, fontanelas y región umbilical.
    - ◆ Explorar visión y audición usando objetos luminosos y/o brillantes, uso de marugas u otros objetos sonoros, hablarle desde distintas posiciones, poner música suave.
    - ◆ Medición y anotación del peso, talla, perímetro cefálico, torácico y abdominal.
    - ◆ Fórmula dentaría.
    - ◆ Describir y evaluar las habilidades según desarrollo psicomotor.
    - ◆ Búsqueda de signos de anomalías congénitas (énfasis en genitales externos y aparato cardiovascular)
  - ✓ Pruebas diagnósticas:
    - ◆ Según criterio médico.
  - ✓ Conducta:
    - ◇ Acciones de promoción a los padres y familiares y de prevención sobre:
      - ◆ Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, introducir lactancia artificial e iniciar ablactación.
      - ◆ Evitar posturas que pongan en riesgo la vida del niño (prevención de broncoaspiración y colecho)
      - ◆ Accidentes en el hogar.
      - ◆ Estimulación del desarrollo psicomotor y el lenguaje.
      - ◆ Estimulación de las relaciones interpersonales (proceso de socialización del niño)
      - ◆ Control ambiental y medidas de desalergización.
      - ◆ No fumar en la presencia de niños.
      - ◆ Fomentar una dinámica familiar adecuada, propiciando una red de apoyo familiar y mantener las funciones básicas de la familia.
      - ◆ Interpretación y evaluación de las curvas de peso, talla, talla/edad y peso/ edad.
      - ◆ Vacunación.

## **ATENCIÓN AL PREESCOLAR: 1 A 4 AÑOS.**

- Análisis de la situación de salud actual.
  - ✓ Anamnesis: Precisar con los padres:
    - ◆ Antecedentes de salud familiares, inmunizaciones.

- ◆ Exploración del cumplimiento de las indicaciones de promoción y prevención previas, a la persona y la familia.
- ✓ Examen Físico.
  - ◆ Formula dentaría.
  - ◆ Explorar visión y audición.
  - ◆ Medición y anotación del peso, talla, perímetro cefálico, torácico y abdominal.
  - ◆ Detectar criptorquidia.
  - ◆ Describir y evaluar las habilidades según desarrollo psicomotor.
- ✓ Pruebas diagnosticas:
  - ◆ Según criterio medico.
- ✓ Conducta:
  - ◇ Acciones de promoción a padres y familiares y de prevención sobre:
    - ◆ Dieta saludable, alimentación completa, aumentar el consumo de frutas y vegetales
    - ◆ Higiene personal y familiar adecuada, higiene bucal, lavado de mano y baños diarios.
    - ◆ Estimular la práctica deportiva.
    - ◆ Detección de malos tratos y falta de cuidados (violencia).
    - ◆ Flúor oral.
    - ◆ Medidas para evitar accidentes en el hogar.
    - ◆ Estimular la autonomía del niño.
    - ◆ Control ambiental y medidas de desalergización.
    - ◆ No fumar en la presencia de niños.
    - ◆ Fomentar una dinámica familiar adecuada, propiciando una red de apoyo familiar y mantener las funciones básicas de la familia.
    - ◆ Vacunación.
    - ◆ Interpretación y evaluación de las curvas de peso, talla, talla/edad y peso/ edad.

### **ATENCIÓN AL ESCOLAR: 5 A 14 AÑOS (incluye la adolescencia temprana de 10 a 14 años)**

- Análisis de la situación de salud actual.
  - ✓ Anamnesis:
    - ◆ Antecedentes de salud personal y familiares, inmunizaciones.
    - ◆ Explorar habilidades y relaciones interpersonales.
    - ◆ Explorar la Autoestima.
    - ◆ Detección de síntomas de conducta suicida.
    - ◆ Exploración del cumplimiento de las indicaciones de promoción y prevención previas, a la persona y la familia.
  - ✓ Examen Físico.
    - ◆ Examen bucal (énfasis en formula dentaria y maloclusión)

- ◆ Toma de la tensión arterial.
- ◆ Medición del peso y talla.
- ◆ Signos de maduración sexual.
- ◆ Describir y evaluar las habilidades según desarrollo psicomotor.
- ✓ Pruebas diagnósticas:
  - ◇ Según criterio médico.
- ✓ Conducta:
  - ◇ Acciones de promoción y prevención individuales y familiares sobre:
    - ◆ Dieta saludable, aumentar el consumo de frutas y vegetales
    - ◆ Higiene personal y familiar adecuada, higiene bucal.
    - ◆ La práctica deportiva.
    - ◆ Detección de malos tratos y falta de cuidados.
    - ◆ Medidas para evitar accidentes en el hogar, en la escuela y de tránsito.
    - ◆ La autoresponsabilidad y reforzar los valores.
    - ◆ Fomentar el apoyo individual y familiar a la tarea escolar y la incorporación a grupos socialmente positivos.
    - ◆ Control ambiental y medidas de desalergización.
    - ◆ Una sexualidad responsable y centrada en el amor.
    - ◆ Fomentar una dinámica familiar adecuada, propiciando una red de apoyo familiar y mantener las funciones básicas de la familia.
    - ◆ Prevención de conductas de riesgo: hábito de fumar, alcoholismo, droga dependencia, violencia y actos delictivos, entre otros.
    - ◆ Vacunación.
    - ◆ Interpretación y evaluación de las curvas de peso, talla, talla/edad y peso/ edad.

## **ATENCIÓN AL ADOLESCENTE: 15 A 19 AÑOS.**

- Análisis de la situación de salud actual.
  - ✓ Anamnesis:
    - ◆ Antecedentes de salud personal y familiares, inmunizaciones.
    - ◆ Explorar la esfera psicoafectiva y cognitiva.
    - ◆ Explorar la Autoestima, inserción social y laboral.
    - ◆ Detección de síntomas de conducta suicida.
    - ◆ Exploración del cumplimiento de las indicaciones de promoción y prevención previas a la persona y la familia.
  - ✓ Examen Físico.
    - ◆ Examen bucal.
    - ◆ Toma de la tensión arterial.
    - ◆ Medición y anotación del peso, talla.
    - ◆ Examinar extremidades y columna.
    - ◆ Buscar signos de infección sexual.
  - ✓ Pruebas diagnósticas:
    - ◇ Según criterio médico.

- ✓ Conducta:
  - ◇ Acciones de promoción y prevención individuales y familiares sobre:
    - ◆ Dieta saludable, aumentar el consumo de frutas, vegetales que aporten calcio.
    - ◆ Higiene personal y familiar adecuada, higiene bucal.
    - ◆ Estimular la práctica deportiva.
    - ◆ Detección de malos tratos y falta de cuidados.
    - ◆ Medidas para evitar accidentes en la escuela, tránsito y áreas deportivas.
    - ◆ Alentar la autoresponsabilidad y reforzar los valores.
    - ◆ Fomentar el apoyo individual y familiar a la tarea escolar y la incorporación a grupos socialmente positivos.
    - ◆ Prevención de conductas de riesgo: hábito de fumar, alcoholismo, droga dependencia, violencia, actos delictivos, conducta sexual de riesgo, sedentarismo entre otros.
    - ◆ Control ambiental y medidas de desalergización.
    - ◆ Promover una sexualidad responsable centrada en el amor.
    - ◆ Planificación familiar diferenciada.
    - ◆ Fomentar una dinámica familiar adecuada, propiciando una red de apoyo familiar y mantener las funciones básicas de la familia.
    - ◆ Vacunación.
    - ◆ Interpretación y evaluación de las curvas de peso, talla, talla/edad y peso/ edad.

## **ATENCIÓN AL ADULTO. DE 20 A 59 AÑOS.**

- Análisis de la situación de salud actual.
  - ✓ Anamnesis:
    - ◆ Antecedentes de salud personal y familiares, inmunizaciones.
    - ◆ Examinar la esfera psicoafectiva y cognitiva.
    - ◆ Explorar la Autoestima, inserción social y laboral.
    - ◆ Investigar la preparación y adaptación a la jubilación.
    - ◆ Buscar síntomas de Climaterio.
    - ◆ Descubrir conductas aditivas.
  - ✓ Examen Físico:
    - ◆ Examen bucal.
    - ◆ Toma de la tensión arterial.
    - ◆ Medición del peso, talla.
    - ◆ Examen de mamas.
    - ◆ Buscar signos de infección sexual.
  - ✓ Pruebas diagnósticas según criterios clínicos - epidemiológicos:
    - ◆ Radiografía pulmonar.
    - ◆ VIH y Serología.

- ◆ Mamografía.
- ◆ Citología Orgánica.
- ✓ Conducta:
  - ◇ Acciones de promoción y prevención individuales y familiares sobre:
    - ◆ Estimular la autoresponsabilidad y reforzar los valores.
    - ◆ Dieta saludable, aumentar el consumo de frutas, vegetales que aporten calcio.
    - ◆ Higiene personal y familiar adecuada, higiene bucal.
    - ◆ Estimular la práctica deportiva.
    - ◆ Prevención de conductas de riesgo: hábito de fumar, alcoholismo, droga dependencia, violencia, actos delictivos, conducta sexual de riesgo, entre otras.
    - ◆ Medidas para evitar accidentes de tránsito.
    - ◆ Control ambiental.
    - ◆ Fomentar una sexualidad responsable centrada en el amor.
    - ◆ Planificación familiar.
    - ◆ Climaterio y menopausia.
    - ◆ Dinámica familiar adecuada, propiciando el cumplimiento de las funciones básicas y consolidación de la red de apoyo familiar y mantener las funciones básicas de la familia.
    - ◆ Vacunación.
    - ◆ Valoración nutricional.

## **CLIMATERIO Y MENOPAUSIA.**

El climaterio y la menopausia se consideran dentro de los procesos psicofisiológicos, de causa endocrina, mediados por el estrés y con manifestaciones severas de éste.

En virtud de los logros alcanzados en nuestra salud pública, es de esperar que cerca de 4 millones de mujeres alcancen la edad de la menopausia, para Cuba la edad promedio de la menopausia es de 47 años.

En el hombre también se describe el problema de disminución de la secreción hormonal, que llega al 5 por ciento de hombres entre los 40 y 50 años; 30 por ciento en los de 50 a 60 años; y más de 50 por ciento en los hombres mayores de 60 años.

**Climaterio Femenino:** Comprende el período durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva, o sea, que señala una transición. Es la consecuencia de una menor actividad endocrina del ovario, sobre todo de los estrógenos.

Se divide en 3 etapas:

- **Premenopausia:** Comprende desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia.
- **Menopausia:** Después de 12 meses de amenorrea continua.

- **Posmenopausia:** Período entre 5 y 10 años subsiguientes a la ocurrencia de la menopausia.

La edad de aparición de la menopausia es variable. Se acepta que puede ocurrir entre 35 y 55 años, como promedio 50 años. Por debajo de los 40 años se considera temprana y por encima de los 52, tardía. En ambos casos, el médico debe priorizar la atención para identificar las causas.

Se puede distinguir, para su mejor comprensión, en cambios locales, en el aparato genital, y cambios generales en el resto del organismo.

### **¿Cuáles son los síntomas?**

#### **Circulatorios y Vasomotores**

Sofocos, son variables, aparecen además bochornos o calores súbitos, taquicardia, palpitaciones, Sudoración, arteriosclerosis.

#### **Neurológicos**

Cefalea, mareos, jaquecas, parestesias.

#### **Genitales y Urinarios**

Sequedad vaginal, aparece además, prurito o escozor vaginal, alteraciones en la micción, dispareunia (dolor al coito).

#### **Alteraciones en la Piel**

Sequedad cutánea, disminución de la cantidad de cabellos, aumento del vello facial.

#### **Psíquicos**

Ansiedad, insomnio, llanto fácil, inestabilidad emocional, olvidos frecuentes, irritabilidad, fatiga mental, depresión, disminución de la libido.

#### **Alteraciones óseas**

Dolores osteoarticulares, osteoporosis, a medida que avanza la edad. Esto es un proceso natural y ocurre tanto en hombres como en mujeres. En estas últimas la pérdida puede ser mayor que en los hombres, causa por la cual sufren con mayor frecuencia fracturas de huesos que puede también ser el origen de algunos dolores articulares.

#### **Alteraciones psicosociales:**

Generalmente la menopausia se ha asociado siempre con cambios de carácter y labilidad afectiva, llanto fácil, ansiedad, falta de comunicación, preocupación por la salud y necesidad de comprensión y apoyo. De todos los síntomas, el más frecuente es la depresión.

Desde el punto de vista biológico, en esta etapa de la vida es frecuente que ya los hijos son mayores y abandonan el hogar y la mujer, sobre todo si es ama de casa, se siente sin misión, sin cometido. Ocurre lo que se ha dado en llamar el síndrome del nido vacío

que añade una carga psíquica negativa al cuadro que tiene y esta expresión psicoconductual puede expresarse en forma de "celos" de mayor o menor intensidad. Hay una disminución de su satisfacción personal y por tanto de su autoestima. También surgen preocupaciones de índole laboral y económicas, donde ella se ve menos apta para el trabajo y tiene cerca la jubilación, situación que la pone en desventaja en el contexto familiar.

Aunque no hay equivalencia masculina de menopausia, en términos básicamente de importantes cambios hormonales y su repercusión clínica, en el hombre hay síntomas que señalan la existencia de síntomas clínicos que deben estar relacionados con un Síndrome de Climaterio masculino.

### **Climaterio masculino:**

Es la etapa del hombre donde disminuye su producción hormonal, específicamente de testosterona, se presenta generalmente entre los 50 y 60 años, aunque el que se presente más temprano o más tarde, depende mucho de la salud y calidad de vida que lleve la persona. En ellos, el descenso se da de forma paulatina, lenta y progresiva, por eso no a todos les llega a la misma edad ni con la misma intensidad.

### **¿Cuáles son los síntomas?**

El insomnio, la depresión, ansiedad, la baja de autoestima, irritabilidad, nerviosidad, libido reducido, flacidez en el pene y erección (una gradual declinación de la capacidad eréctil del pene sin llegar a la impotencia), exceso de transpiración, pérdida de masa muscular (por disminución de la actividad física), y por lo tanto disminución de la fuerza y vigor, dolor de cabeza y muscular, deterioro óseo a predominio de cadera y columna y problemas circulatorios.

En términos generales, durante esta etapa se observa un cambio paulatino y progresivo, tanto de su cuerpo como de las emociones del hombre.

### **Alteraciones psicosociales.**

A esta edad hay factores que afectan el buen estado de salud, la actividad laboral ya termina, se produce la depresión post - jubilación, también la actividad social disminuye, las presiones económicas aumentan, la familia sufre cambios (los hijos abandonan el hogar o se casan), hay descuido de una buena nutrición, aparece además la vida sedentaria.

### **¿Por qué no consultan los hombres por estas cuestiones?**

La práctica indica que se unen varios motivos.

- La andropausia es más difícil de diagnosticar que la menopausia, porque se caracteriza por cambios mucho más graduales que los femeninos.
- El varón se resiste más a la consulta médica que la mujer.
- Hay pocos especialistas dedicados sólo a la salud masculina.

### **Sexualidad en el Climatérico.**

Los cambios en la esfera afectiva que ocurren con frecuencia en esta etapa son ansiedad, depresión, sentimientos de culpabilidad, disminución de la autoestima, temores a las infecciones de transmisión sexual y en mujeres temor al embarazo. Además, algunos aspectos de la respuesta sexual se modifican en el climaterio. Disminuye la tensión muscular, el rubor y la intensidad del orgasmo en la mujer. La excitación es más lenta, la erección del pezón es menos intensa y hay disminución de la secreción vaginal. El hombre, por su parte, necesita más estímulo para la erección.

También la pérdida de atractivo físico o la creencia de que la pobre respuesta se corresponde con falta de cariño, puede alterar la relación sexual, así como la falta de comunicación.

No obstante, es importante saber que en esta etapa de transición en la vida de las mujeres, éstas continúan teniendo deseos y disfrutan del sexo, y que las normas, hábitos y costumbres determinan en gran medida su conducta sexual.

Se ha destacado la necesidad y la importancia de mantener la sexualidad en estos pacientes, pues estudios realizados han demostrado que el sexo reduce la tensión, hace que la mujer y el hombre se sientan más plenos y más deseables, ayuda a dormir y proporciona un desahogo físico para las emociones.

### **Conducta.**

El Equipo básico de salud debe transmitir fundamentalmente, que la forma de asumir los cambios que se producen en el climaterio es a través de la toma de conciencia de que el bienestar depende de la decisión personal de buscarlo:

- Realizando un profundo balance de su vida.
- Recuperando el valor de los aspectos positivos y los logros alcanzados.
- Proponiéndose mejorar o modificar aquello que no sirvió hasta ahora.
- Planteándose nuevos proyectos y logros.
- Incrementando la comunicación con los amigos y con la pareja; permitiéndose el intercambio y la expresión de sentimientos y necesidades.

### **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- Ten presente que involucrar a la familia es muy importante para el manejo del climaterio
- Recordar que la disminución del interés y de la actividad sexual durante el climaterio, no dependen de los cambios fisiológicos exclusivamente, sino también de los factores emocionales que los rodean.
- Lo mejor es aceptar esta etapa de la vida, como un proceso natural, sin vergüenzas y tener la seguridad de que nuestra relación con los demás y con nuestra pareja, va mucho más allá del coito.

## **ERRORES MÁS FRECUENTES:**

- No reconocer esta etapa de la vida y por tanto no brindarle la atención que requiere.
- Uso de terapia hormonal de remplazo sin estudio previo y sin agotar otras alternativas de tratamiento.
- Restar importancia a la esfera psicoafectiva en esta etapa de la vida.

## **ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR. 60 AÑOS Y MÁS.**

- Análisis de la situación de salud actual.
  - ✓ Anamnesis:
    - ◆ Antecedentes de salud personal y familiares, inmunizaciones.
    - ◆ Explorar la existencia de alteraciones en la esfera cognitiva y afectiva.
    - ◆ Explorar la adaptación al cambio de roles
    - ◆ Explorar la Autoestima y realización personal.
    - ◆ Explorar la adaptación a la jubilación.
    - ◆ Explorar la adaptación a la viudez.
    - ◆ Explorar dificultades sensoriales.
    - ◆ Explorar problemas de salud bucal, cambios en el estado funcional a lo largo del último año, cambios ponderales, fatiga, mareo, caídas, trastornos del sueño, sintomatología cardiovascular, alteraciones en la frecuencia de la micción e incontinencia urinaria, cambios en los hábitos intestinales, afecciones osteoarticulares y problemas sexuales.
    - ◆ Se realizará una detallada encuesta sobre la utilización del medicamento, frecuencia y dosis, incluir fármacos recetados y automedicados.
  - ✓ Examen Físico.
    - ◆ Aplicar Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) (Anexo 4), al menos una vez al año.
    - ◆ Examen bucal ajuste y uso de la prótesis.
    - ◆ Toma de la tensión arterial.
    - ◆ Medición y anotación del peso, talla.
    - ◆ Examen Físico auditivo: realice otoscopia, es conveniente adoptar una posición cercana, de frente a la fuente de luz, atendiendo a posibles deficiencias en la audición, manteniéndose al mismo nivel del paciente.
    - ◆ Examine las articulaciones, reflejos osteotendinosos, palpe posibles adenopatías cervicales y las arterias temporales, busque signos de extrapiramidalismo.
    - ◆ Tome la presión arterial sentado y parado. Complete el resto del examen acostando al paciente. No olvide examen mamario, tacto rectal y vaginal.
      - ◆ Asegúrese de verificar peso y talla, hipotensión ortostática, integridad de la piel y agudeza visual.
  - ✓ Pruebas diagnósticas:
    - ◆ Según criterio médico.
  - ✓ Conducta:

- ◆ Acciones de promoción y prevención individuales y familiares sobre:
  - ◆ Estimular la autoresponsabilidad y reforzar los valores.
  - ◆ Dieta saludable, de acuerdo a las condiciones físicas y validismo, aumentar el consumo de frutas, vegetales que aporten calcio.
  - ◆ Valoración Nutricional.
  - ◆ Higiene personal, higiene bucal y cuidado de la imagen personal.
  - ◆ Higiene del hogar adecuada.
  - ◆ Detección de violencia familiar.
  - ◆ Medidas para evitar accidentes en el hogar y de tránsito.
  - ◆ Fomentar una dinámica familiar adecuada, propiciando una red de apoyo familiar y mantener las funciones básicas de la familia.
- ✓ Medidas familiares para propiciar un ambiente seguro.
- ◆ Adecuada iluminación en todas las áreas con interruptores de fácil acceso, preferiblemente desde la cama.
  - ◆ Alfombras bien colocadas.
  - ◆ Protección de las escaleras.
  - ◆ Evitar colocar objetos con los cuales el anciano pueda tropezar.
  - ◆ Evitar derramar sustancias húmedas o grasosas en el suelo.
  - ◆ Crear condiciones para evitar caídas en los baños.
  - ◆ Ajustar las actividades a realizar por el anciano.
  - ◆ Cuidado de las uñas.
  - ◆ Favorecer la independencia del anciano y el validismo.
  - ◆ Estimular el uso del bastón.

## **LONGEVIDAD SATISFACTORIA.**

Se ha definido el envejecimiento poblacional como el aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada, en una población determinada. La disminución de la natalidad y la fecundidad parece ser la causa más importante, mientras que la disminución de la mortalidad aparece como un factor de envejecimiento o no, en dependencia de cuál es el grupo de edades donde se produce esta disminución. Las migraciones son el tercer factor que influye

Hoy se puede afirmar que 75 de cada 100 cubanos que nacen, van a vivir más allá de los 60 años. Especialmente es destacable la esperanza de vida geriátrica, en los hombres llega a los 19.5 años y a 21.1 para las mujeres.

Otro indicador que demuestra la magnitud y la rapidez del crecimiento de la longevidad de los cubanos, es el rango de supervivencia de su población: hoy ya más del 75 % de los cubanos sobreviven a los 60 años y en los próximos 10 años lo hará el 87 %.

**¿Cómo ha logrado Cuba estos resultados? ¿Cómo han podido lograrse, cuando el país solo cuenta con recursos económicos escasos?**

El “secreto” de estos resultados está en la propia revolución cubana donde la vida del hombre es la esencia y para ella ha trabajado. La alfabetización de su pueblo, la garantía de una seguridad social y de salud universal, accesible y asequible a todos sus ciudadanos fueron los primeros pasos y que en su trayectoria se ha perfeccionado en la búsqueda de esa cada vez más larga y mejor vida de sus ciudadanos.

EL desarrollo de los recursos humanos de todas las ramas del saber que nos permitan investigar e intervenir positivamente en este proceso tampoco ha sido descuidado.

**Lograr seguir expandiendo la vida para los cubanos y que esta prolongación de las oportunidades de vivir se haga con salud y bienestar es ahora el reto.**

### **Longevidad satisfactoria de la población cubana**

Es la condición de máxima expansión posible de la vida en condiciones de salud y bienestar, que permita a las personas mayores satisfacer sus expectativas personales y lograr su plena adaptación al medio ecológico y social en que se desenvuelven.

Para lograr este concepto se hace necesario que:

- Se produzca un Envejecimiento Saludable.
- Se desarrolle un ambiente ecológico y social más propicio al desenvolvimiento pleno del ser humano y muy especialmente de las personas mayores.

Sin embargo acercar la mayor cantidad de personas a los promedios de vida que hoy son accesibles a una parte importante de la humanidad y que estos se vivan de forma saludable, es una tarea titánica pero posible.

Algunos elementos a considerar en este esfuerzo serían:

- **Perspectiva de Ciclo de Vida.** Cuando los esfuerzos se lleven a cabo desde el momento de la concepción y solo se detengan ante la muerte se tendrá el máximo resultado posible. La visión del Ciclo Vital es una de las oportunidades únicas de la medicina familiar para sacar partido de las transiciones y de los “momentos oportunos para mejorar la salud” y construir una vida prolongada.
- **Desarrollo de la promoción, prevención y de la recuperación de la salud aun en etapas avanzadas de la vida.** Está totalmente demostrado que cualquier acción constructora de salud: la actividad física, la nutrición adecuada, la limitación de conductas nocivas y lograr un uso racional de la medicación, puede determinar resultados importantes en el incremento de la vida evitando la discapacidad y la dependencia.
- **Comprensión de la discapacidad y el incremento de la autonomía de las personas.** Sería incompleto nuestro trabajo si aumentara la Expectativa de Vida sin incrementar la Expectativa de Vida Activa o la llamada Expectativa de Vida Libre de Discapacidad. Un nuevo concepto para justificar los elementos de promoción y de prevención en este caso del azote de la discapacidad. Solo cuando a la acción que salva a la vida se suma la que permite la recuperación

máxima posible de integrarse a la vida del individuo limitado, enfermo o accidentado; podremos decir que nuestra acción será completa.

- **Marco político del Envejecimiento Saludable que garantice tres pilares fundamentales: Salud, Participación y Seguridad para las personas mayores.** Eso nos permite ir a una fase superior de los conocimientos y avances en la búsqueda de una longevidad satisfactoria de nuestros ciudadanos.

#### **Factores que pueden limitar la expansión satisfactoria de la vida:**

- Los relacionados con los efectos de:
  - El envejecimiento endógeno (la fragilidad)
  - La Personalidad del sujeto.
  - La enfermedad.
  - Los accidentes.
  - El Ambiente Ecológico.

Seis elementos se pueden utilizar para trabajar en la búsqueda de esta longevidad y en cada uno de ellos el equipo básico de salud puede participar a través de acciones específicas:

- La Salud.
- La Alimentación.
- La Actividad Física.
- La Familia
- La Cultura.
- La Motivación.
- El Ambiente o entorno.

Acciones específicas a desarrollar por el Equipo Básico de Salud para el logro de una Longevidad Satisfactoria.

- 1- Mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores, su capacidad funcional y nivel de autonomía.
- 2- Garantizar la detección temprana de las personas mayores en estado de fragilidad y/o necesidad y de las condiciones sociales o de salud que las llevan a ese estado realizando las acciones correspondientes..
- 3- Estimular la integración social y la actividad física y mental de las personas mayores a través de los Círculos de Abuelos, Grupos de Orientación y Recreación, Liceos Universidades de la Tercera Edad y otros
- 4- Realizar vigilancia nutricional a los adultos mayores.
- 5- Identificar problemas sociales que puedan afectar al adulto mayor, su familia y la comunidad realizando acciones para su corrección.
- 6- Coordinar con el nivel correspondiente la atención de los adultos mayores cuando las condiciones de su afección, evaluación, familia, vivienda y comunidad así lo requieran.
- 7- Aplicar en los adultos mayores la rehabilitación con un enfoque integral.
- 8- Realizar acciones con el adulto mayor estimulando la autoayuda y ayuda mutua.
  - ✓ Mejorar o prevenir la deficiencia, discapacidad o minusvalía, causada por

limitaciones físicas sensoriales o mentales y sociales favoreciendo la calidad de la vida del adulto mayor, mediante el trabajo en equipo, la aplicación de tratamientos pertinentes y simples en sesiones terapéuticas cortas, logrando:

- Mantener la máxima movilidad posible del adulto mayor.
- Mantener o restaurar la mayor función del individuo para lograr independencia para las actividades de la vida diaria (AVD) e incorporarle a la vida social activa.
- Obtener confianza del adulto mayor.
- Crear optimismo.

10-Identificar los adultos mayores que presenten discapacidad, invalidez o minusvalía.

## **ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD.**

Existe una relación epidemiológicamente demostrada entre la enfermedad y el envejecimiento, esto no quiere decir que todas las enfermedades aumenten en función de la edad.

### **Peculiaridades de la enfermedad en el adulto mayor.**

- LA CO-MORBILIDAD es frecuente en el paciente mayor, la insuficiencia en un sistema puede llevar a la insuficiencia en otro; es decir, a un efecto de cascada. Ninguna enfermedad domina el cuadro clínico.
- INSUFICIENCIA ORGÁNICA MÚLTIPLE.
- LA PRESENTACIÓN DE UN PROBLEMA SOCIAL puede oscurecer una enfermedad subyacente o complicar su manejo.
- EL USO DE MÚLTIPLES MEDICAMENTOS puede complicar el manejo.
- ALGUNOS MEDICAMENTOS PUEDEN CURAR Y A LA VEZ CAUSAN PROBLEMAS DE SALUD y ello puede ser crítico en las personas mayores.
- CAUSAS MÚLTIPLES DEL MISMO SÍNTOMA.
  - En el adulto mayor muchas enfermedades pueden presentarse bajo la misma sintomatología, por ejemplo, fatiga y anorexia. Algunos síntomas que son comunes a varias enfermedades de la vejez son la confusión, las caídas, la incontinencia, la inmovilidad, infecciones, tóxicos (alcohol), anemia, problemas cardiovasculares, problemas respiratorios, traumatismos, alteraciones metabólicas, medicamentos, trastornos orgánicos y psicológicos, estrés quirúrgico, postoperatorios (estados postoperatorios).
  - Los síntomas pueden incluso darse en una esfera distinta a la del aparato o sistema afectado por el proceso patológico. Algunos ejemplos son los cambios en el estado funcional.

El Equipo Básico de Salud necesita conocer la peculiaridad de los aspectos médicos del envejecimiento, que incluyen la presentación atípica de las enfermedades, las que demandan abordaje diferenciado, evaluación y manejo integral.

### **Evaluación integral de la salud del adulto mayor:**

- La evaluación periódica de la salud del adulto mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, dirigido a identificar y analizar su situación de salud para cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor.
- La valoración debe realizarse dentro de un marco de respeto, evitando los estereotipos, tales como: la infantilización (pensamiento equivocado de que el adulto mayor es similar a un niño), la presunción de que oyen poco y hay que gritarles a todos, que están dementes, etcétera.

### **Valoración del uso de medicamentos en el adulto mayor.**

El adulto mayor consume alrededor del doble de los medicamentos que consumen los adultos jóvenes, y no es extraordinario que un adulto mayor reciba 5 ó 6 prescripciones y en muchos casos de especialistas diferentes. También es común que los fármacos indicados se tomen en combinación con otros no indicados y con productos naturales que puedan tener importantes interferencias o interacción con los mismos.

Por lo tanto, es de suma importancia que el Equipo Básico de Salud indague sobre los fármacos y otros remedios que el adulto mayor está consumiendo, como aspecto fundamental antes de hacer un diagnóstico o presentar un nuevo tratamiento.

### **¿Por que es necesaria la evaluación funcional del adulto mayor?**

Su objetivo central es la definición de sus problemas en términos funcionales. A través de la misma se pretende establecer un balance entre las pérdidas y de los recursos disponibles para su compensación.

LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL ES NECESARIA EN VIRTUD DE QUE:

- El grado de deterioro funcional no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos en un adulto mayor.
- El deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización.

Se recomienda para ello utilizar la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) **(Anexo 4.)**

Los pacientes que encuentran mayor beneficio en los cuidados geriátricos son aquellos que resultan frágiles. Esto implica que tengan un aumento de la susceptibilidad a los estados adversos de salud, aumento de las demandas de cuidado para mantener el funcionamiento físico y mental o aquellos con alto riesgo de ser institucionalizados.

Una vez realizada la evaluación y detectados los pacientes que tengan criterios de fragilidad o aquellos que por la complejidad y magnitud de sus problemas biomédicos, psicológicos y sociales necesiten una evaluación más especializada para mantenerse

en el medio familiar o comunitario y deban recibir un manejo más complejo, el Equipo Básico de Salud cuenta con un segundo escalón de apoyo en la atención comunitaria: el Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) con el cual se puede coordinar Junta Médica en las siguientes situaciones:

1. Doble incontinencia.
2. Alteraciones de la movilidad y el equilibrio menor que 4 según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.
3. Polifarmacia (uso de al menos de 3 medicamentos).
4. Alteración de todos los *ítems* de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional en 4 o menos.
5. Antecedentes Patológicos Personales de Síndrome Demencial con:
  - a) Alteraciones del estado emocional.
  - b) Alteraciones del sueño.
  - c) Alteraciones de la movilidad.
  - d) Alteraciones del uso de medicamentos.
  - e) Deficiente apoyo familiar.
  - f) Deficiente apoyo social.
  - g) Mala situación económica.
6. Cualquier combinación de los problemas sociales (situación familiar, social y económica) menor que 4 según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF)
7. Anciano solo con alguna alteración de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF)
8. Anciano mayor de 80 años con alguna alteración de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF)
9. Alteración de la memoria menor que 4 según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF)
10. Alteraciones del estado funcional global menor que 4 según Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF)

Cuando se hace mención de «alteraciones», se refiere a que el *ítem* correspondiente en la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) se encuentra en 3 o menos.

#### IDENTIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR FRÁGIL:

Una vez concluida la evaluación, se identifican los adultos mayores frágiles, es decir, aquellos que padecen o están en riesgo de presentar los llamados "Gigantes de la Geriátrica" o las Cinco "I": **INMOVILIDAD, INESTABILIDAD, INCONTINENCIA, DETERIORO INTELECTUAL** y la **YATROGENIA**.

Estos pacientes presentan en común las siguientes características:

- Múltiple etiología.
- No constituyen un riesgo inminente para la vida.
- Compromiso significativo de la calidad de vida.
- Complejidad terapéutica.

➤ **Depresión en el adulto mayor**

Puntos claves para recordar:

- La depresión del adulto mayor es común y responde a tratamiento.
- Hay que tener un índice de sospecha alta para pensar en depresión frente a síndromes somatiformes e hipocondría.
- Hay que considerarla en presencia de deterioro de las funciones mentales superiores.
- Los ansiolíticos no son terapéuticos en la depresión.
- Un tratamiento antidepresivo debe darse a dosis suficientes para ser eficaz, pero con prudencia para evitar los efectos secundarios.

➤ **Problemas de salud relacionados con el aparato músculo esquelético.**

El paciente habitualmente se queja de dolor articular directamente. Sin embargo, en ocasiones no lo hace debido a que puede considerar que este tipo de dolor es un proceso normal o esperable en el envejecimiento. Pueden tener diversas localizaciones tomando pequeñas o grandes articulaciones y presentarse en forma de Artritis o de Artralgias.

Puntos claves para recordar:

- El diagnóstico diferencial de una monoartritis aguda debe ser realizado de una manera expedita.
- Se debe evitar el uso de anti - inflamatorios no esteroideos de manera crónica.

**CONSEJOS PRÁCTICOS PARA LA ATENCIÓN AL ANCIANO:**

- ◆ Ordene mentalmente, cuáles son los principales problemas médicos, sociales, funcionales o mentales. Anote en la historia cuáles considera que serán de mayor importancia y cómo poder afrontarlos o solucionarlos con los medios que se disponen.
- ◆ Se recomienda priorizar las actividades preventivas en ancianos que por su situación clínica o social pertenecen a grupos de riesgo.

**ERRORES MAS FRECUENTES DURANTE LA ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL A LA PERSONA.**

- ◆ No trabajar en equipo.
- ◆ Falta de enfoque biosicosocial, sanológico y familiar al atender a las personas.

- ◆ No considerar la promoción de salud como la actividad rectora de la medicina familiar.
- ◆ No explicar a la familia las acciones para mantener el estado de salud actual.
- ◆ No estimular la autoresponsabilidad.
- ◆ No considerar los aspectos éticos.
- ◆ Ver la dispensarización como un registro y no como un proceso de atención, no informando al paciente la importancia del control sistemático para mantener la calidad de vida.
- ◆ Trabajar por programas y no por problemas
- ◆ Falta de priorización de la atención médica por actividades burocráticas.
- ◆ Centrar la atención en las enfermedades del anciano, cuando lo que más limita su calidad de vida son los factores relacionados con el funcionamiento, el validismo y las condiciones sociales o de dependencia

## *Capítulo V*

### *Consideraciones Generales*



### **CONSIDERACIONES GENERALES ACERCA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD. VIGILANCIA EN SALUD. ESTRATIFICACION.**

En este y los próximos capítulos se abordarán las enfermedades que deben ser de interés para los Equipos Básicos de Salud, se organizan en tres grandes grupos: aquellos que son problemas generales, porque su distribución es amplia en el país, o sea, afectan un gran número de Municipios. Un segundo grupo que incluye las enfermedades que son un problema de salud en algunas zonas del país y que por su repercusión en estas zonas deben ser tenidas en cuenta para intervenir en las mismas y en tercer lugar aquellas enfermedades que en algún momento constituyeron problemas de salud para el país y que hoy han sido controlados pero sobre los cuales hay que realizar acciones de mantenimiento para que no constituyan nuevamente un problema.

La justificación para la presentación de estos problemas de salud partió de: la experiencia de trabajo acumulada de los integrantes del grupo, los resultados de los estudios nacionales de Morbilidad y mortalidad de las Enfermedades no Transmisibles que sirvió de base a la Estratificación Epidemiológica Nacional, así como, los resultados de la II Encuesta Nacional y Provincial de Factores de Riesgo (ENFR) y enfermedades no transmisibles, Cuba, 2001, donde se encuestaron 22835 personas de 166 Municipios del país.

Indudablemente para conocer la **Situación de Salud** de uno u otro lugar se debe obtener información acerca de los eventos relacionados con ella, que permitan planificar intervenciones para la mejoría constante del Estado de Salud de la Población. El proceso mediante el cual nos apropiamos de toda esta información es la Vigilancia.

#### **LA VIGILANCIA EN SALUD.**

La vigilancia en salud pública se define como: El seguimiento, recolección sistemática, análisis e interpretación de datos sobre eventos de salud o condiciones relacionadas para ser utilizadas en la planificación, implementación y evaluación de programas de Salud Pública, incluyendo como elementos básicos la diseminación de dicha información a los que necesitan conocerla para lograr una acción de prevención y control más efectiva y dinámica en los diferentes niveles del sistema.

- La vigilancia de los problemas ó eventos de salud no constituye algo más en el quehacer del equipo de salud.
- Forma parte indisoluble de sus actividades.
- Constituye un proceso de búsqueda activa de la información y observación continua.
- Es importante para conocer el comportamiento, tendencias y predicciones de los eventos en salud.

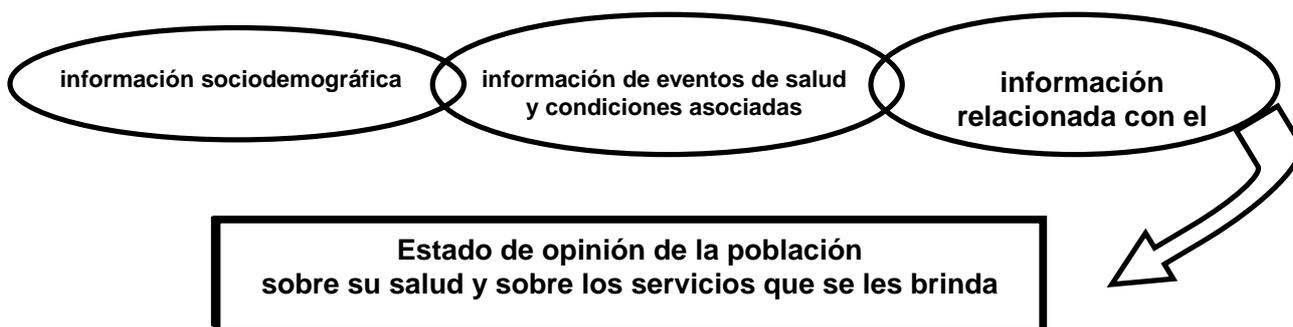
- Constituye un elemento de importancia estratégica para el diseño de intervenciones.

### ¿ Cuáles son sus objetivos?

- Planificación y administración de Salud Pública
- Determinación de la historia natural de una enfermedad: evaluar la incidencia, prevalencia geográfica y estacional de las enfermedades.
- Desarrollar aspectos epidemiológicos para controlar, prevenir y erradicar enfermedades.
- Detección de eventos nuevos o desconocidos, no esperados, anticipando situaciones emergentes.
- Detección y monitoreo de cambios y tendencias futuras.
- Evaluación de las medidas de control e intervenciones.
- Detección de cambios en la práctica médica - sanitaria.
- Detección y control de brotes o epidemias.

### Aspectos de interés para la ejecución de la Vigilancia:

1. Debe ser integral y abarcar al individuo, la familia y la comunidad, incluido el ambiente y el medio social.
2. No debe limitarse al aspecto médico de los problemas e integrará:



3. Debe estar centrada en los daños, los riesgos (en los individuos y el medio), los servicios de salud (calidad y satisfacción), la opinión de la población y el seguimiento de las acciones de intervención.
4. Debe existir un proceso de información y retroalimentación entre los diferentes niveles del sistema, el Equipo Básico de Salud y su población.
5. Componentes:

#### ➤ Táctico:

- ◆ Es un Sistema de Alerta Acción a corto plazo.
- ◆ Un proceso de observación de los problemas de salud, la valoración de sus consecuencias y las posibilidades de solución.
- ◆ Permite dar respuesta rápida ante situaciones agudas o eventuales.

- ◆ Realizar análisis y mantener actualizado al sistema de salud acerca de eventos de interés.
- ◆ Permite la adopción de decisiones prácticas preventivas, de control e investigativas.

➤ **Estratégico:**

- ◆ Es un Sistema de Vigilancia de la Situación de Salud a largo plazo.
- ◆ Brinda el Análisis de la Situación de Salud (ASS) y sus tendencias.
- ◆ Evalúa el impacto de las acciones en la comunidad.
- ◆ Favorece la selección de los temas de investigación que permitan completar el conocimiento y posibles solución de los problemas de salud.
- ◆ La dispensarización es otra herramienta de vigilancia sistemática ya que se "vigila" a cada individuo y familia de forma activa.
- ◆ La interrelación entre la dispensarización y la estratificación y el uso de los sistemas de información geográfica es útil.

➤ **Evaluativo:**

- ◆ Incluyendo la satisfacción de la población y de los prestadores.
- ◆ Evalúa los resultados de las acciones y el impacto de las mismas en la salud de su comunidad.

6. En la vigilancia se debe tener en cuenta otros problemas de salud, que a partir del Análisis de la Situación de Salud del Policlínico sean prioritarios o de interés. La selección de estos eventos se realiza teniendo en cuenta entre otros criterios, la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad del problema.
7. La información debe ser oportuna, por lo que en el área de salud se debe organizar su recogida a partir de la Hoja de Trabajo del Equipo Básico de Salud, no obstante, ante la ocurrencia o identificación de eventos importantes, por su magnitud o trascendencia, se debe utilizar cualquier otra vía para hacer llegar la información lo antes posible.

**Fuentes de las que se nutre el Equipo Básico de Salud para la Vigilancia en Salud:**

- Análisis de la Situación de Salud.
- Historia de Salud Familiar.
- Historias clínicas individuales.
- Hoja de trabajo diario.
- Tarjetas de Enfermedades de Declaración Obligatoria.
- Información extrasectorial y comunitaria.
- Estudios epidemiológicos (técnicas de evaluación rápidas).

**Otras fuentes que puede utilizar:**

- Estadísticas continuas (Departamento de Estadísticas del Área de Salud)

- Informe de actividades del inspector sanitario estatal.
- Informe de actividades del control de vectores.
- Información de otras fuentes del sector (Laboratorio, Servicios de Urgencia, etc.)

### **Usos de la información obtenida de la Vigilancia por el Equipo Básico de Salud.**

Toda la información recolectada se analiza e interpreta siendo útil para:

- Análisis de la Situación de Salud de su comunidad.
- Establecer las tendencias de los eventos con el objetivo de detectar incrementos, descensos o mesetas que puedan ocurrir en su comportamiento.
- Identificar los factores de riesgo asociados con posibles variaciones en el número de casos e identificar los grupos de riesgo.
- Identificar las áreas en que se necesita aplicar las medidas de control.

La **vigilancia** permite realizar la **estratificación** de los problemas de salud a partir del conocimiento de las tendencias y los pronósticos de los eventos susceptibles a ser observados.

En el país las primeras causas de muerte son:

1. Enfermedades del corazón.
2. Tumores malignos.
3. Enfermedad Cerebro vascular.
4. Influenza y Neumonía.
5. Accidentes (de 1-34 años es la primera causa).
6. Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares.
7. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.
8. Lesiones autoinflingidas intencionales (suicidio).
9. Diabetes Mellitus.
10. Cirrosis Hepática y otras enfermedades del hígado.
11. Asma Bronquial.

Apreciamos que las causas de muerte en nuestro país están relacionados casi en su totalidad con las crónicas no transmisibles, teniendo un comportamiento similar al de los países desarrollados. Sin embargo, no en todas las regiones, provincias y municipios se mantiene el mismo comportamiento lo que refuerza la utilidad de la **estratificación en salud**.

## **ESTRATIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.**

El perfil epidemiológico de una enfermedad puede ser lo suficientemente heterogéneo como para que las decisiones basadas sólo en promedios nacionales, dejen grandes vacíos, lo que hace necesario establecer perfiles locales, que permitan cuantificar las "brechas en salud", las que pueden ser expresión de situaciones acumuladas durante años. Todos los indicadores de salud que se han venido analizando como promedios nacionales y provinciales han demostrado que suelen enmascarar la gran heterogeneidad que existen en el interior de cualquier territorio del país.

Para lograr una mayor racionalidad en el análisis de las diferentes situaciones de salud que se presentan, es necesario conocer con el mayor detalle posible, las características de cada una de las unidades territoriales, así como de sus diferentes grupos poblacionales, tanto en sus variables demográficas, como socioeconómicas. Todos estos elementos son los que constituyen la caracterización de un territorio, que sirve de base para el establecimiento de la **estratificación territorial**.

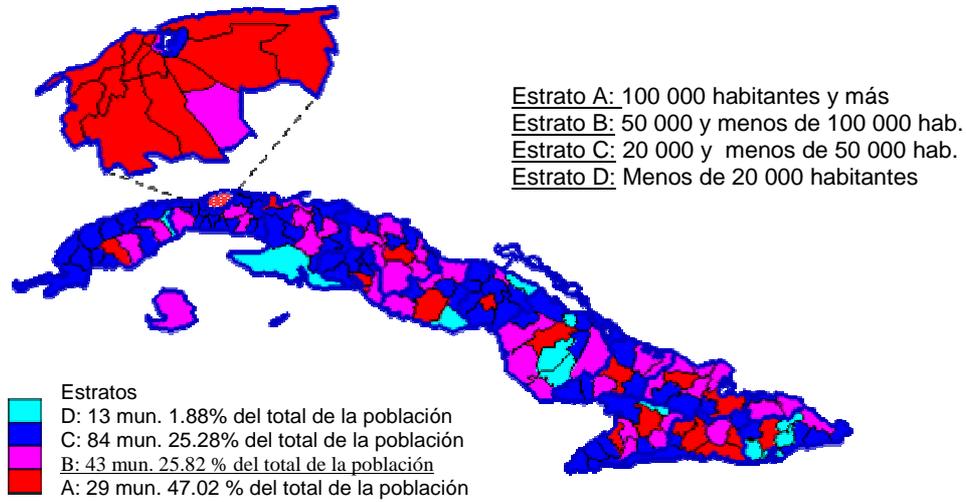
Consideramos la **estratificación** como un conjunto de analogías que dan lugar a subconjuntos de unidades agregadas, denominadas **estratos**. Un estrato por tanto es un conjunto de unidades que presentan uno o varios parámetros que los hacen similares entre sí y a la vez se diferencia de unidades correspondientes a otros estratos. Es decir que en cada estrato existe una igualdad interna con diferencias o desigualdades externas.

La Dirección Nacional de Epidemiología ha realizado un estudio descriptivo de la morbilidad por causas seleccionadas a partir de la prevalencia de la dispensarización en el año 2002: (Hipertensión Arterial, Cardiopatía Isquémica, Enfermedad Cerebrovascular, Asma Bronquial, Diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal). También se incluye la estratificación de la incidencia de los Tumores Malignos (tipos seleccionados).

En la mortalidad se ha estratificado para un grupo de causas de muerte: Enfermedades del Corazón, Infarto Agudo del Miocardio, Tumores malignos (Tumores malignos en general, pulmón, próstata, mama de mujer y cuello de útero), Enfermedad Cerebrovascular, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal Crónica, Asma Bronquial, Enfermedad Obstructiva Crónica por Enfisema y Bronquitis Crónica (EPOC), Accidentes y Suicidio, en un período de tiempo que incluye 1993 hasta el 2002.

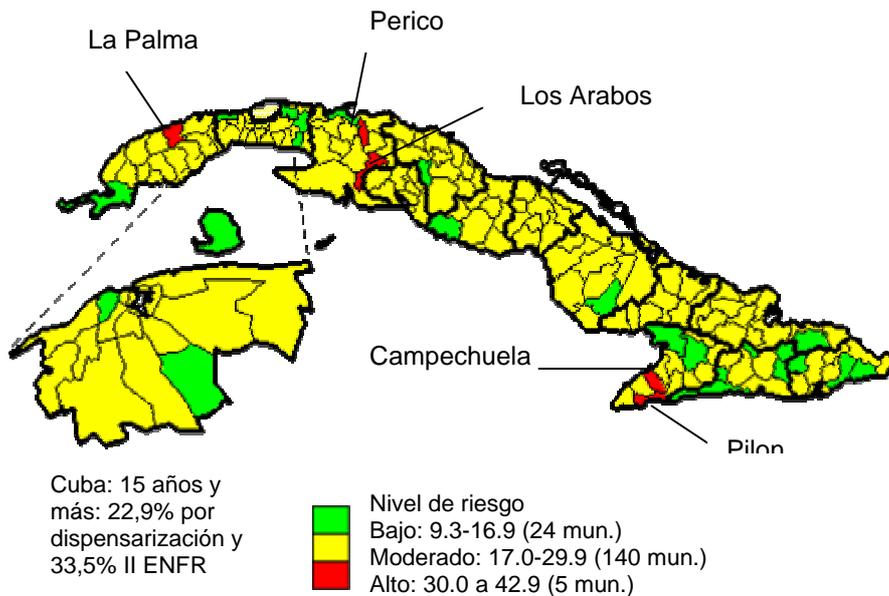
Para definir los estratos del estudio se tuvo en cuenta el tamaño poblacional de los municipios del país. Metodología para la estratificación (**ANEXO 5**)

## Agrupamiento en cuanto a tamaño poblacional según municipios Cuba, Trienio 2000-2002



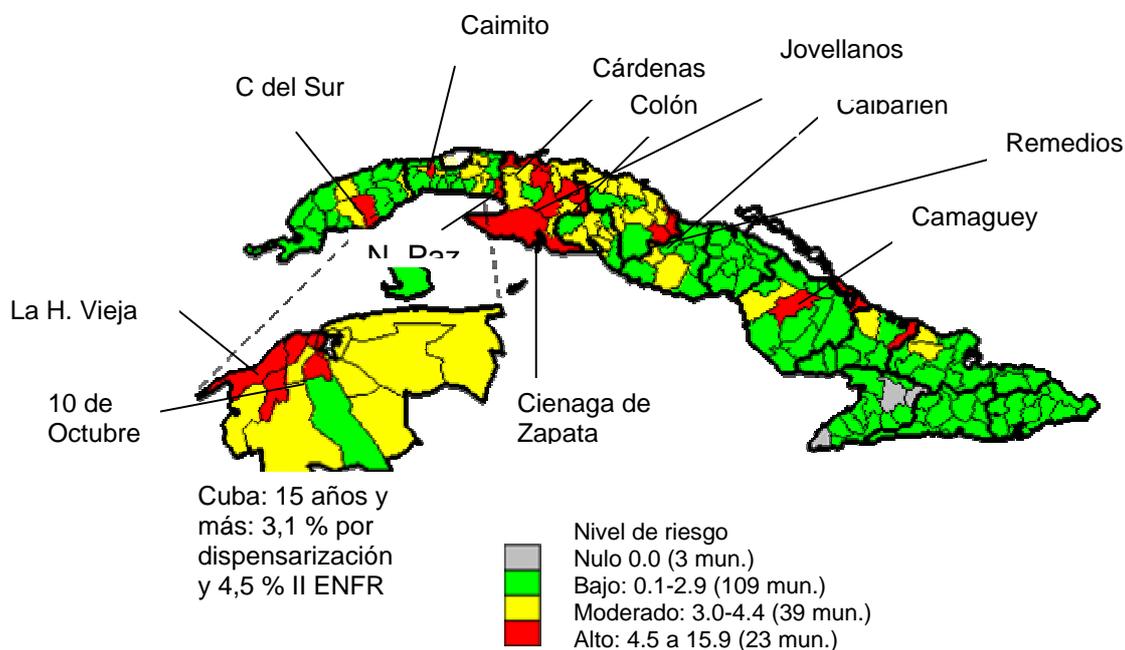
FUENTE: Dir. Nac. Epidemiología

## Prevalencia por HTA en mayores de 15 años. según municipios. Cuba 2002.



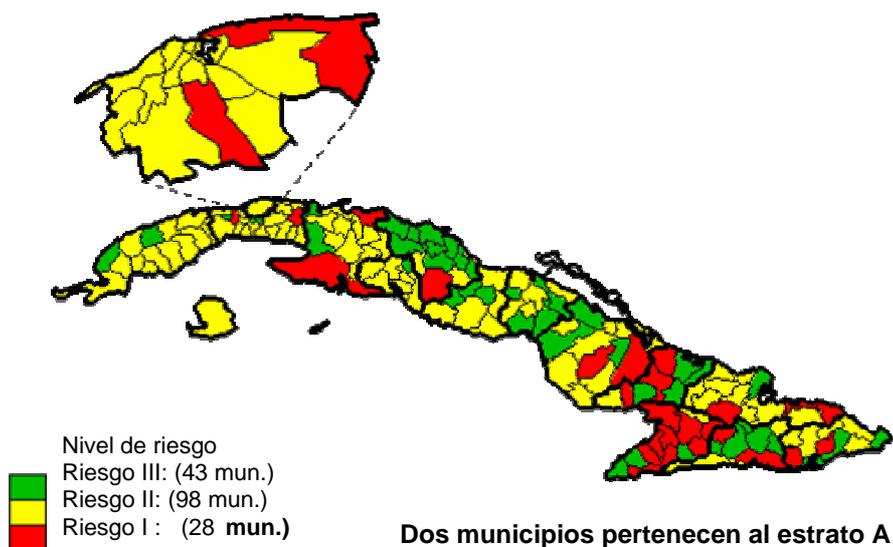
Fuente: Dir. Nac. Estadística y Dir. Nac. Epidemiología

### Prevalencia por Cardiopatía Isquémica en mayores de 15 años según municipios. Cuba 2002.

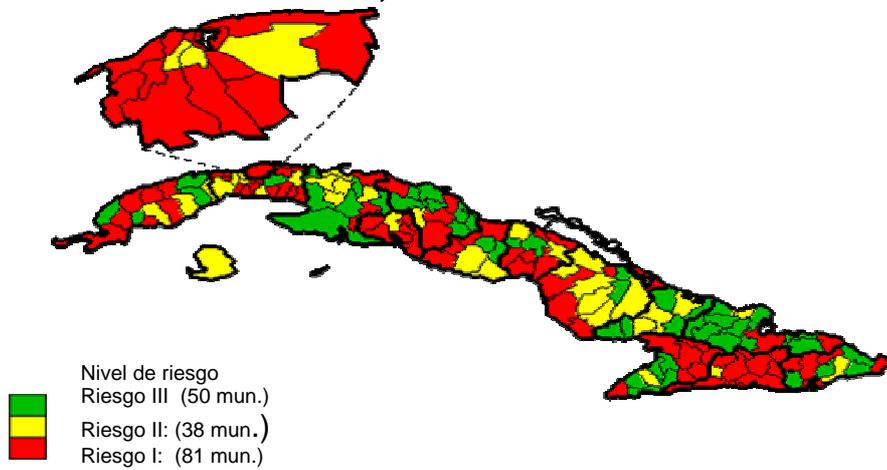


Fuente: Dir. Nac. Estadística y Dir. Nac. Epidemiología

### Estratificación de la Mortalidad por Enfermedad del Corazón según municipios. Cuba, Trienio 2000-2002

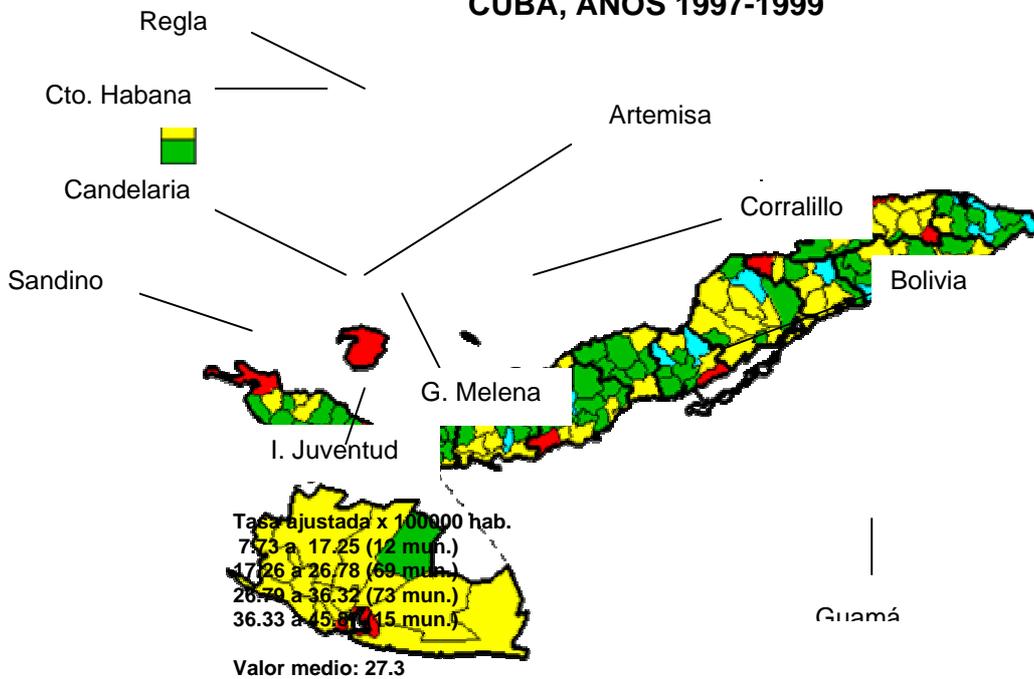


**Estratificación de la Mortalidad por Enfermedad Cerebro Vascular según municipios  
Cuba, Trienio 2000-2002**



19 municipios pertenecen al estrato A

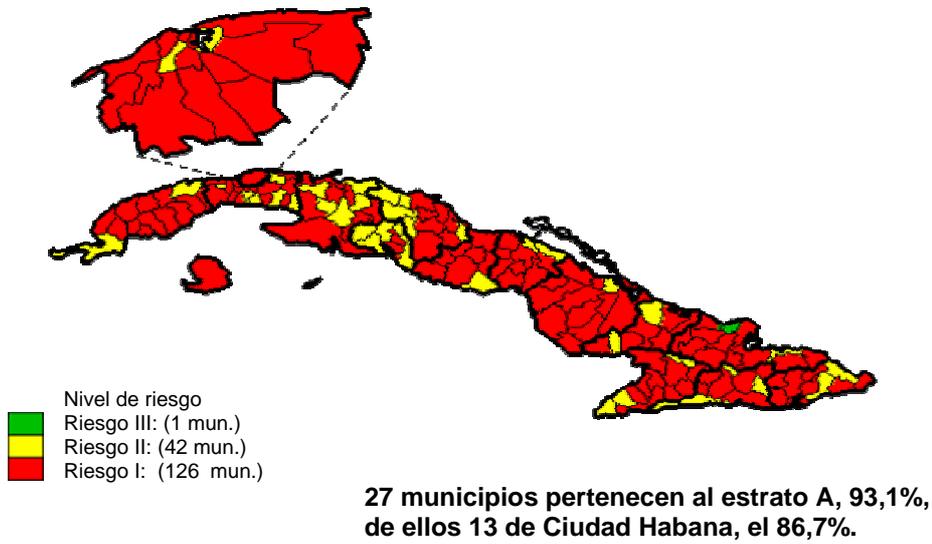
**INCIDENCIA DE CÁNCER DE PULMÓN SEGÚN MUNICIPIOS  
CUBA, AÑOS 1997-1999**



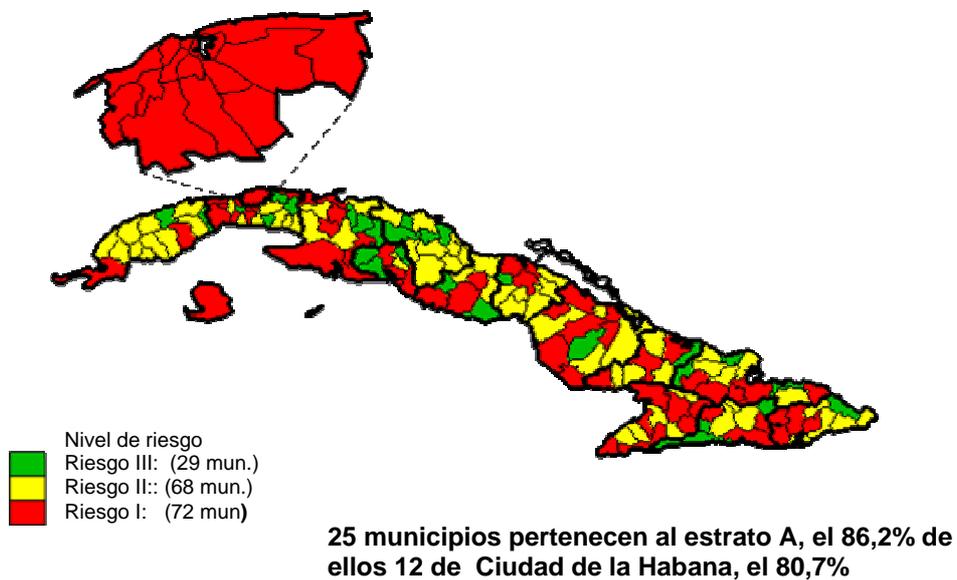
Nota: Se rotulan los 10 municipios de mayores tasas

FUENTE: REGISTRO DE CÁNCER, INOR

**Estratificación de la Mortalidad por Cáncer de Pulmón según municipios.  
Cuba, Trienio 2000-2002**



**Estratificación de la Mortalidad por Tumores según municipios  
Cuba, Trienio 2000-2002**



## **Algunas consideraciones sobre la utilidad de la Estratificación para el trabajo del Equipo Básico de Salud.**

- En sentido general, en el comportamiento de los diferentes problemas de salud existen diferencias sustanciales entre los diversos territorios del país, esto sucede de la misma forma en las diferentes comunidades de un Área de Salud. Corresponde entonces a cada Equipo Básico de Salud la profundización del estudio de los factores asociados al comportamiento de cada problema en el ámbito de su comunidad y en la planificación de estrategias de intervención.
- Con la estratificación, se hace posible la caracterización de cada grupo de riesgo en la comunidad y conformar intervenciones más efectivas a partir de aquellos que son susceptibles de modificaciones, monitoreándolas de manera sistemática.
- Facilita que haya correspondencia entre las situaciones de salud identificadas y su posible modificación implementando medidas que contemplen la iniciativa de salud acorde a la carga de sus factores de riesgo, enfermedad y discapacidad, para mejorar calidad de vida.
- Permite integrar la participación intersectorial y comunitaria en la solución de situaciones de salud prioritarias.
- Favorece la conjugación de las políticas de los sectores en el ámbito nacional, provincial o municipal, con las acciones en el nivel local. En este sentido aquellas contenidas en el Plan de Acción deben ser reforzadas y/o adecuadas, de acuerdo a las particularidades de cada territorio.
- Permite concentrar los recursos donde más se necesitan, incluyendo la adecuada planificación del recurso tiempo.

### **¿Qué podemos interpretar de esta estratificación de las situaciones de salud?**

72 municipios del país tienen poblaciones de más de 50 000 habitantes, de ellos, 29 con más de 100 000 que agrupan más del 72.84 % de la población cubana, precisamente estos 2 grupos son los que para el estudio resultaron entre Moderado y Alto riesgo, o sea, en el 42.6 % de los municipios se concentra más del 70 % de la población.

En relación con la morbilidad para las enfermedades del corazón seleccionadas, la Hipertensión Arterial y la Cardiopatía Isquémica exhiben bajos niveles de detección para la mayoría de los municipios, sin embargo, la prevalencia detectada según resultados de la Encuesta de factores de riesgo (ENFR) y de la Estratificación Epidemiológica Nacional es mayor que lo recogido por Dispensarización.

En cuanto a las Enfermedades Cerebrovasculares, se observa también lo antes explicado y el riesgo de mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular es elevado en muchos de estos municipios de baja detección, o sea, clasifican en el grupo de **riesgo I** al ser ascendente su tendencia y ser alta la mortalidad comparada con la esperada.

Similar situación a la de las Enfermedades Cardiovasculares se da para los tumores malignos, entre los que destaca el Cáncer del Pulmón.

Los resultados de dicha encuesta y de la estratificación de problemas, nos alertan de la necesidad de profundizar en la calidad de la pesquisa de factores de riesgo y daños a la salud que estos producen y de la Dispensarización como proceso clave de nuestro trabajo con énfasis en la intervención continua en el Estado de Salud de las personas que atendemos hacia lo que deben estar dirigidas nuestras estrategias comunitarias.

## ***Capítulo VI***

### ***Problemas de Salud generales.***

*“Este médico trabaja en la comunidad, en la escuela, en una fábrica....lleva el expediente de salud de todas las personas.....todos los casos de diabetes, asma, problemas cardíacos, es una especie de guardián de la salud....”*

***Fidel.***

***Noviembre 11/1984***

## CAPITULO VI

### PROBLEMAS DE SALUD GENERALES.

#### RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA.

##### TABAQUISMO:

El tabaquismo es un factor de riesgo asociado a enfermedades que constituyen causas de muerte evitable en Cuba y en el mundo, donde los fumadores oscilan entre un tercio y la mitad de la población adulta. Produce doble riesgo de enfermedad del corazón, 6 veces el riesgo de enfisema, 10 veces el riesgo de cáncer de pulmón, 5 u 8 años menos de vida.

Según resultados de la II Encuesta de factores de riesgo y enfermedades crónicas la prevalencia de fumadores en personas de 17 años y más es de 31.9 %. En todos los grupos de edades se reduce la prevalencia, la mayor en el de 40-49 (43.8 vs 48.5 en 1995) y la menor en el de 17-19 (12.7 vs 16,3). A medida que aumenta el nivel escolar se reduce la prevalencia. Es más frecuente en las personas negras. La media de edad de inicio fue 17.1 años. Los varones se inician antes que las muchachas. El grupo de mayor % de iniciación fue de 12-16 años (4 de cada 10 de ese grupo).

- Criterios diagnósticos:
  - Fumador: Es toda persona que fume diariamente durante el último mes uno o más cigarrillos.
  - Fumador Pasivo: Es aquel que sin fumar voluntariamente, aspira el humo del tabaco al permanecer en ambientes donde fumen otras personas.
- Anamnesis:
  - Precisar Antecedentes Patológicos Familiares sobre el consumo del tabaco y convivencia con fumadores.
  - Antecedentes Patológicos Personales (Edad de inicio, cantidad de cigarrillos)
  - Exploración de la actitud del fumador ante el tabaco: Motivación para el inicio y disposición para abandonarlo.
- Examen físico (sistemas que no deben de faltar)
  - Cavidad bucal (prevención del cáncer bucal)
  - Aparato Respiratorio.
  - Aparato Cardiovascular.
  - Sistema vascular periférico.
- Exámenes complementarios para detectar tempranamente complicaciones: Se fundamentarán en el pensamiento epidemiológico del medico.
  - Radiología pulmonar.

- Electrocardiograma.
  - Conducta a seguir.
    - Indicaciones terapéuticas específicas.
      - Realizar el tratamiento de la cesación tabáquica de personas que deseen abandonar esta adicción y realizar junta médica cuando sea necesario.
- ¿Dónde?**  
En el Consultorio, el hogar del paciente, en Centros Comunitarios de Salud Mental u otros espacios interactivos que se proporcionen.
- ¿Cómo?**  
Utilizando técnicas y métodos que pueden resultar útiles para la cesación o deshabitación del tabaquismo. (**Anexo 6**)
- Individuales:** Técnica de autocontrol.  
Control de estímulo.  
Autoreforzo.
- Grupales:** Dinámica de grupo.  
Charlas.
- Indicación de terapia de medicina natural tradicional y técnicas de relajación.
  - Rehabilitación :
    - A mediano y a largo plazo con el consecuente apoyo de la familiar en el apoyo y seguimiento a la recaída, conociendo los síntomas de abstinencia (temblores, cefalea, irritabilidad, entre otros).
    - Crear grupos de ayuda mutua para dejar de fumar.

## **DROGADICCIÓN:**

En nuestro país, la adicción a drogas, por la repercusión social que tiene, la asociación de estas al consumo de alcohol y a otros riesgos sociales ponen de manifiesto la necesidad de atención a casos individuales y por tanto el llevar a los Equipos Básicos de Salud del nivel primario conocimientos sobre el diagnóstico precoz y el manejo de las adicciones.

### **Indicadores inespecíficos de alerta de consumo de drogas:**

1. Cambios en el comportamiento general sin que se evidencien factores ambientales determinantes.
  2. Disminución brusca e inexplicable del rendimiento escolar o laboral.
  3. Distanciamiento del grupo habitual de pares iguales y aparición de amigos estrafalarios.
  4. Cambios bruscos, inexplicables y fluctuantes del ciclo sueño - vigilia.
  5. Descuido en los hábitos higiénicos y estéticos.
  6. Evidencia de dificultades económicas incomprensibles.
  7. Cambios sustanciales e inexplicables en el estado de ánimo.
- ✓ Criterios Diagnósticos:

□ Diferencias básicas:

| ADICCIÓN   | DEPENDENCIA   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulso, búsqueda, deseo imperioso</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptación, carencia, disfunción y síntomas de abstinencia.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresión en el nivel psico – socio - cultural</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresión en el nivel biológico</li> </ul>                             |

➤ Anamnesis:

◆ Antecedentes Patológicos Personales:

- Comportamiento disocial: Deserción escolar, patrones culturales y asociación a otros hábitos tóxicos
- Problemáticas de pareja, amenazas de intervención judicial y falta de recursos económicos.
- Hábitos de riesgo: Conducta Sexual, Jeringuillas compartidas
- Patologías prevalentes: Enfermedades Psiquiátricas (Depresión, Ansiedad), Enfermedades Invalidantes, Infecciones de Transmisión Sexual / VIH-SIDA, Hepatitis B y C, Tuberculosis, Candidiasis y Abscesos.

◆ Interrogatorio: Es preciso analizar la demanda con relación al uso de drogas: Quién y qué pide, por qué ahora y cómo se pide

- Buscar patrón de uso de Drogas: Tipo, dosis, frecuencia, vías de consumo, uso de otras drogas, edad de inicio, Intento de deshabituación realizados, períodos de abstinencia, reacciones anómalas, sobre dosis.

◆ Antecedentes Patológicos Familiares:

- Familiares que consumen o consumieron drogas.
- Disfunción familiar, familias monoparentales.
- Pérdidas familiares, pérdida de roles y valores en el marco familiar.
- Manejo deficiente de la adolescencia

➤ Exploración física: Atendiendo a las causas por las que acude debe incluir:

- Peso, talla.
- Inspección de la mucosa oral.
- Posibles lesiones dérmicas.
- Exploración básica de tórax y abdomen.

➤ Exámenes complementarios:

- Pruebas de función hepática, Antígeno de superficie de la hepatitis B, Anticuerpo contra la hepatitis C VIH, Serología, Mantoux, Rayos X de Tórax.

➤ Conducta a seguir:

- Entablar una adecuada comunicación con el paciente y su familia.
- Brindar información sobre la red asistencial, sobre la seguridad del tratamiento y la confidencialidad de su información.
- Aceptar y respetar lo que el paciente considera que son sus necesidades, no establecer falsas expectativas en cuanto a tratamiento, procurar ser claro y firme.
- Facilitar la accesibilidad a otros servicios de salud cada vez que lo necesite.
- Acciones de educación sanitaria al adicto.

- Higiene personal (aseo diario, higiene bucal, no compartir instrumentos de uso personal, no compartir jeringuillas, uso de preservativos, evitar conducta sexual de riesgo)
- Favorecer alimentación correcta y natural, regular horario de las comidas.
- Ofrecer reglas para favorecer el sueño.
- Orientar adecuada planificación familiar y control ginecológico y del embarazo.
- Evitar al máximo el uso de drogas por vía parenteral, en caso de no lograrlo, tratar de enseñar el uso adecuado de las inyecciones y las medidas de asepsia y antisepsia.
- Prevención de Intoxicaciones agudas por sobredosis y reinicio de la adicción.
- Detección precoz de complicaciones (Infecciones de Transmisión Sexual / SIDA, Tuberculosis, Hepatitis B y C)
- Tratamiento específico:
  - Realizar junta medica con Equipo de Salud Mental a personas que deseen abandonar esta adicción
  - Tratamiento farmacológico específico de mantenimiento, desintoxicación y de urgencia.
  - Combinar técnicas de Medicina Natural Tradicional.
  - Se puede realizar desintoxicación domiciliaria: Implica trabajo en equipo con visitas domiciliarias, responsabilizar a alguien cercano al paciente de la administración del medicamento. El paciente debe estar acompañado y es conveniente que reciba el apoyo psicoterapéutico de la familia. No se aconsejan visitas ni salidas sin acompañante, se debe explicar que los síntomas duran aproximadamente 10 días y que son progresivamente decrecientes, se recomienda ingesta adecuada de líquidos y ejercicios físicos moderados.
- Rehabilitación:
  - Incorporación a Grupos de Ayuda Mutua de Adictos (GAMA), donde deben integrarse tanto el paciente como la familia y líderes no formales de la comunidad.
  - Contribuir a la reinserción social de los pacientes tratando de modificar estilos de vida, eliminando factores facilitadores de consumo y reforzando factores de protección y trabajando intersectorialmente (Grupos de Ayuda Mutua de Adictos, Equipo Básico de Salud, CDR, FMC, Delegado del Poder Popular y otros)

### **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- Es aconsejable postergar la entrevista medica hasta el momento en que se tenga disponibilidad de tiempo.
- No ceder a las presiones del paciente. Si existen signos de abstinencia ofrezca al paciente ayuda terapéutica con ansiolíticos y/o analgésicos sin opiáceos. No tema, no le hace correr ningún riesgo.
- Cuando quien consulte es un familiar, no olvide el principio de voluntariedad: No se puede hacer nada en contra de la voluntad de un adicto.

## **ERRORES MÁS FRECUENTES:**

- La mayoría de los jóvenes que han probado algún tipo de droga no son adictos ni lo serán.
- Permitir que el adicto utilice como medicación prescrita por el médico las benzodiacepinas.

## **ALCOHOLISMO.**

Es un problema de salud que tiene incidencias desfavorables en la salud personal, familiar y comunitaria asociada a la ingestión de bebidas alcohólicas. Cumple los criterios de cantidad, frecuencia y nocividad. En nuestros días se mantiene la tendencia al incremento del consumo de alcohol ocasionando serios problemas para la salud asociados a enfermedades genéticas, accidentes, violencia y otras adicciones.

- ✓ Anamnesis.
  - Antecedentes Patológicos Familiares: Antecedentes de alcoholismo en los padres, hermanos y otros miembros de la familia, familias disfuncionales, antecedentes de trastornos psiquiátricos.
  - Antecedentes Patológicos Personales: Años de exposición al alcohol, tipo de bebida, cantidad, frecuencia, periodos de abstinencia, ocupación con fácil acceso a las bebidas alcohólicas, periodos con variación importante de consumo y consumo de otros tóxicos, trastornos psiquiátricos, problemas laborales o sociales, evaluar la presencia de depresiones, violencia y discapacidad.
- ✓ Examen físico.
  - Tensión arterial, Frecuencia Cardíaca.
  - Peso y talla. Evaluación nutricional.
  - Piel: arañas vasculares, eritema palmar, ausencia de la lúnula de las uñas, psoriasis
  - Contractura del Dupuytren.
  - Cavidad bucal: atrofia de labios y lengua.
  - Abdomen: hepatomegalia, ascitis, redistribución vascular.
  - Extremidades: pulso y sensibilidad.
- ✓ Exámenes complementarios para detectar tempranamente complicaciones.
  - Ultrasonido abdominal.
  - Test de pruebas funcionales hepáticas.
- ✓ Conducta a seguir.
  - Dispensarizar a personas y familias sometidos a factores de riesgo de alcoholismo o alcohólicos.
  - Preparar a la familia como fuente de información y de ayuda práctica, logrando que otros miembros de la familia no se refuerce el hábito.
  - Explicar las complicaciones del alcoholismo y la repercusión sobre la economía familiar.

- Reforzar mecanismos internos de regulación, afecto y seguridad dentro de la familia.
- ✓ Tratamiento específico.
  - Realizar junta médica con Equipo de Salud Mental a personas que deseen abandonar esta adicción
  - Tratar la intoxicación aguda y sus complicaciones con apoyo familiar
  - Tratamiento del síndrome de abstinencia.
- ✓ Incorporación a Grupos de Ayuda Mutua de Adictos (GAMA)
- ✓ Reinserción social del enfermo.

### **CONSEJOS PRÁCTICOS.**

- No olvidar preguntar a los adolescentes por el consumo de alcohol.
- Tener siempre presente la posibilidad de aparición de un delirium tremens.
- Recordar que, a pesar de ser un signo de mal pronóstico, la recaída no es un fracaso del tratamiento sino parte de la historia natural de la enfermedad.

### **ERRORES MAS FRECUENTES.**

- Culpar al paciente de su enfermedad o hacer comentarios moralistas acerca de su hábito.

### **ENFERMEDADES VASCULARES.**

#### **HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

En nuestro país es un problema de salud, siendo la primera causa de morbilidad y mortalidad de origen cardiovascular, la misma presenta una estrecha relación con la enfermedad Isquémica del corazón y otros tipos de enfermedades del órgano, así como con enfermedades del riñón y Cerebrovasculares, que son causa de muerte y discapacidades. En múltiples ocasiones la Hipertensión Arterial actúa como factor etiológico, secundario o desencadenante de las mismas.

Según la II Encuesta de factores de riesgo y enfermedades crónicas Cuba. 2001 acerca de las principales características de la Hipertensión Arterial se pudo precisar que existe una prevalencia similar en ambos sexos, pero en hombres el número de casos nuevos es el doble. La prevalencia en mayores de 15 años es de 33.2 % mientras que por dispensarización es solo del 22.9 %. Sobre los 40 años, la prevalencia se incrementa y a los 60 años el 60 % de la población es hipertensa. El 41.8 % de los hipertensos es de la raza negra lo que tiene una base genética.

#### ➤ Criterios diagnósticos en el adulto

Se considera a una persona hipertensa cuando:

- La cifra de presión arterial sistólica es igual o mayor de 140 mmHG o la presión diastólica es igual o mayor a 90 mmHG o ambas inclusive detectada en 3 ocasiones diferentes
  - Cifra de presión arterial sistólica > 200 mmHG y 110 diastólica en una sola toma fortuita o casual
  - Aquellas personas que refieren padecer de Hipertensión Arterial, están tomando drogas hipotensoras y tienen la presión normal.
  - En pacientes con Diabetes o con Insuficiencia Renal Crónica se consideran hipertensos si la cifra de presión arterial sistólica (PAS) es igual o mayor de 130 mmHG y la presión arterial diastólica (PAD) es igual o mayor a 80 mmHG, o ambas inclusive.
- Anamnesis
- Precisar todo lo relacionado con los antecedentes patológicos familiares y personales, especialmente, los factores de riesgo relacionados con la enfermedad, así como síntomas sugestivos de repercusión en órganos diana.
- Examen Físico
- Examen físico completo enfatizando en toma correcta de la presión arterial, signos que sugieran Hipertensión Secundaria y/o daño en órganos diana.
- Complementarios:
- Se realizan buscando daño en órganos diana y causas secundarias, una vez al año o según necesidades evolutivas del paciente.
- **Conducta**
- Pilares:
- Control y/o eliminación de los factores de riesgo asociados de forma individualizada.
  - Participación de la familia como sistema de apoyo en la atención y evolución del paciente hipertenso.
  - Tratamiento. Al respecto recordar que el farmacológico:
    - Solamente se iniciara el mismo cuando sea confirmada su necesidad en pacientes con presión arterial sistólica de 140-159 y presión arterial diastólica de 90-99 mm de Hg.
    - Será individualizado en dependencia del estadio de la enfermedad, su control, adherencia al tratamiento, factores de riesgo existentes, enfermedades asociadas y daño en órganos diana.
  - Apropiación del tratamiento por parte del paciente.
  - **Seguimiento.**
    - Debe ser individualizado dependiendo de la respuesta al tratamiento y la evolución del paciente.

## **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- La toma de la presión arterial, así como la evaluación de los factores de riesgo cardiovasculares en las personas debe incorporarse en la visita espontánea, programada tanto en la consulta como en el hogar.
- Ante una crisis hipertensiva de emergencia (PAS de 140 y más o urgencia cardíaca, cerebral o renal: el medicamento debe administrarse por vía parenteral y la tensión arterial no debe reducirse más del 25 % en el curso de las primeras 2 horas, evitando caídas excesivas que pueden producir isquemia cerebral o renal, después el médico debe estabilizarla entre 2 a 6 horas
- Ante una crisis hipertensiva de urgencia la tensión arterial debe reducirse en 24 horas, por lo que deben utilizarse fármacos orales.
- El diurético en urgencia o emergencia hipertensiva sólo debe usarse si hay edema pulmonar cerebral o sistémico
- Recuerda que en la Hipertensión Arterial son signos de mal pronóstico:
  - Persona de raza negra en la tercera o cuarta década de la vida.
  - Hipertrofia del Ventrículo Izquierdo (HVI).
  - Retinopatía hipertensiva.
  - Hipertensión refractaria.
  - Hipertensión en la pubertad.

## **ERRORES MÁS FRECUENTES:**

- No calibrar periódicamente los esfigmomanómetros.
- No modificar el tratamiento a pesar del mal control de la Hipertensión Arterial.
- Evaluar y diagnosticar la Hipertensión Arterial sin considerar el resto de los factores de riesgo cardiovasculares.
- Cambiar el tratamiento sin haber realizado una correcta evaluación de las posibles causas que están influyendo en la refractariedad del mismo.
- Reducir bruscamente las cifras de Presión Arterial en pacientes con una urgencia hipertensiva sobre todo en pacientes con enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.
- Bajar la presión arterial con diuréticos los cuales provocan incremento de la vasoconstricción y disminución del flujo a órganos diana.
- No descartar Enfermedad Cerebrovascular o Cardiopatía Isquémica concomitante.

## **CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

La Cardiopatía Isquémica es la primera causa de muerte en Cuba, siendo responsable de una de cada 4 muertes que ocurren en el país y representa casi el 80% de todas las muertes por enfermedades cardíacas en ambos sexos.

La tasa de morbilidad y discapacidad como secuela de ella es también preocupante y una de las más altas del país. Según el sexo se observa una sobremortalidad masculina, más evidente para la Cardiopatía Isquémica Aguda, en nuestro país los hombres mueren más que las mujeres por Infarto Agudo del Miocardio (IAM) a razón de

1,3. Según resultados de la II Encuesta de factores de riesgo Cuba. 2001, la prevalencia en el mayor de 15 años es de 4.5 % mientras que por dispensarización es de 3.1 %.

### **Variantes clínicas de la Cardiopatía Isquémica:**

1. Angina de pecho.
  - Angina crónica estable.
2. Síndrome Coronario Agudo.
  - Angina crónica inestable.
    - De reciente comienzo (últimos 30 días)
    - Empeoramiento progresivo (últimas 2 semanas)
    - Angina en reposo (angina prolongada)
    - Angina post infarto.
    - Variante o Prinzmetal.
  - Infarto del Miocardio sin onda Q.
  - Infarto del Miocardio con onda Q.
3. Arritmias y trastornos de la conducción.
4. Muerte súbita.

### **Criterios Diagnósticos:**

- Anamnesis:
  - Antecedentes Patológicos Familiares (fallecimiento de familiares en edades tempranas por muerte súbita e historia familiar de enfermedad Cardiovascular: Infarto Agudo del Miocardio, Angina, Arritmias)
  - Antecedentes Patológicos Personales (personalidad, ocupación, historia de palpitaciones sobre todo espontáneas, disnea, síncope o pre – síncope, episodios de hipotensión y presencia de factores de riesgo coronario)
  - Al interrogatorio indagar sobre:
    - Las características del dolor: localización, cualidad, irradiación, factores precipitantes, duración, alivio y tiempo de evolución.
    - Uso de fármacos simpático miméticos, anfetaminas y drogas ilícitas como la cocaína que pueden desencadenar arritmias.
- Examen físico completo enfatizando en:
  - Detección de arritmias, aumento del área cardíaca, Hipertensión Arterial, presencia de soplos carotídeo, femoral o temporal, signos de bajo gasto.
    - Fondo de ojo (FO): escleritis arteriolar (arterias en hilo de plata)
- Complementarios:
  - Se indicarán según la sospecha clínica y las características individuales de los pacientes.
- Conducta:
  - Control de los factores de riesgo incluyendo los riesgos laborales.

- Estará sujeta a la forma de presentación de la cardiopatía, complicaciones y repercusión hemodinámica de los pacientes, logrando el restablecimiento o estabilidad de los signos vitales y monitoreo cardíaco.
- Administración de ácido fólico a todos los pacientes mayores de 50 años.
- **Acciones específicas para la Rehabilitación:**
  - ◊ Ejercitación de grandes grupos musculares de 3 a 5 veces por semana durante 10 a 60 minutos por sesión.
  - ◊ Estimular a todos los pacientes para que adopten un programa de marcha.
  - ◊ El Ejercicio Físico se indicará en los siguientes casos:
    - Angina de esfuerzo estable.
    - Períodos prolongados de inactividad (sin dolor)
    - Cirugía de revascularización coronaria.
    - Arritmias compensadas.

**Estará contraindicado en:**

- Anginas inestables.
- Arritmias peligrosas.
- Insuficiencia cardíaca descompensada.
- Aneurisma disecante.
- Tromboflebitis.
- Miocarditis.
- Pericarditis.
- Hipertensión Arterial severa.

## **CONSEJOS PRÁCTICOS.**

- Todo paciente con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular que consulta al médico por un dolor en o cercano al precordio, mientras no se demuestre lo contrario, debe ser interpretado como una Cardiopatía Isquémica y se realiza siempre un Electrocardiograma.
- Un examen físico normal no excluye la posibilidad diagnóstica de Cardiopatía Isquémica.

## **ERRORES MÁS FRECUENTES.**

- No realizar un buen interrogatorio y examen físico.
- Interpretación errónea del Electrocardiograma.

## **ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR. (ECV)**

Constituyen un grupo de enfermedades que afectan el encéfalo, como resultado de un proceso patológico de los vasos sanguíneos y/o su contenido. Predomina en las edades medias y avanzadas de la vida, ocupando la tercera causa de muerte en países desarrollados y en Cuba, los que sobreviven más de un tercio quedan con alguna secuela.

Según la II Encuesta de factores de riesgo y enfermedades crónicas la prevalencia de Enfermedad Cerebrovascular en mayores de 15 años es de 2.6 % mientras que por dispensarización es de 0.53 %.

➤ **Criterios diagnósticos:**

- Aplicar la Escala de Evaluación Neurológica en todo paciente con sospecha o diagnóstico de Enfermedad Cerebro Vascular:

Escala de evaluación Neurológica.

| Factores de Riesgo mayores.              | Sí             | No            |
|--|----------------|---------------|
| HTA                                      | 6              | 0             |
| Cardiopatía                              | 6              | 0             |
| Antecedentes de ECV                      | 6              | 0             |
| Diabetes Mellitus                        | 6              | 0             |
| <b>Factores de Riesgo Menores.</b>       |                |               |
| Tabaquismo.                              | 1              | 0             |
| Alcoholismo.                             | 1              | 0             |
| Obesidad.                                | 1              | 0             |
| Anticonceptivos Orales.                  | 1              | 0             |
| <b>Síntomas.</b>                         |                |               |
| Amaurosis Fugaz.                         | 6              | 0             |
| Parestesias o parestias.                 | 6              | 0             |
| Alteraciones de la memoria.              | 1              | 0             |
| Cefalea.**                               | 1              | 0             |
| Mareos - Vértigo                         | 1              | 0             |
| <b>Signos.</b>                           |                |               |
| Alt. Ritmo cardiaco.                     | 6              | 0             |
| Déficit neurológico.                     | 6              | 0             |
| Soplos Carotideos.                       | 2              | 0             |
| <b>Instalación aguda de Síntomas.</b>    |                |               |
| Hemiparesia, Hemianopsia<br>Afasia, etc. | 9              | 0             |
| <b>Total</b>                             | <b>66 Max.</b> | <b>0 Min.</b> |

Escala:

Grado I: 0 a 5 (Bajo riesgo)

Grado II: 6 a 13 (Riesgo moderado).

Grado III: 14 o más (Riesgo elevado)

\*\* Síntoma de alta probabilidad de hemorragia subaracnoidea en mujeres jóvenes alcohólicas

➤ Anamnesis:

- Indagar sobre antecedentes patológicos familiares y personales relacionados con la enfermedad enfatizando en factores de riesgo y particularidades como antecedentes de migraña, uso de anticonceptivos orales, Hipertensión arterial, ataque transitorio de isquemia.
- Examen físico completo enfatizando en:
  - Examen Cardiovascular buscando arritmias, soplos, presión arterial y pulsos periféricos, especialmente el carotídeo.
  - Examen neurológico minucioso precisando: marcha, lenguaje y fuerza muscular.
  - Fondo de ojo.
- Exámenes complementarios según criterio médico.
- Conducta a seguir.
  - Control y/o eliminación de los factores de riesgo.
  - Pesquisa activa de la cefalea centinela y de otros síntomas premonitorios a pacientes jóvenes, mujeres bebedoras.
  - Indicar Acido Acetil Salicílico 125 mg diarios a todo paciente en riesgo o con antecedente, teniendo en cuenta las contraindicaciones.
  - Indicar PPG 10 mg diarios a todo paciente en riesgo o con antecedente.
  - Indicaciones terapéuticas específicas:
    - Según factores de riesgo o complicación.
  - Luego de aplicada la Escala de Evaluación Neurológica se actuará según se detalla a continuación:
    - Personas de Bajo riesgo: observación domiciliaria por el Equipo Básico de Salud.
    - Personas de Mediano o Alto riesgo: Traslado a servicios o salas especializadas.
  - Acciones específicas de Rehabilitación:
    - Medidas Posturales que implican cómo permanecer en los diferentes decúbito:
      - Posición sentado: Debe evitarse la lateralización y mantener el miembro afectado apoyado.
      - Posición de pie: El paciente debe tener la ayuda necesaria para evitar sobrecargar las articulaciones del hombro, rodilla y tobillo.
    - Rehabilitación Psíquica y Cognitiva: control de las depresiones y activación de la memoria, estas solo pueden lograrse con participación activa de la familia.
    - Estimular la reinserción laboral y social con enfoque multisectorial.
      - Comenzar con labores domésticas manuales con la finalidad de mantener o mejorar la coordinación.
      - Se insistirá en mantener la independencia para las actividades de la vida diaria.
    - Debe ser precoz y de base comunitaria.

### **CONSEJO PRACTICO:**

- Recordar que las dietas saludables, la actividad física sistemática, y el control de factores de riesgo reducen la posibilidad de Enfermedad Cerebro Vascular y sus complicaciones.

### **ERRORES MÁS FRECUENTES:**

- No dispensarizar correctamente los Accidentes Transitorios Isquémicos.

### **DIABETES MELLITUS.**

La Diabetes Mellitus es hoy día un problema creciente de salud tanto para el mundo desarrollado como subdesarrollado. En 1994, existían 100 millones de personas con Diabetes, 165 millones en el año 2000 y se pronostican 239 millones para el 2010 y 300 millones para el 2025.

#### ➤ Criterios Diagnósticos:

- Se considerará como Diabético a la persona con sintomatología clínica en la que se confirmen cifras de glucosa plasmática tributarias de “Diabetes Mellitus” en 1 ocasión, o, en aquellas personas en las que se obtengan cifras tributarias de “Diabetes Mellitus” en 2 ocasiones diferentes aunque no tengan manifestaciones clínicas.

Cifras de Glucosa plasmática mayor o igual a 7,0 mmol / l  
Prueba de Tolerancia a la Glucosa mayor o igual a 11,1 mmol / l.

#### ➤ Anamnesis:

- Precisar antecedentes Patológicos Familiares de diabetes en familiares de primera línea
- Precisar presencia de factores de riesgo y síntomas clínicos de la enfermedad.

#### ➤ Examen Físico completo haciendo énfasis en:

- Peso, talla, Índice de Masa Corporal.
- Tensión Arterial en decúbito supino y de pie.
- Reflejos osteotendinosos, sensibilidad táctil y vibratoria.
- Pulsos carotídeos y periféricos (poplíteos, tibiales y pedios)
- Exploración de la piel, las faneras, genitales y pies.
- Examen buco – faríngeo.
- Fondo de ojo al menos una vez al año.

#### ➤ Exámenes complementarios:

- Glicemia en ayunas y post pandrial de 2 horas.
- Hemoglobina Glicosilada (si existe disponibilidad)
- Colesterol, HDL Colesterol, LDL Colesterol y Triglicéridos.
- Electrocardiograma.
- Estudio de la esfera renal si sospechas clínicas de daño renal.
  - Glucosuria 24 horas.
  - Urea, Creatinina y Ácido Úrico.

- Microalbuminuria anual (si existe disponibilidad)
  - Pruebas funcionales hepáticas si sospechas clínicas de daño hepático.
  - TSH en casos de Diabetes Mellitus Tipo I.
  - Otros según criterios clínicos.
- Pautas de Tratamiento:
- Mantener al paciente libre de síntomas y signos que le permitan desarrollar normalmente su actividad física, mental, laboral y social.
  - Conseguir un control metabólico lo más cercano a lo normal.
    - Es importante la sistematicidad y el control glucémico según criterio médico.
    - Lograr que lleve correctamente la dieta:
      - Para el cálculo de la dieta en el diabético se debe tener en cuenta el peso corporal, edad y actividad física que realiza.
      - En los niños el cálculo calórico será 1000 calorías en el 1er año de vida y 100 calorías más por cada año de edad cumplido. Durante la pubertad se añadirán 100 calorías adicionales hasta un máximo de 2400 en la hembra y 2800 en el varón y no olvidar añadir suplemento de vitaminas y minerales sobre todo del complejo B y vitamina C.
    - Autocontrol del paciente a través de la utilización del reactivo Benedict y/o tira reactiva y educación diabetológica.
    - En caso de utilizar Insulina, cumplir el tratamiento según las dosis indicadas aún siendo fraccionada y tener en cuenta su ajuste según la actividad física del día (Viajes largos, aumento de ingestión alimentaria por fiestas celebraciones, Ayunos prolongados, etc.)
    - Práctica de ejercicios físicos.
  - Lograr higiene personal extremada fundamentalmente al nivel de la boca, piel y pies.
  - Controlar los factores que facilitan la aparición de las complicaciones.
  - Disminuir la frecuencia, postergar el inicio e identificar tempranamente las complicaciones agudas y degenerativas para reducir su gravedad.
  - Iniciar la vacunación contra la hepatitis B
  - Rehabilitar los casos con secuelas de las complicaciones.

### **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- Piense en el diagnóstico de la enfermedad aunque no esté presente la triada habitual ante infecciones rebeldes al tratamiento u otros síntomas.
- Compruebe que el paciente maneja la dieta, se inyecta correctamente y sabe realizarse el Benedict, además de que sepa utilizar las tiras reactivas.
- Tener en cuenta que las manifestaciones clínicas en el anciano pueden ser atípicas.

### **ERRORES MÁS FRECUENTES:**

- No influir en la familia con vista a evitar la sobreprotección del niño diabético.

- Considerar al paciente como diabético con una sola cifra de Glicemia elevada en ayunas sin sintomatología clínica.
- No tener en cuenta el dolor abdominal difuso en un paciente diabético como síntoma de descompensación metabólica.
- No identificar una polipnea por cetoacidosis en niños (muchas veces forma de debut de la enfermedad)
- No pensar en Diabetes ante una persona con deshidratación o coma.

## **NEUMONIAS.**

La neumonía es una causa frecuente de morbilidad y de mortalidad ocupando un lugar entre las diez primeras causas de muerte en Cuba. Los agentes patógenos pulmonares varían según el lugar en que se adquirió la infección: comunidad, hospital, centros educativos, hogares de ancianos u otras instituciones cerradas.

- Criterios diagnósticos:
  - Presencia de genio epidémico.
  - Manifestaciones clínicas generales y específicas.
  - Radiología pulmonar.
- Anamnesis:
  - Antecedentes Patológicos Familiares: Indagar sobre la existencia en la familia de alguna condición u enfermedad que predisponga.
  - Antecedentes Patológicos Personales: Indagar sobre la presencia de factores de riesgo como el alcoholismo, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades de larga evolución.
- Examen Físico completo enfatizando en signos físicos específicos del aparato respiratorio
- Exámenes Complementarios.
  - Radiología pulmonar.
  - Esputos BAAR
  - Hemograma completo.
- Conducta.
  - El tratamiento debe indicarse de inmediato según la etiología.

## **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- Debe seguirse la evolución del paciente durante las primeras 72 horas con el fin de evaluar la respuesta al tratamiento.
- Mantener una política de antibiótico adecuada.

## **ERRORES MÁS FRECUENTES:**

- El uso de antibióticos de manera precoz sin conocer la etiología de la enfermedad.
- Seguir la evolución de la enfermedad por la radiología.
- Cambiar el tratamiento en las primeras 72 horas.

## ASMA BRONQUIAL.

La prevalencia en nuestro país es de 8,2 % predomina en el sexo femenino y en individuos de zonas urbanas.

- Criterio Diagnóstico.
  - Clínico con historia intermitente de opresión torácica con sibilancias, crisis de dificultad respiratoria con acceso de tos sobre todo en el horario nocturno.

### Clasificación del Asma Bronquial

| Clasificación del Asma según niveles de gravedad | Síntomas clínicos.   |
|--|--|
| Intermitente leve                                | Síntomas breves de menos de 1 vez por semana.<br>Síntomas nocturnos menos de 2 veces en el mes   |
| Persistente leve                                 | Sin síntomas entre crisis.<br>Mas de 1 vez a la semana pero no diario.<br>Exacerbaciones que pueden afectar la actividad normal.<br>Síntomas nocturnos mas de dos veces al mes y menos de una vez por semana |
| Persistente Moderada                             | Diarios exacerbaciones que afectan la actividad normal.<br>Síntomas nocturnos mas de una vez por semana pero no diarios.<br>Necesidad diaria de Beta - adrenérgicos inhalados.                               |
| Persistente Grave                                | Continuos exacerbaciones frecuentes síntomas nocturnos casi diarios, actividad física limitada.  |

- Anamnesis.
  - Antecedentes Patológicos Familiares: Indagar sobre antecedentes de Asma, urticaria, alergia alimentaria, eczema u otro signo de atopia familiar.
  - Antecedentes Patológicos Personales: Indagar sobre factores predisponentes, desencadenantes, sobre síntomas específicos (opresión torácica, tos nocturna, silbidos en el pecho), medio laboral del paciente.
- Examen Físico.
  - Realizar un Examen Físico completo con énfasis en el Aparato respiratorio (superior en inferior) y signos de enfermedades atópicas.
- Pruebas diagnósticas.
  - Pruebas Funcionales respiratorias.
  - Conteo global de Eosinófilos.
  - Pruebas alergia cutánea.
- Conducta.

### Medidas de desalergización o Tratamiento no farmacológico.

- Forrar los colchones y las almohadas con nylon (si fuera de goma o de dacron no es necesario forrarlas)
- No permitir que el niño se acueste en otras camas ni muebles tapizados con tela o damasco.
- No usar talcos en los niños ni en su presencia, no usar perfumes.
- No usar pijamas de lana o franela.
- Puede cubrirse con toalla, pique, corduroy o gabardina, si usa mosquitero debe lavarse uno o dos veces por semana.
- Lavar la ropa que haya estado guardada mucho tiempo antes de usarla. Esto es muy importante para la ropa de invierno.
- Baldear toda la casa por lo menos una vez a la semana, incluyendo paredes, muebles y cuadros.
- No usar plumeros ni escobas para la limpieza diaria, en su lugar debe usar un paño húmedo y una frazada para no levantar polvo.
- Mantener el interior de los escaparates y closets bien limpios, sacando la ropa frecuentemente la ropa al patio o la terraza donde le el sol, sacudiéndola o cepillándola enérgicamente.
- Eliminar las cortinas ropas o alfombras colgadas detrás de las puertas y de los mueble. No usar yute ni chenille.
- No tener animales, plantas y flores en el interior de la casa.
- No acumular libros, revistas ni periódicos en el interior de la habitación.
- No dejar que el niño juegue con muñecas de felpas o peluches, rellenos de trapos o guatas.
- No fumar en presencia del asmático.

#### ➤ Rehabilitación

Acciones específicas:

- Conseguir una ventilación eficiente a la vez que una reducción del trabajo respiratorio.
- Corregir los defectos de posición corporal y evitar las deformidades de la caja torácica.
- Conocer los métodos y favorecer la expectoración.
  - ◊ Maniobras pasivas:
    - Percusión torácica manual.
    - Aplicación de vibraciones.
    - Técnicas de relajación.

#### **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- Eduque a sus pacientes en la importancia del tratamiento intercrisis.

#### **ERRORES MÁS FRECUENTES:**

- Diagnosticar asma en pacientes que realmente tienen una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- No garantizar el tratamiento intercrisis.
- Considerar que toda falta de aire es asma.
- No involucrar a la familia en el manejo del asmático y restar importancia a la esfera psicoafectiva.
- No seguimiento adecuado del paciente en crisis.

## **ACCIDENTES.**

Es un acontecimiento fortuito que ocasiona un daño, puede provenir de un hecho de la naturaleza o de un acto del hombre, independiente de la voluntad del mismo.

En nuestro país los accidentes constituyen un verdadero problema de salud (5ta causa de mortalidad general). Es la tercera causa de muerte que más Años de Vida Potencialmente Perdidas cobra. Las caídas accidentales constituyen la primera causa de muerte por accidentes. Por grupos de edad los accidentes de tránsito y los ahogamientos y sumersión constituyen importantes causas de muerte en menores de 20 años.

Para la Medicina Familiar es importante conocer de accidentes por la elevada morbilidad, mortalidad, invalidez, el gran número de crisis familiares que originan y al elevado costo económico que causan. Constituyen los accidentes un serio problema no solo de salud, sino económico y social.

Tipos de accidentes mas frecuentes.

- Caídas.
- Accidentes del tránsito
- Ahogamientos y sumersión.
- Quemaduras.
- Intoxicaciones y envenenamientos accidentales.
- Broncoaspiración alimentaria y por cuerpos extraños
- Electrocuación
- Accidentes por armas de fuego.
- Sofocación mecánica. (Colecho)

➤ Criterios diagnósticos:

Para los accidentes la identificación de los peligros potenciales constituye el mejor método para realizar diagnóstico preventivo de los mismos, lo cual disminuye su ocurrencia; recordar que los accidentes “no son ni tan inevitables ni tan accidentales”.

➤ Anamnesis:

- Indagar si existe deficiencia en algún órgano de los sentidos.
- Si esta sometido a situaciones de estrés psicosocial.

- Antecedentes de algunas entidades como la Epilepsia, retraso mental, enfermedades mentales y la hipertensión arterial descompensadas y factores de riesgo como alcoholismo, drogadicción, ingestión de psicofármacos.
  - Indagar sobre conocimientos que tenga la persona y su familia sobre la prevención de los accidentes.
- Examen Físico.
- Deficiencia en órganos sensoriales que pudieran ser causantes de accidentes.
  - Limitación física y/o mental que pudieran favorecer la ocurrencia de accidentes.
- Conducta a seguir:

Está basada en la prevención y educación con la identificación adecuada de los peligros potenciales y su eliminación.

### **Peligros potenciales a identificar.**

Generales:

- Equipos, tomacorrientes e instalaciones eléctricas sin protección.
- Cisternas, escaleras, piscinas, pozos, depósitos de agua sin protección.
- Medicamentos, sustancias tóxicas e inflamables al alcance de menores.
- Cristales rotos en áreas y salones.
- Puertas de acceso sin seguridad adecuada.
- Raíces salientes de arboles en áreas de juego o de tránsito habitual de las personas.
- Cocoteros o arboles que ofrezcan peligros en áreas de juego o estacionamiento de personas.
- Pisos, calles y aceras rotas.
- Paredes y techos con deterioro constructivo.
- Macetas o latas de plantas ornamentales con filos cortantes.
- Objetos colgantes sin la debida seguridad.
- Barreras arquitectónicas.
- Practica de juegos en la vía pública.

En el hogar:

- Mal estado constructivo en el interior de las viviendas.
- Muebles, cunas y camas sin la debida seguridad.
- Mala ubicación de sustancias tóxicas, medicamentos, fósforos, fosforera, bolsas plásticas, instrumentos con filos cortantes, armas de fuego, combustibles al alcance de niños, discapacitados y ancianos.
- Instalaciones de gas sin seguridad.
- Manipulación de líquidos hirvientes sin seguridad y en presencia de niños.
- Pisos resbaladizos y sumamente pulidos.
- Dormir con niños pequeños y mala técnica de lactancia.
- Alimentar al niño acostado y dormido.
- Mosquiteros y elementos ornamentales en la cuna mal colocados.

- Juguetes inadecuados, defectuosos.
- Presencia de animales domésticos agresivos o que entorpecen la deambulaci3n.
- Uso de combustibles inadecuados y cocinas defectuosas para la elaboraci3n de los alimentos en el hogar.
- Baños sin barras de seguridad, agarraderas o lugares donde poder sentarse para facilitar el aseo de ni os y ancianos.

#### En la Comunidad.

- Presencia de animales callejeros que puedan ocasionar accidentes en la vía.
- Escombros y objetos punzo - cortantes en áreas de juegos y esparcimiento.
- Centros de recreaci3n nocturnos que puedan ocasionar situaciones de violencia.
- Cables el3ctricos que se encuentren en la vía.
- Calles publicas sin iluminaci3n.
- No uso del casco protector por motociclistas, así como el no uso del cintur3n de seguridad para los choferes.
- No uso de se aales refractarias de bicicletas fundamentalmente para la circulaci3n nocturna y transportaci3n inadecuada de ni os en ella.
- Conducci3n de vehículos bajo los efectos de bebidas alcoh3licas, drogas o sustancias sicotr3picas.
- Sumergirse en el agua o mantenerse cercanos a los postes de tendido el3ctrico y árboles en momentos de tormentas el3ctricas.

#### En Centros Educacionales.

- Aglomeraciones de ni os a los alrededores de la escuela esperando la hora de entrada a la misma.
- Retozo desenfrenado a la hora de receso y falta de control en los horarios de salida.
- Uso de cuchillos o navajas por parte de los ni os para sacar puntas a lápices.
- Falta de protecci3n en laboratorios.
- Acceso de educandos a las áreas no autorizadas, como son cocina y lavanderías.
- Juguetes inadecuados, defectuosos.
- Corrales colectivos con malas condiciones de seguridad.
- Transporte de escolares sin la seguridad adecuada.

#### En Centros Laborales.

- No uso de medios de protecci3n cuando así lo requiere la actividad en cuesti3n.
- Iluminaci3n deficiente.
- Máquinas y herramientas defectuosas.
- Cables el3ctricos y equipos de alta tensi3n sin protecci3n e identificaci3n.
- No cumplir normas de seguridad para máquinas y herramientas.
- No-identificaci3n de productos t3xicos y de desechos.

### **CONSEJO PRACTICO:**

- Recordar que lo principal en accidentes es la promoci3n y prevenci3n y que son la primera causa de muerte en el ni o sano.

### **ERROR MAS FRECUENTE.**

- Que el personal de salud piense que a “ mis pacientes no les ocurre eso” porque en mi área no es frecuente.

## **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:**

### **¿Qué justifica su abordaje por el Equipo Básica de Salud?**

- Cada año se incrementa el número de pacientes incluidos en los programas de diálisis y trasplantes.
- La prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica es >3.5 pacientes por cada mil habitantes, más de 40 000 pacientes en la población general, y progresan a la Insuficiencia Renal Crónica con criterio de Trasplante o Terminal de 1500 a 2000 nuevos pacientes anualmente, los que requerirán de diálisis o trasplante renal para sobrevivir. El costo es >13 millones de pesos por cada 1000 pacientes en diálisis anualmente. Esto implica la necesidad de realizar acciones de pesquisa y búsqueda activa e impactar sobre los factores de riesgo y causas de esta entidad.

### **Criterios Diagnósticos:**

- Se expresa por un incremento de la Creatinina sérica  $\geq 133 \mu\text{mol/L}$  ( $\geq 1.5 \text{ mg/dl}$ ) o una disminución del Filtrado Glomerular (FG)  $< 60 \text{ ml/min}$ , persistente durante más de 3 meses.
- Puede progresar a la Insuficiencia Renal Crónica Terminal, cuando disminuye el Filtrado Glomerular  $< 15 \text{ ml/min}$ .

El Equipo Básico de Salud debe tener en cuenta que existe un grupo de factores de riesgo para la Enfermedad Renal Crónica y que junto a otros factores predisponentes, sirven de base a la Insuficiencia Renal Crónica:

### **Factores predisponentes para la Insuficiencia Renal Crónica:**

- Nefropatía diabética.
  - Nefropatía hipertensiva o vascular.
  - Glomerulopatías primarias.
  - Riñones poliquísticos.
  - Nefropatía obstructiva.
  - Anomalías congénitas del tracto urinario.
- Anamnesis:
- Antecedentes Patológicos Familiares: Insuficiencia Renal Crónica, Riñón Poliúístico, Diabetes Mellitus e Hipertensión Maligna.
  - Antecedentes Patológicos Personales: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Glomerulopatías, Enfermedades Urológicas Obstructivas, Uso de medicamentos nefrotóxicos y radiaciones.

- Indagar sobre la presencia de síntomas y signos de los factores predisponentes.

➤ Examen Físico completo enfatizando en:

- Recogida del peso, talla, presión arterial.
- Signos de retinopatía en el fondo de ojo.
- Edema: Párpados, manos, pies.
- Palidez mucosa.

➤ Complementarios:

- Hemograma: Normal o Anemia Inexplicable.
- Glicemia, Urea, Creatinina.
- Filtrado Glomerular:

Su Cálculo Teórico se realiza según la fórmula siguiente:

$$\frac{(140 - \text{Edad en años}) (\text{Kg de Peso})}{72 \times \text{Creatinina (mg/dl)}} \quad (\text{X } 0,85 \text{ para las mujeres})$$

$$\frac{(140 - \text{Edad en años}) (\text{Kg de Peso})}{\text{Creatinina } (\mu\text{m/L})} \quad (\text{X } 1,23 \text{ para los hombres})$$

- Micro albuminuria
- Proteinuria, Urocultivo.
- Ultrasonido Renal.

➤ Conducta:

Lo más importante es la labor preventiva de Equipo Básico de Salud en la comunidad para lo cual enfatizará en:

- Diagnóstico, estudio y tratamiento oportuno de las infecciones del tracto urinario y sus causas (siempre que sean corregibles) desde etapas tempranas de la vida.
- Toma de presión arterial a niños y adolescentes.
- Correcto uso de los medicamentos con efecto nefrotóxico.
- Consejo genético a las parejas con diagnóstico prenatal de malformaciones genéticas del tracto urinario.
- Control adecuado de la Hipertensión y la Diabetes.
- Iniciar vacunación contra hepatitis B.
- En Individuos con antecedentes familiares de Insuficiencia Renal Crónica.
  - Pesquisaje con Ultrasonido Renal a familiares de pacientes con Riñones Poliquísticos con o sin síntomas.
  - Pesquisaje de sordera, catarata y hematuria a familiares de pacientes con Nefritis Hereditaria.

➤ Rehabilitación:

Las acciones de rehabilitación tienen carácter individualizado y se ajustan al estadio de la enfermedad, promover el apoyo individual del paciente, la familia y la comunidad.

### **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- Recordar que las orinas espumosas, claras e inodoras, abundantes y frecuentes durante la noche, pueden ser signos de insuficiencia renal.
- Tener en cuenta que la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus maltratada son los “verdugos del riñón”.
- El uso continuado de antiinflamatorios no esteroideos es un factor de riesgo de insuficiencia renal.
- Recordar que pesquizando activamente hipertensión y la diabetes en niños prevenimos insuficiencia renal crónica.

### **ERRORES MÁS FRECUENTES:**

- No sospechar la insuficiencia en pacientes con riesgo de padecerla.

## **CÁNCER**

Durante los próximos 25 años, al ritmo de crecimiento en incidencia y mortalidad por cáncer, se deben producir 300 millones de casos nuevos y 200 millones de muertes por esta causa. De igual forma, se estima que para el año 2020 se producirán 20 millones de casos nuevos cada año. Actualmente se producen poco más de 6 millones de muertes anualmente.

Gracias a los progresos alcanzados, la tercera parte aproximadamente de todos los cánceres es prácticamente evitable y otra tercera parte es susceptible de curación si se formula a tiempo el diagnóstico. Además, una buena asistencia paliativa de la tercera parte restante permitiría mejorar considerablemente la calidad de vida.

### **¿Cuál es el comportamiento del cáncer en Cuba?**

Los tumores de mama, pulmón, cérvix y colon, están entre los cánceres más frecuentes y agrupan más del 50 % de los casos nuevos diagnosticados cada año.

- **Pulmón:** es la primera causa de enfermedad oncogénica en el hombre y la segunda en la mujer, con una tendencia ascendente, principalmente en el sexo femenino en los últimos años.
- **Colon:** es la segunda causa de muerte por cáncer en todo el mundo, su incidencia aumenta aunque la mortalidad general disminuye. La importancia de este tumor es evidente no solo por su frecuencia, sino por la posibilidad de ser curado, cuando el tumor se encuentra localizado en la pared intestinal.

- **Mama:** es la afección que ocupa el primer lugar entre las neoplasias femeninas, se ha demostrado que una de cada 14 a 16 mujeres podrá presentar cáncer en algún momento de su vida con mayor frecuencia entre los 45 y 65 años de edad. Cada año se reportan 1950 casos nuevos como promedio.
- **Cérvix:** es el más frecuente del aparato genital femenino y ocupa el segundo lugar en frecuencia de cáncer en la mujer. Por los factores que predisponen al mismo, se considera una enfermedad de transmisión sexual. La tasa de mortalidad en Cuba ha ido aumentando de 6,6 en 1998 a 7,2 en 2002.
- **Endometrio:** ha ido aumentando en los últimos años, la mayoría de los casos aparecen entre los 55 y los 65 años de edad, aunque puede presentarse en la perimenopausia.
- **Próstata:** ha aumentado su incidencia en las últimas dos décadas, en nuestro país constituye unas de las primeras causas de muerte por cáncer en varones. Después de los 60 años su incidencia crece rápidamente.
- **Cáncer de boca y piel:** estas localizaciones afectan poco la mortalidad, generalmente aparecen en hombres mayores de 35 años. La afectación a la calidad de vida que produce el tratamiento de los estadios avanzados hace que sean tenidos en cuenta.

### **Componentes básicos en la lucha contra el cáncer.**

- Prevención primaria mediante la promoción y educación para la salud.
- Pesquisaje y diagnóstico precoz.
- Tratamiento efectivo y eficaz de los enfermos.
- Alivio del dolor y otras medidas de asistencia paliativa que permiten mejorar o preservar la calidad de vida de los enfermos.
- Rehabilitación.

El aspecto más importante de la lucha contra el cáncer es la prevención primaria de la enfermedad, o sea evitar la aparición de la misma manteniendo un estilo de vida saludable y no exponiéndose a factores de riesgo, las acciones que se deben hacer para lograrlo fueron ampliamente tratadas en los temas de promoción de salud y prevención de enfermedades.

### **¿Que hacer para pesquisar y diagnosticar el cáncer?**

La **detección** se basa en la concepción de que el cáncer detectado más tempranamente es más curable. La **detección temprana** incluye dos aspectos fundamentales: **la educación para la alerta o sospecha** (tanto a la población general como a los profesionales de la salud) y **el pesquisaje activo**.

✓ **Signos y síntomas alerta o sospecha y/o sugestivos de cáncer.**

**Generales.**

- Exposición a los factores de riesgo específicos para cada uno.
- Antecedentes Patológicos familiares de cáncer: pulmón, colon, mama (por línea materna), cuello uterino, endometrio, próstata.
- Síntomas generales: astenia, anorexia, pérdida de peso

**Específicos.**

▪ **Pulmón:**

- Presencia de síntomas como: Tos, expectoración, dolor torácico y síntomas generales.
- Historia de Tabaquismo activo o pasivo.
- Antecedentes de Oncopatía, en especial localización en Mama en la mujer.
- Tos de larga evolución:
  - ◆ Que persiste más de 3 semanas y cuya etiología hasta ese momento es desconocida.
  - ◆ Que dura más de 8 semanas después de un proceso agudo.
  - ◆ Que cambia en los fumadores.
- Ronquera o disfonía
- Hemoptisis.
- Signos físicos como: Adenopatías supraclaviculares, sibilancias localizadas.

▪ **Colon:**

- Antecedentes Patológicos Personales de: colitis ulcerativa, poliposis y Síndrome hereditario del cáncer.
- Historia dietética de: consumo elevado de proteínas, azúcares refinados y grasas, bajo consumo de fibras vegetal.
- Alteraciones del ritmo intestinal: malestar abdominal, dolor al defecar, heces fecales acintadas, periodos de diarreas que alternan con constipación, síndrome pseudooclusivo en el adulto mayor anemia y enterorragia.
- Masa tumoral palpable que puede ser derecha o izquierda. Signos de anemia.

▪ **Mama:**

- Presencia de síntomas y signos como: secreción mamaria, tumoración sin dolor, cambios en la piel, adenopatías no dolorosas entre otros.
- La presencia de signos como:
  - ◆ Nódulos.
  - ◆ Secreción por el pezón, eczema del pezón.
  - ◆ Cambios en la piel.
  - ◆ Ganglios axilares - supraclaviculares

▪ **Cuello uterino**

- Alteraciones morfológicas del cuello.

- Presencia de sangrado vaginal poco intenso, de color rojo, sin relación menstrual y que se presenta tras el coito o ante el esfuerzo.

▪ **Endometrio:**

- Sangrado postmenopáusico espontáneo, intermitente, escaso y de corta duración.
- Puede presentarse como una hidroleucorrea rosada (como agua de lavado de carne) o leucorrea purulenta fétida (piometra).
- Antecedentes de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad, Hepatopatía, Hiperplasia endometrial.

▪ **Próstata:**

- Síntomas urinarios obstructivos.
- Tacto rectal: nódulo pétreo y bien delimitado o como una zona difusa de aumento de consistencia en toda la glándula

**Pesquisa activa.**

La pesquisa activa se dirigen hacia el cáncer de cérvix, mama, boca y piel.

**Cáncer de boca y piel:**

- Realizar el examen bucal una vez al año a la población de 35 años y más buscando lesiones premalignas.
- Búsqueda de la enfermedad en pacientes de riesgo: personas que usan prótesis, espejuelos y otros aditamentos, alcohólicos, fumadores.

**Cáncer de mama.**

- **Mamografía:** se realiza a mujeres de 50 años y más cada dos o tres años.
- Autoexamen de las mamas mensual (AEM)
- Examen físico de las mamas (EFM), realizado por personal de salud debidamente entrenado una vez al año.

Cuando se realizan sistemáticamente, en el momento adecuado y con calidad, pueden reducir mortalidad por cáncer y son pruebas muy sencillas, poco costosas y muy accesibles.

**Cérvico uterino.**

- **Citológica orgánica** a toda la población femenina de 25 a 59 años de edad que a los 25 años haya tenido al menos una relación sexual una sola vez en su vida.

**¿Qué hacer con los problemas que aparecen durante la terapia anticancerosa?**

El tratamiento del cáncer es multidisciplinario, sin embargo haremos referencias las posibilidades terapéuticas que existen para el tratamiento de la enfermedad una vez que ha parecido, así como nos referiremos también a los problemas y complicaciones, que aparecen producto de los diferentes tipos de terapias que existen para la enfermedad y que consideramos pueden ser enfrentadas por el Equipo Básico de salud en su área o que su conocimiento le permitir realizar el diagnóstico de la complicación para tomar la conducta más adecuada.

### **Posibilidades terapéuticas:**

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Quirúrgica.

**Quimioterapia antineoplásica:** administración, generalmente por vía intravenosa, de fármacos capaces de impedir la proliferación y crecimiento de células malignas, destruyendo el tumor o reduciéndolo progresivamente. Ataca y destruye el tumor sistémicamente en todo el organismo.

### **Efectos indeseables.**

Están relacionados con la falta de selectividad y su toxicidad, puede ser desde un cuadro transitorio y tolerado, hasta un cuadro muy grave caracterizado por procesos sépticos a distintos niveles, sangramientos, pudiendo llegar al coma. Los más comunes Son:

- **Patología general y hematológica:** Anemia, leucopenia, trombocitopenia, alopecia, vómitos, reacciones cutáneas, en la cavidad oral: mucositis con inflamación, ulceración y contaminación por hongos de la mucosa oral, lingual y faríngea. Para evitar estas afectaciones se administran los tratamientos quimioterápicos dejando entre ellos pausas de descanso entre 7 y 10 días. Se aplicará tratamiento sintomático dependiendo de los síntomas y en casos graves cuando así se requiera, el tratamiento se relizará en un centro hospitalario si fuera necesario.
- **Otras manifestaciones más específicas son:** la astenia, el malestar general y depresión (necesitan apoyo psicológico), flebitis y trombosis (Se minimiza con el uso de catéter), la nefrotoxicidad, neurotoxicidad, cardiotoxicidad, esterilidad y azoospermia en el varón, amenorrea en la hembra, efectos teratogénicos.

**Radioterapia:** es el uso de radiaciones ionizantes con fines de tratamiento. Actúa solamente en el lugar que se está tratando, por tanto preserva el funcionamiento normal del resto de los órganos del cuerpo. Se usa para curar la enfermedad o para paliar sus síntomas. Generalmente se usa asociada a otros tratamientos.

### **Efectos indeseables.**

Los síntomas van a depender de los órganos que se incluyan en el volumen de tratamiento y son controlables con tratamiento sintomático.

- **Patología cutánea:** Epitelitis grado I y II, radiodermatitis seca, húmeda o crónica. Ante estas alteraciones se deben evitar fricciones, heridas y sustancias irritantes, así como evitar la exposición solar. Evitar contacto con esparadrapos y otro tipo de cintas adhesivas aplicadas directamente a la piel. Se tratan limpiándolas cuidadosamente con soluciones y aplicando cremas antisépticas, limpiando y retirando el tejido necrosado si existiera.
- **Patología digestiva.** Dependiente de la zona tratada tales como odinofagia y disfagia en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello; cólicos y diarreas, sangramiento, tenesmo rectal, proctitis factina, sangramiento y fístula cuando la zona radiada incluye el abdomen y la pelvis. En estos casos se orientará en cuanto al tipo de alimentos (blandos y sin irritantes) que requieren los pacientes, así como el uso de colutorios y soluciones antisépticas y anestésicos tópicos si fuera necesario.
- **Patología ginecológica:** dependientes de tratamiento radiante en la zona pélvica en el cáncer cervico-uterino, tales como cistitis y proctitis que en ocasiones puede llegar a provocar fístulas. El manejo de estas patologías dependerá de su gravedad y extensión, desde simples duchas y supositorios hasta su corrección quirúrgica.

**Cirugía:** Puede usarse como único tratamiento o combinados con las otras formas de tratamiento. Puede ser curativa, preventiva, diagnóstica y paliativa.

#### **Efectos indeseables.**

Dependen de los cambios anatómicos que provocan en la anatomía del enfermo así como de los defectos funcionales que aparecen y que provocan un gran impacto emocional en el paciente y que son

- **Patología digestiva dependientes de cirugía:** sobre todo se refiere al mantenimiento de sonda de alimentación, fístula faríngea, gastrostomía y colostomía, esto puede producir un proceso de marginación por miedo a tener olores desagradables en presencia de otros. Se debe orientar acerca de la manipulación adecuada de los medios para la adecuada alimentación por sonda nasoesofágica o gastrostomía, enseñar el adecuado manejo e higiene de los dispositivos de colostomía. Cuando los efectos o secuelas son graves, estos casos se trataran en la unidad hospitalaria.
- **Consecuencias psicológicas de la cirugía mutilante:** aparece en pacientes en los que se le realiza excéresis de órganos o miembros, se provocan una alteración de la imagen corporal por la pérdida, presentan síntomas de depresión reactiva y utilizan mecanismos de defensa como la regresión (el paciente requiere de gratificaciones afectivas de equipo de salud, se queja de cosas sin importancia, tiene caprichos), la reacción (rechaza la dependencia de los demás, se torna agresivo con quien le asiste, no está contento con los cuidados que se le presta se hace polémico y

exigente e insiste en demandar informaciones detalladas y sospecha continua de que lo están engañando), la retirada (buscan desesperadamente que le tranquilicen y adquiere una fe ciega en el equipo). Estos enfermos necesitan mucha ayuda ya que tras la cirugía un gran número se considerara curados o cuando menos con una gran supervivencia por lo que hay que ayudarles a que sean capaces de vivir a partir de su nueva situación; también son necesarias la atención protésica y la rehabilitación física.

- **Disfunción sexual:** consecutiva a resección abdominoperineal (cáncer de colon) o la extirpación de la próstata, se le atribuye a daño neurológico sin menospreciar los componentes psicológicos que pueden bloquear el restablecimiento de estas funciones

### **Rechazo a las terapias.**

El Equipo Básico de Salud en ocasiones se enfrenta a un rechazo de los pacientes al tratamiento, lo cual puede hacer pensar en un síndrome depresivo o una reacción agresiva, los motivos pueden ser emocionales o racionales.

En dependencia de cuales sea los motivos del rechazo del tratamiento, en ocasiones habrá que respetar la decisión del enfermo y en otras se intentará, dando las explicaciones pertinentes, modificar el criterio del paciente y en otras es probable que se necesite la ayuda de un psicólogo o un psiquiatra.

### **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- Recordar que la prevención primaria es lo más importante y debe comenzar con la vida.
- No olvides que el cáncer diagnosticado tempranamente es curable y ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas.
- Ten en cuenta que la pesquisa activa puede contribuir al diagnóstico temprano del cáncer y que el mayor riesgo de morir lo tiene aquellas personas que nunca se han realizado los exámenes.

### **ERRORES MÁS FRECUENTES:**

- No realizar la pesquisa activa con enfoque de riesgo.
- No tener en cuenta los signos y síntomas de alerta de cáncer cuando aparecen, que conllevan a diagnóstico tardío de la enfermedad.
- No interiorizar la importancia de la pesquisa así como la veracidad de su realización.

### **ATENCIÓN A LA PERSONA EN ESTADÍO TERMINAL.**

**¿De qué hablamos?**

De la atención sanitaria a domicilio que brinda un equipo multidisciplinario encabezado por el Equipo Básico de Salud a:

- Personas con enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Personas con enfermedades multisintomáticas (síntomas intensos, múltiples y cambiantes), sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Personas con un pronóstico de vida inferior a los 6 meses con Enfermedades Neurológicas, Renales, Cardíacas, Hepáticas, en el paciente Oncológico, SIDA y pacientes Geriátricos.
- Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo asistencial relacionado con la presencia explícita o no de la muerte.

**Cuidados paliativos:** Se define como el cuidado total activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo. Sus objetivos son el control del dolor y de otros síntomas, el apoyo emocional y la preservación de la dignidad y la autonomía del enfermo. El propósito esencial es disminuir el sufrimiento proporcionando la mayor calidad de vida y el máximo bienestar subjetivo posible.

➤ **Pautas para la atención:**

- El enfermo y su familia son la unidad a tratar y deben ser cubiertas las necesidades de ambos por un equipo multidisciplinario integrado por:
  - Equipo Básico de Salud.
  - Psicólogo.
  - Trabajador Social.
  - Familia (Cuidador Primario): Su responsabilidad es insustituible y debe ser capacitada para cumplir el mayor número de acciones independientes.
- El enfrentamiento al paciente terminal es uno de los problemas éticos más importantes y difícil de la práctica médica actual.
- Tener en cuenta que a la persona que va a morir se le presentan conflictos que contribuyen a empeorar el malestar y la angustia.

➤ **Conducta:**

- **Control de síntomas:**

Premisas generales:

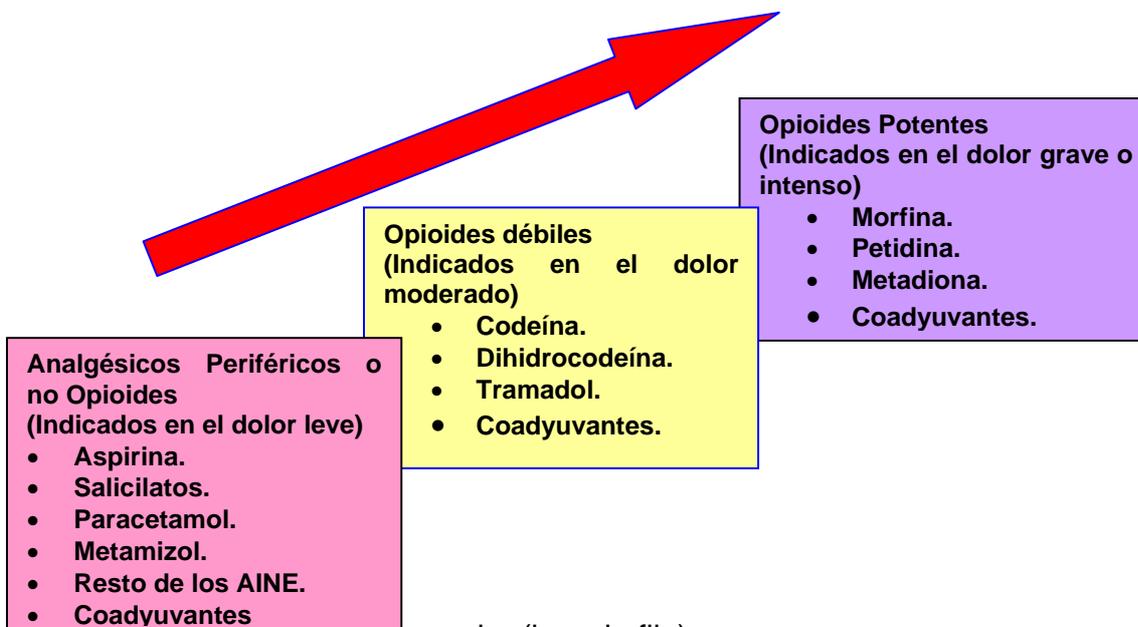
- Tener presente que algunos síntomas pueden ser controlados (Dolor, Disnea), en otros habrá que propiciar en el paciente y su familia la adaptación (Debilidad, Anorexia)
- Adaptación flexible a los objetivos cambiantes del enfermo.
- Trabajo interdisciplinario.

- **Características de los síntomas.**

- Múltiples: Aparecen en corto período de tiempo y en forma de cascada.
- Intensos: Según avanza la enfermedad aumenta la intensidad.
- Multifactoriales: Se relacionan con causas distintas.
- Cambiantes: Aparecen nuevos síntomas cuyo impacto predomina sobre los anteriores.

- **La atención adecuada a los síntomas requiere:**
  - Evaluar antes de tratar: Causa, intensidad, impacto físico y emocional.
  - Explicar la causa a pacientes y familiares.
  - Estrategia terapéutica mixta con medidas no farmacológicas, prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.
  - Monitorización de los síntomas.
  - Atención a los detalles.
- **Principios generales del Tratamiento Farmacológico.**
  - Eficacia terapéutica comprobada: Utilizar fármacos con objetivos concretos.
  - Individualización de los fármacos y sus dosis.
  - Vía de administración de elección: Vía Oral (habitualmente es posible hasta las últimas 24 horas de vida del paciente)
  - Vías alternativas: Sublingual, Rectal, Subcutánea, Transdérmica, evitar las dolorosas o complejas (Intramuscular, Intravenosa, Intratecal)
  - Administración regular ante síntomas persistentes (dolor)
  - Simplicidad en el esquema de tratamiento y el número de fármacos.
  - Prevención de efectos adversos.
  - Evaluar el cumplimiento de las indicaciones
  - Revisar las acciones.
- **Manejo del Dolor:**  
Principios básicos:
  - Se basa en la utilización de una “Escalera Analgésica” de tres peldaños correspondientes a igual número de categorías de Analgésicos.

### ESCALERA ANALGÉSICA



- Administrar de forma regular (horario fijo)
- El dolor continuo requiere terapia regular preventiva.

- La dosis siguiente debe darse antes de que termine el efecto de la anterior, antes que el paciente lo considere necesario.
- Si no se logra alivio, hay que progresar al escalón superior y no usar fármacos alternativos del mismo tipo o grupo.
- Utilizar medicamentos o fármacos puros.
- Utilizar coadyuvantes (son medicamentos que se utilizan en el tratamiento del dolor con la finalidad de suprimir o ayudar al control del mismo o de mejorar los mismos)
  - Antidepresivos: Amitriptilina, Trifluoperazina, otros
  - Anticonvulsivantes: Carbamazepina, Difenhidantoína.
  - Esteroides: Hidrocortisona, Prednisona.
  - Antieméticos: Gravinol, Metoclopramida.
  - Laxantes: Bisacodilo, Laxagar, otros.
  - Antihistamínicos: Difenhidramina, Meclizina.
- Utilizar adecuadamente los Opioides potentes en especial la Morfina para el dolor crónico severo.
  - El tratamiento con Morfina no se abandona aún estando el paciente en situación agónica.
  - Identificar y tratar adecuadamente sus efectos secundarios, incluso de forma preventiva.
    - ◆ Constipación (Laxantes y Enemas)
    - ◆ Náuseas y Vómitos (Antieméticos)
    - ◆ Sudoración (Esteroides)
    - ◆ Sequedad Bucal (Higiene Oral e Hidratación)
  - Tener presente que la tolerancia y la adicción son poco frecuentes cuando los Opioides se utilizan en el momento adecuado durante la atención del paciente terminal incluso cuando su uso repetido exija dosis mayores hasta lograr alivio del dolor.
  - La potencia del analgésico a utilizar la determinará la intensidad del dolor y nunca la supervivencia prevista.
  - Informar adecuadamente a la familia para atenuar los temores o mitos sobre su uso, recordar que no se acelera el proceso de morir, la depresión respiratoria por su uso está demostrado que es poco frecuente.
- **Manejo de la Disnea:**
  - Identificar la causa.
  - Explicar al paciente y familiares todo lo relacionado con el síntoma.
  - Orientar medidas generales que pueden ser:
    - Ventilar la habitación, utilizar adecuadamente las corrientes de aire.
    - Rectificar la posición del paciente en el lecho: Utilizar posición semisentado o sentado.
    - Eliminar ropas ajustadas.
    - Calmar la ansiedad en pacientes y familiares.
    - Acompañar siempre.
    - Utilizar compresas frescas en la cara.
    - Facilitar la ventilación pausada mostrando al paciente cómo utilizar los músculos ventilatorios accesorios.

- Fisioterapia respiratoria.
  - Utilización de todas las técnicas posibles de Medicina Natural Tradicional.
  - Uso de medicamentos como son: Broncodilatadores, Opioides, Esteroides, etc.
  - Uso de oxígeno:
  - Su utilización está limitada en algunos casos de disnea aguda y sobre todo cuando el paciente y familia tenga una dependencia psicológica al mismo.
  - Se debe evitar su utilización de forma rutinaria ya que crean dependencia y ansiedad.
- **Manejo de la alimentación.**
    - Informar al paciente y la familia que la anorexia es uno de los síntomas a atenuar que no se podrá eliminar.
    - Flexibilizar los horarios de alimentación aprovechando cuando el paciente la pida.
    - Ofrecer alimentos en pequeñas cantidades y presentación agradable.
    - Acompañar al paciente siempre que sea posible para estimular a comer y siempre que sea posible lo haga por sí solo.
    - Ofrecer alimentos a temperatura adecuada siempre que sea posible templada o fría.
    - Aliviar el dolor u otro síntoma previo a la alimentación.
    - Cuidar la higiene personal y de la boca curando las posibles lesiones.
    - Evitar transmitir ansiedad por lo poco que se alimenta, recordar que en estos momentos sus necesidades se cubren en pequeñas cantidades.
    - Ofrecer vegetales, frutas y legumbres.
  - **Cuidados del confort:**
    - Higiene corporal.
    - Cuidados de la piel.
    - Higiene bucal.
    - Movilización del paciente.
    - Utilización del tiempo libre y la recreación (lectura, radio, conversación, visitas de familiares, compañía)
  - **Cuidados a la Familia.**

Cuando a la familia se le comunica el diagnóstico de la enfermedad terminal, sufre una impactante alteración psicoemocional y pasa por un periodo de estrés. Los cuidados a los miembros de la familia están relacionados con el alivio de sus temores y la resolución de las situaciones difíciles que se presentan antes de la muerte, incluyen:

- Información clara, concisa y realista.
- Saber que se está haciendo algo por el paciente.
- Contar con la disponibilidad, comprensión y apoyo del equipo de cuidados.
- Tiempo para permanecer con el enfermo.
- Intimidad para el contacto físico y emocional.
- Participar en los cuidados del paciente terminal.
- Comunicar los sentimientos y poder perdonarse íntimamente.

- Compañía y apoyo emocional.
- Expresar las emociones.
- Conservar la esperanza.

- **Claudicación Familiar.**

- Se define como:
- La incapacidad de sus miembros para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente.
- Es uno de los problemas o situaciones, que complican el control de síntomas y generan todo tipo de dificultades en la relación terapéutica con la familia de paciente y entre sus miembros.
- Esta se refleja en la incapacidad de mantener una comunicación positiva con el paciente, entre los miembros sanos y con el equipo de cuidados.
- No todos los miembros del grupo familiar claudican a la vez, pueden responder con un nivel deficiente y ser compensados por otro que se mantiene fuerte y orientado.
- Cuando todos en su conjunto son incapaces de dar una respuesta adecuada, estamos ante una Crisis de Claudicación Familiar.
- Esta puede reducirse a un episodio momentáneo, temporal o definitivo manifestado por el abandono de paciente.

- **Factores desencadenantes de la Claudicación Familiar:**

- Discontinuidad de cuidados.
- Mala relación con el equipo de cuidados.
- Abandono por profesionales con técnicas curativas.
- Malas noticias, información bruta y sin digerir.
- Sobreidentificación o cambios del equipo de cuidados.
- Información contradictoria.
- Mal control de síntomas.
- Enfermedades oportunistas.
- Accidentes.
- Morbimortalidad de los cuidadores.
- Muerte de un miembro de la familia del paciente.
- Encarnizamiento o furor terapéutico: forma de tratamiento que prolonga la vida mediante el uso de tecnologías que no van a mejorar el estado del paciente y que ocasiona largas agonías que van en contra de la dignidad humana.
- Descubrimiento de la “conspiración de silencio”: situación extrema de incomunicación entre el paciente y los familiares donde se mantiene el secreto sobre el diagnóstico y que genera ansiedad e incomoda a todos los que participan en las tareas de cuidado, provocando la instalación de la desconfianza mutua.

- **Prevención de la Crisis de Claudicación Familiar.**

- En relación con el paciente:
  - Información y comunicación franca y honesta con el equipo.
  - Escucha atenta de sus preocupaciones y prioridades.
  - Relación de ayuda eficaz.
  - Seguridad y continuidad de cuidados.
  - Implementación y mantenimiento del rol familiar y social.
  - Ritmo tolerable del deterioro psico - físico y orgánico.
  - Adaptación paulatina a las limitaciones producidas por la enfermedad.
  - Apoyo psico emocional.
  - Participación en la planificación y evaluación de los cuidados.
  - Información pausada y dosificada sobre la evolución y el pronóstico.
  - Espacio y tiempo para la expresión de emociones y sentimientos del duelo anticipado.
  - Seguridad y protección física.
  - Buen control de todos los síntomas objetivos y subjetivos.
  
- En relación con los miembros del grupo familiar:
  - Escucha atenta de sus demandas y sugerencias.
  - Darle tiempo para que asuma la situación.
  - Información puntual, adecuada, honesta, comprensible y continua sobre la evolución.
  - Entrenamiento y participación en las tareas de cuidado.
  - Implicación de mayor número de miembros posibles.
  - Facilitar el descanso en caso de agotamiento del cuidador principal único, ingresando al paciente por tiempo corto.
  - Entrenamiento para las técnicas y el control de síntomas.
  - Información sobre los recursos disponibles en la comunidad.
  - Fijar objetivos plausibles a corto y medio plazo.
  - Vivir y cuidar día a día.
  - Reducir los efectos negativos de la conspiración del silencio, estimulando la comunicación entre los miembros.
  - Soporte y apoyo psicoemocional y grupal.
  - Facilitar la aclaración y resolución de conflictos en el seno familiar.
  - Evitar juicios precipitados sobre la conducta familiar.
  - Detectar patologías en otros miembros de la familia y recomendar las intervenciones de otros profesionales si fuera necesario.
  - Ayudar a la familia a utilizar sus propios recursos en la solución de sus problemas.
  - Corrección, respeto en el trato.
  - Afecto y disponibilidad en la relación.

### **Manejo del paciente geriátrico terminal.**

### **Mitos sobre el Envejecimiento y la Muerte.**

- **MITO 1: LOS ADULTOS MAYORES NO NECESITAN ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA PORQUE YA TODA ATENCIÓN MÉDICA ES INUTIL.**

La persona vive hasta el momento que muere. Por lo tanto, lo importante es apoyar al adulto mayor en el proceso de vivir con una enfermedad terminal.

¿QUÉ REQUIERE LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR AL FINAL DE LA VIDA?

La atención a las personas adultas mayores al final de la vida, requiere un abordaje activo y compasivo que provee confortación y apoyo al individuo que vive con una enfermedad crónica progresiva que es terminal. Esta atención puede incluir apoyo nutricional y de control del dolor, además de apoyo con su cuidado personal y educación para los cuidadores familiares.

- **MITO 2: LOS ADULTOS MAYORES ESTÁN BIEN PREPARADOS PARA LA MUERTE.**

Cada persona enfrenta el final de la vida con experiencias, predisposiciones y emociones distintas. Pocas personas mayores tienen la oportunidad de hablar sobre el proceso de morir y de expresar qué tipo de apoyo les gustaría tener cuando estén cerca de la muerte, dónde y cómo les gustaría morir, etc. Es importante proponer que los adultos mayores y sus hijos adultos conversen sobre la calidad de vida que se quiere tener hasta el final; y el tipo de atención que les gustaría recibir para un buen morir.

- **MITO 3: LOS ADULTOS MAYORES SE MUEREN DE VEJEZ.**

La edad no es una enfermedad terminal. Las personas mayores mueren de alguna enfermedad y las de tipo terminal, por definición, son irreversibles, llevando a la persona a la muerte; sin embargo, el objetivo de la medicina no es solamente curar. El buen médico ante todo, cuida de la salud y el bienestar del paciente.

La relación de la geriatría con la enfermedad terminal y la muerte es notoria, por lo que esta temática resulta obligatoria para el Equipo Básico de Salud ya que son las personas que brindan cuidados durante todo el ciclo evolutivo y en este momento puede prestar ayuda a la familia de forma continua, si decide hacerlo las siguientes medidas le ayudaran:

- Ayudar al anciano a permanecer en círculo familiar. Anímele a que se levante y procúrele actividades suaves.
- Si está acostado gran parte del día evítele el estar aislado en una habitación.
- La compañía grata y tranquila de personal a quien no asusta la muerte es beneficiosa para el enfermo y el cuidador. Evitar ruidos y visitas prolongadas.
- Extremar cuidados de enfermería.

- El enfermo puede estar mas incapacitado, necesitado de cuidados especiales en zonas de presión o el manejo de la incontinencia.
- Si ha perdido el apetito déjelo comer lo que quiera cuando y cuanto quiera, incluso si quiere alguna bebida alcohólica de no estar proscrito.
- Si hay insomnio hágale otra vez la cama y póngalo cómodo. Dele leche caliente u otra bebida que le apetezca, música suave le debe venir bien, siéntese a su lado y háblele en voz baja, si toma hipnótico y barbitúrico entérese de los efectos secundarios.

### **CONSEJOS PRÁCTICOS.**

- El abordaje de estos pacientes solo es posible con un enfoque biosicosocial.
- Prevenir el dolor persistente y aliviar las reagudizaciones mejora la calidad de vida del paciente.
- Valorar el uso de los fármacos coadyuvantes.
- Eliminar de su lenguaje profesional la frase “ya no hay nada más que podamos hacer”

### **ERRORES MAS FRECUENTES.**

- Tratar el dolor crónico con la pauta “ si dolor”.
- No prevenir efectos secundarios.
- La infradosificación de los medicamentos.

## *Capítulo VII*

### *Problemas de salud específicos.*

*“Ellos estudian en la comunidad factores históricos, genéticos, de cualquier tipo que inciden en las enfermedades, incluso los fenómenos de retraso mental o desarrollo psíquico,”*

*Fidel.  
Febrero 20/1992.*



## CAPITULO VII

### **PROBLEMAS ESPECIFICOS.**

#### **RETRASO MENTAL (RM)**

No es una enfermedad, es un estado de discapacidad que se reconoce en el comportamiento de la persona y cuyas causas pueden ser múltiples. Lo caracteriza, un funcionamiento intelectual inferior al de la media, que generalmente coexiste con limitaciones en dos o más áreas de habilidades adaptativas, tales como: comunicación, auto cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, auto dirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.

En Cuba se han estudiado 140 489 personas con Retraso Mental lo que representa 1,25 por cada 100 habitantes de la población. Esto significa que hay una persona con Retraso Mental por cada 80 habitantes para todas las edades.

Las provincias con tasas más elevadas son:

Guantánamo: 1,65 x 100 habitantes.

Santiago de Cuba: 1,65 x 100 habitantes.

Holguín: 1,60 x 100 habitantes.

Pinar del Río: 1,52 x 100 habitantes.

Ciego de Avila: 1,47 x 100 habitantes.

## **Criterios Diagnósticos.**

El diagnóstico se hace independientemente de si hay o no trastornos orgánicos u otros trastornos mentales.

### **Clínico:**

A través de estudios psicométricos y la presencia de los síntomas antes de los 18 años. Capacidad intelectual general muy por debajo del promedio, déficit o deterioro significativo de la capacidad adaptativa.

- La habilidad del cerebro de la persona para aprender, pensar, resolver problemas, y hacer sentido del mundo (esto se llama funcionamiento intelectual). El funcionamiento intelectual (también conocido como el coeficiente de inteligencia, o AIQ@ en inglés) es medido por la prueba de coeficiente de inteligencia.
- Para medir la conducta adaptativa, los profesionales estudian lo que el niño puede hacer en comparación a otros niños de su edad. Ciertas destrezas son importantes para la conducta adaptativa. Estas son:
  - Las destrezas de la vida diaria, tales como vestirse, ir al baño, y comer.
  - Las destrezas para la comunicación, tales como comprender lo que se dice y poder responder.
  - Destrezas sociales con los compañeros, miembros de la familia, adultos, y otras personas.
- Anamnesis.  
Indagar sobre:
  - Antecedentes Patológicos Familiares: Retraso mental, Enfermedades genéticas, condiciones socioeconómicas y culturales de la familia desfavorables, poca atención en cuanto a: alimentación, cuidados, enfermedades y poca estimulación.
  - Antecedentes Patológicos Personales: Antecedentes prenatales, perinatales y desarrollo psicomotor: Prematuridad y recién nacidos de bajo peso, hipoxia perinatal y postnatal, trauma obstétrico, hemorragia intracraneal, hiperbilirrubinemias (enfermedad hemolítica, otras), hipoglucemias, hipernatremia, acidosis, infecciones (meningitis, encefalitis)
- Examen Físico.
  - Buscar los signos según la enfermedad de base.
  - Examen neurológico.

### **¿Cuáles son los Signos del Retraso Mental?**

- Sentarse, gatear, o caminar más tarde que los otros niños.
- Aprender a hablar más tarde, o tener dificultades al hablar.
- Tener dificultades en recordar cosas.
- No comprender cómo pagar por las cosas.
- Tener dificultades en comprender las reglas sociales.
- Tener dificultades en ver las consecuencias de sus acciones.

- Tener dificultades al resolver problemas.
- Tener dificultades al pensar lógicamente.

### **Conducta.**

- Precisar etiología y grado de retraso.
- Las personas con retraso mental requieren ayuda para desarrollar destrezas adaptativas, las cuales son necesarias para vivir, trabajar y desenvolverse en la comunidad. Los profesionales que atienden estos pacientes y las familias pueden trabajar para mejorar estas destrezas, que le servirán para **evolucionar** la efectividad del entrenamiento a que han sido sometidos, teniendo en cuenta, que esta valoración debe ser individualizada y progresiva. Algunas de las destrezas a valorar son:
  - La comunicación con otras personas.
  - Hacer sus necesidades personales (vestirse, bañarse, ir al baño).
  - Vivir en casa (ayudar a poner la mesa, limpiar la casa, o cocinar).
  - Destrezas sociales (modales, conocer las reglas de la conversación, llevarse bien en grupo, jugar un juego).
  - Salud y seguridad.
  - Lectura, escritura, y matemática básica.
  - En tanto crecen, las destrezas que le ayudarán en el lugar de trabajo.
- Establecer estrategias de rehabilitación integral encaminadas a (ver Estimulación temprana)
  - Lograr el mayor validismo posible del paciente.
  - Incorporar a la familia en el proceso.
  - Inserción, educacional, laboral y social del paciente.
- Aspectos principales para el tratamiento integral al paciente con Retraso Mental.
  - Enseñanza dentro de los límites de su capacidad.
  - Corrección de defectos físicos.
  - Prevención y corrección de problemas emocionales. Enseñar el autocuidado y las normas sociales.

### **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- El apoyo de la familia, la comunidad y la inserción social de los enfermos constituyen la base fundamental para mejorar la calidad de vida de estos.
- Una atención pre-perinatal adecuada influyen positivamente en la prevención del retraso mental.

### **ATAXIA HEREDITARIA.**

Las Ataxias Hereditarias son un grupo de enfermedades que se caracterizan por la degeneración de sistemas funcionales de la médula espinal, cerebelo y, a veces los órganos de los sentidos, como la vista y el oído. La Ataxia en general es una pérdida de

la coordinación y el equilibrio en la persona, es una enfermedad hereditaria, genética y degenerativa que en general se transmiten de forma autonómica dominante o de forma autonómica recesiva, aunque hay excepciones, estas dos formas de herencia cubren la mayoría de las Ataxias Hereditarias.

En Cuba existe una forma de Ataxia Hereditaria SCA-2, que tiene en la provincia de Holguín la prevalencia más alta del mundo y que está presente en todas las provincias del país. Esta es autonómica dominante hasta el momento se han detectado 168 familias identificadas con distintas formas de la enfermedad. Existen 7 068 personas con riesgo genético, 757 enfermos en el país y de ellos que viven en Holguín 553 pacientes en 101 familias. Ocurre el llamado fenómeno de anticipación en la SCA- 2 y en cada generación la enfermedad aparece en edades más tempranas. En los últimos 20 años han fallecido 803 pacientes por ataxia. Se estima que nacen anualmente 22 niños portadores de la alteración genética que produce la Ataxia de SCA-2

- **Criterios Diagnósticos.**

El diagnóstico de una Ataxia está basado en una historia médica de la persona: la historia médica se compone de los siguientes pasos médicos:

- Historia familiar.
- Una evaluación neurológica completa del paciente.
- Una muestra de sangre para su correspondiente análisis genético.
- El análisis prenatal (aquellos casos de antecedentes familiares).

Actualmente no es probable diagnosticar una Ataxia Hereditaria antes de aparecer los síntomas.

La Ataxia es un síntoma, por lo que es necesario buscar:

- Torpeza o pérdida de coordinación en un brazo o en ambas piernas.
- Dificultad con el habla.
- Trastornos auditivos y visuales.

- **Pruebas Diagnosticas.**

- Pruebas genéticas.

- **Conducta.**

- Consejo genético familiar.
- Diagnostico prenatal y presintomatica.
- Tratamiento de neurorehabilitación.

### **CONSEJO PRÁCTICO:**

- El médico de familia debe recordar que la ataxia hereditaria existe en Cuba y que el estudio y consejo genético es la única forma efectiva de cortar la cadena.

### **ERROR FRECUENTE:**

- No estudiar pacientes con síntomas de ataxia que no tengan diagnósticos etiológicos.

## **VIOLENCIA.**

La palabra violencia está relacionada con someter, obligar, dominar, maltratar, violentar, forzar. Se puede decir que siempre implica el uso de la fuerza para producir un daño físico o psíquico. La violencia puede adoptar modalidades distintas en dependencia de sus causas y consecuencias. Así como existen también distintas formas y manifestaciones.

Una de las más comunes pero aún así menos conocidas y tratadas es la intrafamiliar, definida como “Toda acción u omisión cometida por uno de los miembros de la familia que menoscaba la vida o integridad física y psicológica o incluso la libertad de movimientos de uno de sus miembros y que causa un daño a su personalidad.”

Una parte importante de las lesiones y muertes ocurridas anualmente son consecuencia de la violencia intrafamiliar. A esto se añade que aunque se conoce la relación entre muchas enfermedades somática y la victimización, sabemos que en la realidad este conocimiento es insuficiente.

## **TIPOS DE VIOLENCIA.**

Las formas en que se manifiesta la violencia intrafamiliar pueden ser en su sentido más amplio:

- ◆ **Violencia física:** Es entendida como toda lesión corporal no accidental por parte de un miembro de la familia que provoque daño físico, lesiones o enfermedades en otro miembro. Es la violencia referida a las peleas y golpes dentro de la familia. Se incluyen bofetadas, patadas y empujones.
- ◆ **Violencia emocional o psicológica:** Se denomina al hostigamiento verbal entre los miembros de la familia a través de insultos, críticas permanentes, descrédito, ridiculización, humillaciones o bien silencios prolongados, indiferencia y rechazo explícito, generalmente asociadas a criterios culturales distorsionados sobre la sexualidad, la imagen de la madre y el reconocimiento como persona, que contiene la intención de aniquilar a quién se le dirige por medio de la burla, el ultraje y la minusvalía.
- ◆ **Violencia Sexual:** Es la imposición de actos de origen sexual por parte de un miembro contra la voluntad de otro. Este tipo de violencia incluye la violación marital o violencia sexual en la pareja.

Se establece otra manifestación de violencia intrafamiliar:

- ◆ **Abandono o negligencia en los cuidados:** Dado por la falta de protección y cuidados físicos de los miembros de la familia que lo requieren, así como la falta de respuestas a las necesidades de contacto afectivo y estimulación cognitiva (en el caso de los niños). Falta de atención, descuido en la alimentación, abrigos, cuidados médicos, etc.

## **VIOLENCIA CONTRA LOS NIÑOS:**

### **Formas de maltrato infantil:**

#### ➤ **Abuso emocional o psicológico:**

Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas desde la evitación hasta el encierro y el confinamiento por cualquier miembro adulto del grupo familiar. Pudiera presentarse de diferentes formas como son: aislar, regañar, aterrorizar, ignorar crear expectativas irreales o exigencias extremas. Se vincula también a la descalificación, el insulto las amenazas de abandono, amenazas de golpe, portazos o tirar objetos al piso, así como silencios prolongados.

#### ➤ **Abuso físico:**

Tirarle objetos, pegarle, empujarlo, halarle el pelo, quemarlo con cigarro o con cualquier objeto como plancha, sartén, etc., que le provoque diversos traumatismos, inflamaciones y hematomas los cuales también dejan huellas en la psiquis de los niños y posteriormente se puede manifestar en agresividad, pasividad o resentimiento.

El abuso físico resultante se refleja en daño psicológico.

#### ➤ **Abuso sexual:**

Este incluye desde la violación los abusos lascivos hasta diferentes actos sin contacto sexual, pero en los que la violencia del adulto está centrado en esta esfera.

#### ➤ **Abandono físico:**

Es aquella situación en que las necesidades básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección, vigilancia y (o) cuidados médicos no son atendidos temporalmente o definitivamente por ningún miembro del grupo en que convive.

#### ➤ **Abandono emocional:**

Falta persistente a las señales de llanto, sonrisa, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción por parte de una figura adulta estable.

#### ➤ **Explotación laboral infanto juvenil:**

Son aquellas situaciones en que los padres o tutores asignan al niño con carácter obligado la realización de trabajos domésticos o no, que: exceda el límite de lo habitual, y que deberían ser realizados por adultos, interfieren de manera clara con la actividad

escolar o son asignados con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar.

## **VIOLENCIA CONTRA LA MUJER:**

### **Formas de violencia contra la mujer:**

#### **➤ Abuso emocional o psicológico:**

Acciones u omisiones destinadas a degradar o a controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de la mujer por medio de la intimidación, amenazas directas o indirectas, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

Incluye agresiones verbales como insultos, gritos, el control de las salidas de la casa, el hacerle creer que es culpable de cualquier problema, descalificar o ridiculizar su opinión, limitaciones de estudiar o trabajar o participar en actividades relacionadas con familiares y amigos, limitar o retener el dinero, o sea, que no sea compartido con iguales posibilidades y nivel de decisión entre ambos cónyuges.

Por omisión, dejar de hablarle silencios prolongados, hacer el que no escucha o no entiende lo que se le dice. En el lenguaje extra verbal, hacer gestos de rechazo, de que no le interesa lo que se le dice, miradas agresivas o gestos de que va a golpearla.

Se pone de manifiesto también a través de los celos: querer saber a dónde va, a quién va a ver, qué ropa se pone para salir o ir al trabajo, si se corta el pelo o lo deja largo, si va suelto o recogido, cuestionarse sobre los compañeros de trabajo, preguntar quién llamó por teléfono, no dejarla participar en actividades sociales, celarse también de los hijos.

Otra forma que se puede observar es, hacerla pensar que está loca, confundida, que no sabe hacer nada, burlarse, reírse de ella. No participar ninguna actividad doméstica.

#### **➤ Abuso físico:**

Es la forma más clara y evidente del maltrato hacia la mujer; estos actos van asociados a empujarla, halarle el pelo, golpearla en el rostro con la mano cerrada o abierta, tirarle objetos, propinarle palizas, causar heridas, lesiones e incluso la muerte.

#### **➤ Abuso sexual:**

##### **• Violencia sexual en la pareja**

Es la imposición (generalmente del hombre), para realizar el acto sexual, tocamientos, caricias, penetración oral, vaginal o anal en contra de la voluntad del otro (generalmente la mujer). Se produce cuando el hombre usa el grado de fuerza necesario para ser coercitivo con su pareja respecto al sexo, y puede ocasionar daño físico y psicológico.

Se ha encontrado que dentro de las formas de abuso sexuales de los hombres hacia sus parejas se puede incluir: el asedio sexual en momentos inoportunos e indeseados, burlarse de la sexualidad de la mujer, criticar su cuerpo o su manera de hacer el amor,

el acusarla de infidelidad sin motivos, el negar o ignorar sus sentimientos y necesidades, criticar sus preferencias sexuales, el abordarla sexualmente sin amor y sin cariño, el no expresar ternura en la relación, exigir sólo su satisfacción sexual, forzarla a tener relaciones sexuales con otros hombres por intereses comerciales, provocarle dolor en la relación sexual, la demanda de tener relaciones sexuales después de haberla golpeado físicamente o haber abusado de ella, la introducción de objetos en el cuerpo de la mujer que le ocasione dolor insistiendo en que es la manera en que él obtiene satisfacción sexual, obligarla a hacer algo en la relación que ella no desea. Otras formas de Violencia Sexual que se describen son:

- **Acoso sexual:**

Cualquier forma que se emplee para imponer una relación sexual que no se desee, tales como en los centros de trabajo, en la relación jefe / subordinado, profesor / alumno.

- **Violación**

## **VIOLENCIA CONTRA LOS ANCIANOS:**

➤ Formas de violencia contra los ancianos.

- El abandono.
- Negligencia en los cuidados como forma fundamental de este fenómeno, dado la situación de dependencia respecto a terceras personas.
- Agresiones físicas.
- Maltrato emocional.

➤ Criterios Diagnósticos:

- Él diagnóstico es clínico. El médico debe tener en cuenta los siguientes elementos que harán sospechar el maltrato:

**En los Niños:**

- ◇ Carencias básicas en higiene y ropa.
- ◇ Malnutrición, falta de cuidados médicos.
- ◇ Ausencia de vacunaciones.
- ◇ Retraso del crecimiento.
- ◇ Sospecha de falta de afecto y/o estimulación.
- ◇ Retraso en el lenguaje por pobre estimulación.
- ◇ Agresividad, apatía, bajo rendimiento y ausentismo escolar.
- ◇ No-escolarización.
- ◇ Rechazo total y deliberado de las obligaciones parentales.
- ◇ Historias de lesiones, accidentes, intoxicaciones y quemaduras.
- ◇ Enfermedades inexplicables que mejoran con ingreso hospitalario (Síndrome de Munchausen)
- ◇ Lesiones en piel, mucosas, área perianal de diferentes etapas de evolución.
- ◇ Enfermedades de transmisión sexual.
- ◇ Intento suicida.

- ◇ Signos conductuales: Aislamiento del contacto social, enojo excesivo, irritabilidad, muestra de comportamiento abusivo hacia otros.

### **En la Mujer.**

- ◇ Lesiones en piel, mucosas, área perianal.
- ◇ Enfermedades de transmisión sexual.
- ◇ Baja autoestima, depresión, aislamiento del contacto social, irritabilidad excesiva.
- ◇ Traumatismo recurrente y sin explicación.
- ◇ Intento suicida

### **Adulto mayor.**

- ◇ Lesiones en piel, mucosas.
- ◇ Ingreso en instituciones sin el consentimiento de este.
- ◇ Higiene deficiente.
- ◇ Ideas suicidas.
- ◇ No permitirle ser activo en las decisiones que se toman en la familia.
- ◇ No permitir libertad económica.
- ◇ Malnutrición.
- ◇ Síntomas generales inespecíficos.
- ◇ Baja autoestima, depresión, aislamiento en el hogar.

### ➤ Anamnesis.

- ◇ Antecedentes Patológicos Familiares: Indagar sobre familias disfuncionales, historias de violencia, marginalidad, baja escolaridad, problemas económicos, familias mono parentales, padres adolescentes, problemas graves de salud mental.
- ◇ Antecedentes Patológicos Personales: Indagar sobre trastornos psicoafectivos, historia previa de maltratos, discapacidad, edades extremas, filiación.
- ◇ Explorar hábitos tóxicos: Drogadicción, Alcoholismo.
- ◇ Esfera psicoafectiva y cognitiva: perdida de autoestima y valores, signos de depresión, ansiedad, sensación de frustración o rechazo, poca identidad propia, participación disocial en los grupos y deficiente relación interpersonal. Uso sobre todo en niños de signos verbales indirectos de abuso (“no me gusta estar con...”, “me gustaría vivir con...”, “Conozco a alguien que...”, “\_\_\_\_\_ me lastima cuando está enojado(a), Ya no me gusta \_\_\_\_\_ más”, “ No me gusta cuando \_\_\_\_\_ fuma, bebe, etc.”)

### ➤ Examen Físico.

- ◇ Lesiones de piel y/o genitales en varios estadios de evolución: tipo de lesión, lugar, buscar fundamentalmente contusiones, quemaduras, mordeduras.
- ◇ Lesiones oculares.
- ◇ Lesiones esqueléticas en cráneo, columna, costillas.

- ◇ Explorar vísceras buscando lesiones.
- ◇ Examen genital y ginecológico.
- ◇ Buscar signos de signos de deshidratación en niños y ancianos.

➤ **Conducta.**

- ✓ Tratamiento sintomático ante una lesión.
- ✓ Solicitar Junta Médica: El equipo básico de salud analizará con otros especialistas como son: psicólogos, psiquiatras, pediatras, geriatras, equipo comunitario de salud mental y otros, en los siguientes casos:
  - Trastornos psiquiátricos, Pacientes con Drogadependencia y otros trastornos que generan disfunciones y conflictos familiares
  - Casos médicos legales.

**CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- Sospeche el maltrato y evalúe a la víctima según corresponda.
- Mantenga la mente abierta y esté dispuesto a creerle a la víctima.
- Anímelo a hablar pero no lo presione.
- Manifiéstele que no está sola y que su problema lo tienen también otras personas.
- Intente que la víctima no tenga sensación de culpa.
- Tenga en cuenta que los maltratos pueden repetirse.
- No juzgue las acciones del supuesto maltratador, es posible que la víctima esté emocionalmente unida a esa persona.
- Hágale saber que puede recibir ayuda especializada y donde encontrarla.

**ERRORES MAS FRECUENTES:**

- Suponer que los maltratos conyugales o dentro de, la pareja no pueden suceder entre sus pacientes.
- Entrevistar a la víctima delante de su pareja u otra persona.
- Dar consejos y opiniones personales a la víctima.
- Olvidar el alto riesgo de maltrato que corre la víctima al tratar de abandonar al agresor.
- Ofrecerse para hablar con el maltratador y cambiar las cosas.

**CONDUCTA SUICIDA.**

Todo acto cometido en perjuicio de quien lo ejecuta con diverso grado de intento letal, incluye el intento suicida y el suicidio consumado.

- **Intento suicida:** Acto deliberado con resultado no fatal que intenta causar o que realmente causa daño o que sin la intervención de otros puede autodañar. Es independiente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención.

- **Suicidio:** Es el acto humano de quitarse la propia vida.
- ✓ Criterios Diagnósticos.
  - ◆ Signos tempranos.
    - Depresión.
    - Frases o expresiones de sentimiento de culpa.
    - Tensión o ansiedad.
    - Nerviosismo y conducta impulsiva.
  - ◆ Signos Críticos.
    - Cambios de conducta repentinos (especialmente de calma después de un periodo de ansiedad).
    - Regalar pertenencias, intentos de “poner en orden asuntos personales”.
    - Amenazas directas o indirectas de cometer suicidios (Ideación suicida).
    - Intentos suicidas.
- ✓ Anamnesis:
  - ◆ Antecedentes Patológicos Familiares: antecedentes de enfermedad psiquiátrica y de conducta suicida, de disfunción familiar y de hábitos tóxicos y drogodependencia, conflictos de pareja.
  - ◆ Antecedentes Patológicos Personales: Presencia de factores psicosociales:
    - Situaciones de soledad y aislamiento afectivo.
    - Fallecimiento de seres queridos.
    - Jubilación, deterioro económico y pérdida de estatus o roles.
    - Carencia de soporte familiar, institucional o social.
    - Impacto sociológico de trastornos somáticos invalidantes.
  - Enfermedad psiquiátrica:
    - Depresión de cualquier causa.
    - Psicosis.
    - Trastornos delirantes.
    - Alcoholismo y otras drogodependencias.
    - Trastornos de la personalidad
  - Enfermedad crónica:
    - Cáncer.
    - Enfermedades Orgánicas Cerebrales.
    - Enfermedad de Parkinson y Alzheimer.
    - Síndromes dolorosos crónicos invalidantes.
    - Enfermedades Oftalmológicas crónicas.
    - Deserción escolar.
    - Embarazo en la adolescencia.
  - Violencia intrafamiliar.
  - ◆ Examen físico (aspectos que no deben de faltar).
    - Validismo (sobre todo en ancianos).
- ✓ Conducta a seguir.

- Tratamiento médico según el método empleado y a las circunstancias, letalidad y la intencionalidad debe ingresarse o no.
- Si se ingresa: Realizar junta médica con el servicio hospitalario especializado en Psiquiatría y seguimiento al alta hospitalaria y evaluación por el equipo de salud mental.
- Si no se ingresa: seguimiento y evaluación por el Equipo de Salud mental en la comunidad.

### **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- ◆ Nunca se debe ignorar una amenaza o intento de suicidio.
- ◆ Reducir el aislamiento social del paciente suicida implicando a la familia y los amigos y otros factores de la comunidad.

### **ERROR FRECUENTE:**

- ◆ No tomar en serio una idea suicida.

### **INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL.**

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA son un conjunto de infecciones que se transmiten fundamentalmente a través de las relaciones sexuales. Algunas de ellas también pueden transmitirse a través del contacto con la sangre o de la madre infectada a su hijo. Son muy comunes en todo el mundo como causa de morbilidad, complicaciones y secuelas, como es el caso de la enfermedad pélvica inflamatoria en la mujer (EPI), estrechez uretral en el hombre, infertilidad en ambos sexos, cáncer cervical y cáncer del pene.

Los síntomas más comunes de las ITS incluyen: secreción uretral, secreción vaginal, úlcera genital, dolor abdominal bajo, aumento de volumen del escroto, bubón inguinal e inflamación de los ojos en el recién nacido. Ellos son causados por una amplia variedad de patógenos virales: (Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus de la Hepatitis B (VHB), Virus del Herpes Simple o Herpes genital (VHS) y Virus del Papiloma Humano (VPH); bacterianos (*Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi*, *Calymmatobacterium granulomatis* y *Gardnerella vaginalis*), Clamidias (*Chlamydia trachomatis*), hongos (*Candida albicans*), protozoos (*Trichomona vaginalis*) y parásitos (*Ptirus pubis*, *Sarcoptes scabiei*)

Tanto la Sífilis como la infección por Clamidia, la Gonorrea y la Trichomoniasis pueden aumentar de dos a nueve veces el riesgo de transmisión del VIH.

Las ITS, tanto aquellas que causan úlceras (Sífilis, herpes genital, Chancro blando,...) como las que no las producen (gonorrea, infecciones por Clamidias, trichomonas,...) aumentan la transmisión del VIH.

El VIH se ha encontrado en los exudados de úlceras genitales de hombres y mujeres. Así mismo, la liberación del virus en las secreciones genitales aumenta con los exudados y las reacciones inflamatorias de lesiones asociadas con ITS, lo que hace que tanto hombres como mujeres con ITS y con VIH sean mucho más infecciosos, es decir, transmitan el virus más fácilmente.

También se ha demostrado que las ITS ulcerativas en personas no infectadas por VIH, aumentan la susceptibilidad de estas para adquirirlo, por ser dichas úlceras, una fácil puerta de entrada para el virus.

### **Factores sociales que influyen sobre la transmisión**

#### **Negarse a adoptar hábitos de relaciones sexuales sin riesgo, como el uso de condones.**

Hay muchas razones por las que las personas no adoptan prácticas sexuales sin riesgo. Entre las más importantes se incluyen:

- ✓ desconocen las prácticas sexuales sin riesgo;
- ✓ no tienen acceso a condones;
- ✓ rechazan los condones;
- ✓ razones culturales

#### **No buscar atención médica para el tratamiento de ITS**

Algunas de las razones por las que las personas no solicitan atención inmediata son:

- ✓ las mujeres con ITS frecuentemente no presentan síntomas,
- ✓ pueden existir otras alternativas para obtener el tratamiento,
- ✓ el estigma que generalmente va asociado a las ITS puede hacer que las personas escondan su afección y soliciten atención sólo cuando los síntomas produzcan mucho malestar.

#### **No completar el tratamiento indicado.**

Creer que la mejoría o desaparición de los síntomas es sinónimo de curación y no tener en cuenta que el tratamiento sólo es eficaz cuando se completan las dosis indicadas.

#### **No declarar a todas las parejas sexuales para que reciban tratamiento**

El estigma y otros factores como el temor de revelar aspectos de la vida privada pueden afectar la disposición del paciente de informar a su pareja y la disposición que tiene la pareja misma para aceptar el tratamiento.

### **Factores biológicos que repercuten en la transmisión**

Además de los factores sociales y de comportamiento, los biológicos, también influyen en el aumento de la transmisión de las ITS.

## **Edad**

La constitución de la mucosa vaginal y del tejido cervical de la mujer joven la hacen muy susceptible a las ITS. El riesgo de las jóvenes aumenta cuando tienen actividad sexual en la pubertad temprana.

## **Sexo**

Las mujeres se contagian de ITS principalmente por contacto vaginal. Es más fácil que un hombre transmita la infección a una mujer que lo contrario, porque las mujeres tienen una mayor superficie expuesta (la vagina) durante la relación sexual con penetración y además un relativo mayor tiempo de exposición a las secreciones de su pareja.

## **Circuncisión**

Los hombres circuncidados se contagian menos de ITS que los no circuncidados.

## **Grupos vulnerables**

- Adolescentes sexualmente activos de ambos sexos
- Mujeres y hombres que tienen varias parejas
- Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)
- Personas sexualmente activas pertenecientes a grupos socialmente disfuncionales
- Hombres y mujeres separados por plazos prolongados de sus familias o compañeros sexuales regulares

## **Formas de Diagnosticar ITS.**

El médico de asistencia puede usar una de dos metodologías para diagnosticar las ITS:

- **Diagnóstico etiológico:** por medio de pruebas de laboratorio para determinar el agente causal; es costoso en cuanto a dinero y demorado en cuanto al tiempo
- **Diagnóstico clínico:** por medio de la experiencia clínica para identificar los síntomas típicos en una ITS específica. Pocas veces se puede distinguir clínicamente una infección de otra; por lo demás, puede presentarse más de una infección simultáneamente.

## **Manejo Sindrómico de los casos**

¿Cuál es la diferencia entre la atención sindrómica y los métodos de diagnóstico etiológico y clínico? ¿Cuáles son sus características principales y qué beneficios ofrece?.

Las principales características del manejo sindrómico de casos son:

- Clasifica los principales agentes causales según los *síndromes* clínicos a que dan lugar;
- Utiliza flujogramas para que el personal de salud pueda identificar las *causas* de un síndrome dado;

- Da tratamiento al paciente para las causas más frecuentes del síndrome;
- Incluye la atención a los contactos, la educación al paciente sobre la forma de reducir los riesgos de infectarse, y la distribución de condones.

### **En la Atención Primaria se recomienda:**

- Flujo Vaginal, Dolor Abdominal Bajo y Secreción Uretral: diagnóstico sindrómico y exudado uretral para tinción de Gram en el caso del Síndrome de Secreción Uretral para tratar de confirmar el diagnóstico de Gonorrea
- Condilomas y Herpes Genital: diagnóstico clínico mediante la identificación de las lesiones típicas
- Sífilis: diagnóstico etiológico mediante estudio serológico, examen de campo oscuro, estudio del líquido cefalo raquídeo y exploración neurológica.
- Infección por VIH: serología de VIH positiva (presencia de anticuerpos anti VIH en Test de ELISA y Western Blot con o sin síntomas clínicos

### **Anamnesis**

- APF: conducta social inadecuada de familiares, disfunciones familiares, poca atención a jóvenes, deficiente educación sexual.
- APP: conducta sexual de riesgo, ITS previa, flujo vaginal, dolor abdominal, aumento de volumen de genitales, molestias al orinar, dolor durante las relaciones sexuales, úlceras en genitales, prurito, erupciones cutáneas, caída del pelo y/o de las cejas, manifestaciones clínicas de hepatitis y de VIH SIDA

### **Examen Físico**

El propósito del examen físico es reconocer la presencia de signos de infecciones de transmisión sexual, que nos ayuden al diagnóstico.

### **En hombres**

- Pídale al paciente que se quite la ropa desde el pecho hasta las rodillas. Aunque a veces resulta más fácil examinar al paciente acostado, también se puede hacer el examen cuando está de pie.
- Palpe la región inguinal para detectar si tiene o no ganglios linfáticos inflamados.
- Palpe el escroto para sentir cada órgano individualmente: testículos- conducto deferente - epidídimo
- Examine el pene por si presenta erupción, verrugas o úlceras, pídale que se retraiga el prepucio y observe: el glande y el meato urinario
- Si no puede ver secreciones obvias en la uretra, pídale que se *exprima el pene para provocar secreción uretral.*
- Examine el ano en busca de secreción, verrugas, ulceración u otro signo.

### En mujeres

- Pida a la paciente que se quite la ropa desde la cintura hacia abajo y que se acueste en la camilla. Cubra con una sábana la zona del cuerpo que no examinará.
- Pídale que doble las rodillas y separe las piernas para examinar la vulva, el ano y el periné en busca de úlceras o verrugas.
- Palpe la región inguinal para detectar si tiene o no ganglios linfáticos inflamados.
- Palpe con cuidado el abdomen en busca de tumoraciones pelvianas y dolor.
- Registre la presencia o ausencia de:  
Verrugas -úlceras- secreción vaginal, su tipo, color y cantidad.
- Examine la vagina y el cérvix, que incluye el examen bimanual e instrumental en busca de signos de cervicitis.

### ➤ Complementarios

- ❑ Estudios serológicos para detectar Sífilis
- ❑ Exudados uretrales con tinción de Gram
- ❑ Determinación de anticuerpos anti-VIH.
- ❑ Antígeno de superficie de hepatitis B, AgHBs.

### ➤ Conducta

- ❑ Indicar, con consentimiento del paciente y previa consejería, estudios de VDRL, AgHBs y VIH a grupos poblacionales definidos como "Grupos de pesquisa"
- ❑ Conocer del cumplimiento de la profilaxis ocular de la Conjuntivitis Neonatal en la atención hospitalaria en sus Recién Nacidos
- ❑ Aplicar correctamente los flujogramas establecidos para el diagnóstico de los Síndromes de Secreción Uretral, Flujo Vaginal y Dolor Abdominal Bajo (DAB)
- ❑ Indicar vacunación contra la hepatitis B a enfermos y contactos.
- Participar en la aplicación del tratamiento completo: **Las 4C** (Control del tratamiento, Consejería, Tratamiento de Contactos Sexuales y Promoción del uso de Condones), con los medicamentos recomendados a todos los casos de ITS (Síndromes de Flujo Vaginal, Síndrome Uretral, Dolor Abdominal bajo, Gonorrea, Sífilis, Condilomas, Herpes Genital)
- Mantener el seguimiento sistemático a los pacientes y sus familias hasta el alta médica y epidemiológica

Realizar **Junta Médica** en los siguientes casos:

- Gestantes con Serología de Sífilis reactiva y los casos en que se sospeche diagnóstico de Condilomas
- Gestantes seropositivas al VIH
- Gestantes seropositivas al AgHbs.
- Recién nacidos hijos de madres con Serología reactiva o con Sífilis y madres que viven con VIH

- Gestantes que después de tratadas sindrónicamente por Flujo Vaginal, no resuelven con el tratamiento normado
- Pacientes que después de recibir tratamiento completo, persisten los síntomas de ITS

### **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- Es indispensable que los adolescentes, sobre todo sexualmente activos, reciban adecuado asesoramiento sobre los comportamientos de riesgo.
- Reflejar en el carnet obstétrico todas las acciones cumplidas o realizadas a las gestantes con Serología reactiva.
- Es preciso aconsejar al paciente que informe a sus parejas sobre su estado y los convoque a solicitar atención medica.
- Dar apoyo permanente a la familia del paciente Seropositivo ya que esta constituye una de las mejores herramientas terapéuticas.

### **ERRORES MAS FRECUENTES:**

- No completar el estudio y tratamiento de todas las parejas sexuales.
- Indicar tratamiento incompleto o con medicamentos no recomendados.
- Indicar exámenes para diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual / VIH-SIDA sin previa consejería.
- No tratar a las parejas sexuales con iguales esquemas terapéuticos que el paciente.

### **TUBERCULOSIS.**

A pesar de que en el mundo desarrollado la tuberculosis está en declive desde el siglo pasado, estamos muy lejos de su erradicación. De hecho, desde la década del 80 se está viviendo un aumento de las notificaciones en todo el mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo y esto se debe en gran parte a que el VIH se ha convertido en el principal factor de riesgo para la progresión de la infección tuberculosa a enfermedad clínica. **Es considerada por la Organización Mundial de la Salud como un problema sanitario de primera magnitud.**

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa de larga duración producida por bacterias del género Mycobacterium, específicamente el Mycobacterium tuberculoso. El bacilo puede permanecer en estado latente, ya que la inmunidad celular que genera no impide su multiplicación y diseminación. La forma pulmonar de la enfermedad representa actualmente el 90% de todas las formas de presentación.

#### ➤ Criterios Diagnósticos.

- Cuadro clínico sugestivo de la enfermedad según forma clínica.
- Cultivo positivo a Mycobacterium TB.
- Baciloscopía positiva.

- Rayos X de Tórax sugestivo de TB.

➤ Anamnesis

- Interrogar sobre contacto con pacientes enfermos de Tuberculosis.
- ◆ Indagar sobre la presencia de factores de riesgo y precisar si el paciente pertenece a alguno de los grupos de riesgo:
  - Desnutridos o Bajo peso.
  - Diabéticos.
  - Inmunodeprimidos.
  - Enfermos y portadores del VIH / SIDA.
  - Ancianos.
  - Exreclusos.
  - Discapacitados.
  - Casos sociales.
  - Enfermos mentales.
  - Grupos poblacionales en régimen de internamiento prolongado:
    - Población en hogares de ancianos.
    - Población en hogares de impedidos físicos.
    - Población penal.
    - Pacientes de Hospitales Psiquiátricos.
- Antecedentes Patológicos Familiares de Tuberculosis.
- Antecedentes Patológicos Personales: Inmunodeficiencia, cuadros respiratorios a repetición, Diabetes Mellitus y antecedentes de haber padecido la enfermedad anteriormente.
- Indagar sobre la presencia síntomas de la enfermedad: Astenia, Anorexia, malestar general, sudoración nocturna, síntomas respiratorios, etc.
- Pesquisar sobre Hábitos tóxicos como: tabaco, Alcoholismo y drogodependencia.

➤ Examen Físico: Completo con énfasis en el aparato respiratorio.

➤ Complementarios.

- Pruebas Hematológicas.
- Baciloscopia.
- Cultivos de secreciones.
- Rayos X de tórax.
- Broncoscopía.

**Conducta.**

- **El elemento básico a tener en cuenta por el Equipo Básico de Salud es la aplicación consecuente del enfoque de riesgo mediante la pesquisa activa de la enfermedad realizando el Espudo a las personas pertenecientes a los grupos de riesgo antes mencionados así como a todo paciente Sintomático Respiratorio de más de 14 días.**

- Educar al paciente y la familia con relación a la transmisión de la enfermedad, la importancia del tratamiento controlado del enfermo así como el estudio de los contactos y la quimioprofilaxis controlada de los mismos.
- Realizar búsqueda activa de la enfermedad en la población estratificada de riesgo.
- Vacunación con BCG en un período no mayor de 45 días del alta hospitalaria de todo Recién Nacido que no haya sido inmunizado por cualquier causa.

#### Medidas de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.

- Realizar la toma de la primera muestra en la consulta y enseñar al paciente a obtener un esputo de calidad:

##### **¿Cómo?**

- La muestra debe ser matutina, sin enjuagarse o lavarse la boca, sin ingerir alimentos ni fumar.
- La persona debe toser para movilizar secreciones bronquiales y estimular una expectoración abundante y profunda sin contenido de saliva.
- Depositar la muestra en frasco estéril de color ámbar.

Realizar tratamiento del paciente observado y controlado:

- Realizar el seguimiento clínico y baciloscópico (BK+) mensualmente hasta el alta.
- Aportar datos para la realización de la Historia Epidemiológica del caso con el objetivo de lograr la fuente de infección, controlar los contactos y evitar casos secundarios.

#### Medidas específicas de vigilancia:

- Realizar estudio de contactos y realizar quimioprofilaxis según sus resultados.
- Estudiar a las personas seropositivas al VIH para descartar la enfermedad e imponer quimioprofilaxis (independientemente del resultado de la tuberculina, siempre que se haya descartado la TB) con Isoniacida durante 1 año. Realizar Prueba de Mantoux cada 6 meses a los tuberculino negativos.
- Mantener la vigilancia activa de los contactos de TB durante dos años.
- Mantener al paciente curado en vigilancia por si aparece alguna recaída de la enfermedad.

#### **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- No restar importancia a la tos crónica, aunque el paciente sea fumador, puede esconder complicaciones.
- Los cambios en la tos o la expectoración del paciente bronquítico crónico deben ser un signo de alarma.
- Un Rayos X de tórax negativo no excluye la posibilidad del diagnóstico.
- No olvidar que las formas extrapulmonares pueden ser muy variadas y los síntomas dependen de la localización: Articulaciones y huesos, Ganglios, Pleura, Aparato Genitourinario, Abdomen, Meninges, Piel.

## **ERRORES MÁS FRECUENTES:**

- No estudiar a todos los contactos de la enfermedad.
- Infravalorar una hemoptisis en un paciente joven, o en un no fumador.
- No garantizar una toma de muestra de esputo adecuada.
- No pensar que existe la Tuberculosis Infantil.

## **LEPRA.**

Es una enfermedad, crónica transmisible producida por el *Micobacterium Leprae*, que afecta fundamentalmente a la piel y los nervios periféricos así como la mucosa de las vías respiratorias superiores y también los ojos entre otras estructuras. Sinónimo Enfermedad de Hansen.

Las manifestaciones tempranas de la lepra se corresponden con las formas indeterminadas. Estos síntomas pueden pasar inadvertidos para el enfermo y este puede darle poca importancia y no buscar atención médica.

Los síntomas clínicos precoces pueden permanecer invariables e incluso pueden regresar, pero también evolucionar hacia otras formas clínicas de la enfermedad, quedando el enfermo con discapacidades, que es el aspecto mas temido por los enfermos y la sociedad. De lo anterior se desprende que es necesario no solo identificar las manifestaciones precoces de la lepra sino también aquellas que hagan sospechar la enfermedad en cualquiera de sus estadios clínicos.

### ➤ **Criterios diagnósticos**

- Clínico: manifestaciones clínicas sugestivas de la enfermedad.
- Epidemiológico: antecedentes de contacto prolongado con persona enferma
- Bacteriológico: la presencia de bacilos ácido alcohol resistente en frotis de linfa según formas clínicas
- Histológico: inflamación neural, presencia de granuloma y demostración de bacilos según formas clínicas.

### ➤ Examen Físico:

¿Que manifestaciones clínicas deben hacer sospechar lepra?

1. Máculas eritematosas, hipocrómicas, pigmentadas, con alteración de la sensibilidad
2. Placas eritemato - papulosas con alteración de la sensibilidad.
3. Anestesia de las manos y/o los pies.
4. Ulceras indoloras de las manos y/o los pies.
5. Obstrucción nasal crónica y el sangramiento nasal espontáneo.
6. Infiltración de los pabellones auriculares.

7. Alopecia de la cola de las cejas.
8. Piel fina y brillante de las manos y/o los pies, con edemas y dolores articulares.
9. Nódulos cutáneos.
10. Pérdida de la sensibilidad de la piel en cualquier zona del cuerpo, sin lesiones cutáneas
11. Nervios dolorosos.
12. Infiltración cutánea generalizada con pérdida del vello corporal.

### ¿Qué buscar al examen clínico dermatológico neurológico?

➤ Buscar lesiones cutáneas como:

Máculas, placas, nódulos e infiltraciones en zonas en que comúnmente se presentan, como la cara, las orejas, región glútea, zonas laterales de las extremidades y la espalda. En todos los casos registrar el número, el color, tamaño, localización, bordes, superficies y sensibilidad de las lesiones, extensión de los infiltrados. Además es necesario registrar las lesiones cutáneas en diagramas con perfiles corporales, para poder comparar la evolución de las lesiones, en las consultas de seguimiento. Buscar además lesiones en mucosa nasal.

Exploración de la sensibilidad superficial térmica, táctil, y dolorosa.

La pérdida de la sensibilidad en la lepra lepromatosa no es una característica típica, pero en estos casos avanzados, suele ser amplia produciendo anestesia bilateral en forma de guante o calcetín.

En la lepra solo se pierde sensibilidad al dolor superficial mientras se conserva al dolor profundo y a la presión.

- Sensibilidad térmica. (Calor y frío).
- Sensibilidad Táctil.
- Hipoalgesias o analgesias.

La exploración de la sensibilidad Térmica, Táctil y Dolorosa se realiza según técnicas habituales. Es de suma importancia además, en estos casos, el examen de los nervios periféricos (**Anexo 7**)

➤ Complementarios

- Biopsia.
- Baciloscopía.
- Prueba de histamina.
- Prueba de la Pilocarpina , para demostrar la ausencia de sudor en las lesiones.
- Hemograma completo
- Prueba deficiencia de la enzima glucosa 6 fosfato deshidrogenasa (G6FD)
- Pruebas de función hepática y renales.

## ➤ **Conducta**

- Realizar quimioprofilaxis a los contactos intra y extra domiciliarios.
- Vigilancia de contactos mediante examen dermatoneurológico durante cinco años una vez al año.
- Vigilancia a la población mediante el examen dermatoneurológico una vez al año durante cinco años a partir del caso índice.
- Brindar orientaciones a los enfermos sobre las prácticas sencillas a realizar con el propósito de prevenir discapacidades:

### **Para las manos**

1. Introducir las manos en agua a temperatura ambiente 5 o 10 minutos. Abrir y cerrar las mano durante 10 minutos varias veces al día (encogiendo y estirando sus dedos)
2. Aplicar aceite o crema, en las manos y friccionalas.
3. Si fuma utilizar boquilla de 8 cm. de largo.
4. Pulir la superficie de las herramientas de trabajo, para evitar traumatismos.
5. Usar guantes largos en la cocina, para evitar quemaduras.
6. Evitar salpicaduras líquidos caliente.
7. Poner mangos de madera a los utensilios de cocina.
8. Revisar sus manos con frecuencia para detectar tempranamente alguna lesión y si aparece, reposar las manos y de inmediato consulte a su medico de familia.

### **Para los pies**

1. Introducir los pies en agua a temperatura ambiente durante 5 o 10 minutos.
2. Friccional los pies con aceite o crema.
3. Presione con el dedo sobre el pie para detectar lesiones.
4. Caminar con calzado cómodos, a pasos cortos y no permanecer mucho tiempo de pie.
5. Revisar sus medias y si hay manchas, consulte a su médico de la familia.
6. Revisar bien sus zapatos diariamente en busca de rugosidades.
7. Revisar sus pies diariamente, con un espejo y presione con los dedos para detectar lesiones, si tiene lesiones repose y consulte a su médico de familia.

### **Para los ojos**

1. Cerrar los ojos fuertemente y contar hasta 5. Repetirlo 10 veces y hacerlo 3 veces por día.
2. Pestañear varias veces al día.
3. Cubrir los ojos de noche para evitar el polvo y la sequedad, con paños o mosquiteros, siempre que los techos suelten polvo.
4. Usar espejuelos oscuros, sombrillas y sombreros, para protegerse del sol.
5. Si tiene picazón ocular, no se rasque, utilice gotas de suero fisiológico, para humedecer las conjuntivas.
6. Observar los ojos diariamente, buscando alteraciones, como enrojecimiento, o siente dolor o alguna lesión consulte de inmediato a su médico de familia.

### **Estados reaccionales:**

- Las reacciones en la lepra son episodios de aumento súbito de la actividad clínica de la enfermedad. Se acepta que son producidas por una alteración en el estado inmunológico del paciente.
- Las reacciones son la causa principal de lesiones nerviosas y discapacidades en la lepra. Por tanto, deben ser diagnosticados precozmente y tratadas de inmediato, comúnmente ocurren durante el período inicial de la enfermedad, algunas veces las reacciones pueden presentarse después de concluido el tratamiento.
- La ocurrencia de reacciones no significa que el tratamiento sea inefectivo, y por tanto, no debe suspenderse durante la reacción.
- Las reacciones forman parte de la evolución natural de la enfermedad y pueden ocurrir frecuentemente, causando lesiones graves en casos sin tratamiento. El tratamiento con multidroga reduce significativamente la frecuencia y gravedad de las reacciones.

Se clasifican en dos grupos:

1. Reacción tipo I (de reversión)
2. Reacción tipo II (Eritema Nudoso Leproso)

#### ➤ Reacción tipo I

Es el tipo más importante de reacción y puede ocurrir tanto en casos de lepra Paucibacilar como Multibacilar

Manifestaciones clínicas:

El paciente puede presentar uno o más de los siguientes signos y síntomas:

- las lesiones de la piel están enrojecidas y edematosas.
- los nervios periféricos están dolorosos y engrosados
- hay señales de lesión nerviosa, pérdida de la sensibilidad y debilidad muscular y parálisis
- fiebre y malestar general
- edema de los pies y las manos
- En los casos moderados y graves pueden aparecer nuevas lesiones en la piel.

El diagnóstico y tratamiento de la reacción reversa constituyen una urgencia, debido al riesgo de lesión permanente en los troncos nerviosos periféricos y de las discapacidades en lepra

#### ➤ Reacción tipo II

Ocurre solamente en los casos Multibacilar.

Manifestaciones clínicas

Sus principales características son:

- nódulos cutáneos, dolorosos y enrojecidos.
- fiebre, dolor articular y malestar general
- en algunas ocasiones, nervios dolorosos y engrosados
- puede presentarse compromiso ocular y compromiso testicular

### **CONSEJOS PRÁCTICOS:**

- Tener muy en cuenta que el elemento principal para el diagnóstico de un caso de lepra es la presencia de síntomas y signos clínicos, independientemente del resultado histológico y la presencia o no de bacilos, por tanto la ausencia de otros elementos positivos no descarta el diagnóstico.
- La confirmación histopatológica, o el antecedente epidemiológico pueden no estar presentes y de estarlo, puede no coincidir la Histopatología o baciloscopía con la forma clínica, en esta última situación se hará la notificación y tratamiento por la clínica.
- Explicar al paciente que es posible que ocurran reacciones, ya que sus signos y síntomas pueden ser erróneamente interpretados como efectos adversos de los medicamentos, llevando al enfermo a pensar que el tratamiento lo está perjudicando.

### **ERRORES MÁS FRECUENTES:**

- No examinar a las lesiones maculares y papulares de la piel.
- No realizar adecuadamente el examen dermato - neurológico.
- No pensar en la enfermedad ante manifestaciones clínicas de la misma

## ***Capítulo VIII***

### ***Acciones de mantenimiento a la salud.***

*“La Salud Pública en este período debe consolidar y superar el nivel alcanzado... debe seguir incrementando... e intensificando las actividades de la medicina preventiva”*

***Fidel.***

***Diciembre 17/1980***

## CAPITULO VIII

### ACCIONES DE MANTENIMIENTO.

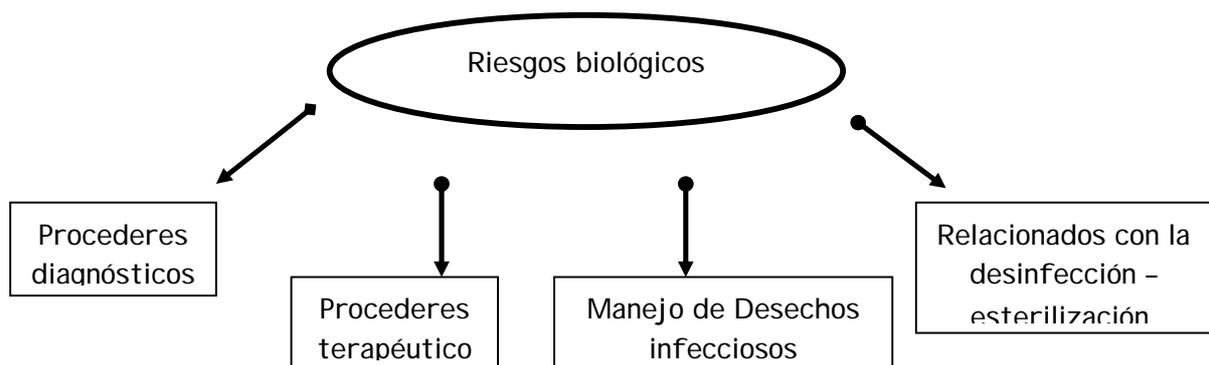
El Mantenimiento de la Salud implica desarrollar acciones que permitan mantener los logros que en la salud se han alcanzado, de ello se deriva: la aplicación consecuente del modelo de acciones preventivas, el cumplimiento de la vigilancia en salud y la ejecución de un grupo de acciones dirigidas a evitar que reemerjan situaciones de salud eliminadas o controladas en nuestro país.

Un aspecto fundamental para mantener la salud de la población en general y trabajadores de nuestro sector son las medidas que se deben tener en cuenta para garantizar la seguridad biológica.

### ¿ QUÉ SE DEBE HACER PARA GARANTIZAR LA BIOSEGUIDAD?

Los profesionales de la salud están expuestos a diferentes riesgos biológicos en diferentes momentos de su actividad. Los cultivos concentrados de patógenos y objetos afilados contaminados (en particular agujas y jeringuillas) son probablemente los desechos que crean la mayoría de los riesgos a la salud humana.

Las medidas de higiene y seguridad permitirán proteger la salud de los pacientes y la de los trabajadores, permitiendo que desarrolle con mayor eficiencia su labor.



## **Medidas de Bioseguridad para personal expuesto a agentes biológicos.**

- Las medidas generales que debe tomar el personal para evitar infectarse han sido denominadas **PRECAUCIONES UNIVERSALES** y establecen:
  - ❑ Lavado con agua y jabón de las manos y cualquier otra superficie después del contacto con sangre o líquidos orgánicos.
  - ❑ Utilización de guantes para tocar sangre; mucosas, piel no intacta, objetos contaminados, realizar venipunturas y otros procedimientos al sistema vascular.
  - ❑ Uso de medios de protección si se generan aerosoles de sangre y otros fluidos corporales.
  - ❑ Utilización de delantales impermeables si se producen salpicaduras de sangre u otras secreciones contaminadas.
  - ❑ El personal con lesiones en la piel o dermatitis exudativas no debe cuidar directamente a pacientes, manipular equipos e instrumentos que puedan estar contaminados con sangre o líquidos corporales de los mismos.
  - ❑ Prevención de lesiones por agujas y otros instrumentos afilados:
    - ✓ No manipular las agujas con las manos. Usar pinzas.
    - ✓ No reencapuchar ni limpiar las agujas después de utilizadas. No retirarlas de las jeringuillas.
    - ✓ Las jeringuillas, agujas, hojas de bisturí, etc. Que van a desecharse se colocarán en recipientes resistentes con soluciones desinfectantes y colocados cerca del área de trabajo.
  - ❑ Indicar a los expuestos a sangre y secreciones, en el chequeo pre empleo el estudio del Antígeno de superficie de la hepatitis B y Anticuerpo contra C.
  - ❑ Indicar vacunación contra la hepatitis B, sino ha sido vacunado.
  - ❑ En estado de gestación extreme las medidas antes señaladas.

## **Consideraciones Generales para el uso de soluciones desinfectantes o descontaminantes.**

- ❑ Las soluciones desinfectantes o descontaminantes en uso NUNCA estarán por más de un turno de trabajo; desechándose al terminar éste.
- ❑ Si se utilizan soluciones acuosas NUNCA se mantendrán más de 8 horas cuando no se hayan utilizado.
- ❑ Si se respetan las especificaciones de preparación y almacenamiento tendrán una vida promedio de 7 días. Las alcohólicas 15 días.

- No se utilizarán antisépticos como desinfectantes.
- No se reutilizarán materiales críticos para uso único, o sea, no se reutilizará el material desechable.
- Cuando se utilizan soluciones antisépticas jabonosas para manos de personal, se aplicará alcohol solo o una solución alcohólica del mismo tipo de antiséptico que se utilizó como jabón.
  - El desinfectante peróxido de hidrogeno y los derivados del cloro son fotosensibles, de modo que su ciclo de duración se acorta a solo 24- 48 horas en caso de no estar en frasco color ámbar o protegidas de la luz solar (papel plomado, negro)
- Todas las soluciones acuosas para uso crítico y semicrítico llevarán esterilización final.
- Todo frasco que contenga soluciones desinfectantes y antisépticas deberá estar bien tapado y rotulado.

**Aspectos a tener en cuenta en el proceso de esterilización:**

**El Equipo Básico de Salud inmediatamente después de concluido el proceder realizará la descontaminación del material con restos de sangre y materia orgánica.**

- En el caso de jeringuillas y agujas: suméjlas en solución desinfectante durante 30 minutos, de forma horizontal en una bandeja plana sin desmontar. Previamente aspire cierta cantidad de desinfectante dentro de la jeringuilla.
  - En nuestro medio suelen utilizarse soluciones cloradas, dentro de ellas con mayor frecuencia el hipoclorito de sodio o calcio a 100 ppm o amonios cuaternarios (cetrimide o cloruro de Benzalconio). Siempre debe tenerse en cuenta el poder de oxidación del cloro aunque se utilicen soluciones buffer para contrarrestar estos efectos (consultar normas).
  - A continuación se procede al fregado con agua y detergente utilizando hisopos y cepillos.
  - Enjuague con agua abundante para arrastrar detergente y residuos, se pasara por agua destilada para retirar restos de agua dura.
  - Proceda al secado del instrumental.
  - Clasificación.
- **Empaquetamiento:**
- Se empaquetará en doble envoltura de papel Kraft, papel grado médico o tejido de algodón.

- Se colocará la fecha de esterilización y las iniciales de la operadora, (nunca con tinta).
- Finalmente se procederá a iniciar el proceso de **esterilización**.

## ¿ QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE?

Estos accidentes pueden ser por derrames o por lesiones (heridas con agujas u otros objetos).

### ➤ POR DERRAMES:

- ✓ Cubra la sustancia derramada con material absorbente.
- ✓ Aplique solución desinfectante de Hipoclorito de Calcio o Sodio al 1 % alrededor del derrame y sobre el material absorbente. Esperar 10 – 20 minutos.
- ✓ Remueva el material absorbente y colocarlo en un cesto destinado al material contaminado.
- ✓ Limpie nuevamente el área contaminada con el desinfectante y luego con detergente y agua en abundancia.
- ✓ Utilice guantes para estos procedimientos.
- ✓ Las salpicaduras de sangre en los ojos o boca deben irrigarse con cantidades abundantes de agua o solución salina lo más rápidamente posible.

### ➤ POR LESIONES:

- ✓ Lave profusamente con agua y jabón.
- ✓ Estimule el sangramiento
- ✓ Aplique una solución del antiséptico indicado. Cure y cubra la lesión.
- ✓ Para continuar trabajando colóquese un dedil o un guante, si es posible doble.
- ✓ Indicar la pesquisa de hepatitis B y C en caso de lesión con objetos punzantes contaminados con sangre y a los tres meses del accidente.

## **MEDIDAS GENERALES DE MANTENIMIENTO PARA ENFERMEDADES YA CONTROLADAS EN EL PAÍS.**

Haremos referencia a diferentes acciones que bien de forma general o específica, contribuyen a mantener controladas o erradicadas enfermedades que en algún momento constituyeron problemas de salud en nuestro país. Las mismas pueden ser enriquecidas por los Equipos Básicos de Salud en el ámbito local según resultados de su Análisis de la Situación de Salud.

- Debe prestársele la mayor atención a la presencia de cualquier evento epidemiológico no habitual, ya que puede ser expresión de una enfermedad nueva o reemergente, con énfasis en los síndromes febriles acompañados o no de rash, sangramientos digestivos, síndromes respiratorios, fallos renales y hepáticos, afecciones neurológicas y otros.
- Realizar interrogatorio a las personas que procedan del exterior y ante la presencia de síntomas que lo hagan sospechosos de cualquier enfermedad, proceder en correspondencia con la sospecha.
- Educar a la población (comunicación sanitaria) sobre:
  - Incentivar la disciplina social.
  - Informar a la población sobre la situación epidemiológica del Consultorio, Área de Salud y Municipio.

## **MEDIDAS DE MANTENIMIENTO PARA LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES:**

La incorporación de diferentes vacunas al Esquema de Inmunizaciones Nacional, el control que en su aplicación se ha mantenido a lo largo de los años y el Nivel Inmunitario que se ha alcanzado en la población general en nuestro país, han permitido que en la actualidad se mantengan controladas entre las que podemos citar: Poliomielititis, Difteria, Tétanos, Tos ferina, Parotiditis, Rubéola, Sarampión.

### **Acciones:**

1. Cuidar la calidad de las vacunas cumpliendo medidas y normas para el proceso de traslado, conservación y aplicación, para ello:
  - Traslade las vacunas en termos, con los 4 paquetes de hielo.
  - La temperatura del refrigerador debe conservarse entre 4 y 8 grados. La temperatura del congelador será de – 10°C.
  - Almacene las vacunas vivas (PRS y OPV) en el congelador. El diluyente de la vacuna PRS debe ser almacenado en la parrilla superior.

- Las vacunas muertas (DPT, DT, TT, Hib, HB y AM-BC) se colocan en las parrillas inferiores.
- No se utilizará la región glútea para la vía Intramuscular en la vacunación.
- Dos vacunas de gérmenes muertos o una vacuna de gérmenes muertos y gérmenes vivos se podrán administrar el mismo día con agujas jeringuillas y sitios diferentes.
- Dos vacunas de gérmenes vivos se administrarán el mismo día o se esperará un mes entre ellas.
- La vacuna antipolio se podrá administrar con cualquier otro tipo de vacuna.
- La ganmaglobulina mas una vacuna de gérmenes muertos se podrá administrar el mismo día.
- La ganmaglobulina más una vacuna de gérmenes vivos no se podrá administrar el mismo día, se esperará entre ella 3 meses.
- Si primeramente se administrara la vacuna, se debe esperar 14 días para aplicar la gamma.

2. Cumplir la vacunación vigente en el país, para ello:

- Garantizar el completamiento del esquema de vacunación en el 100% de su población con las vacunas BCG, HB, DPT, Hib, AM-BC, PRS, DT, AT(Vi), TT y OPV.
- Controlar el estado inmunitario del 100% de la población bajo su atención.
- Ante cualquier paciente con una herida tetanígena<sup>2</sup> valorar su estado inmunitario con TT y decidir si se vacuna o no.
- Garantizar la vacunación específica a grupos de riesgo de Leptospirosis, brucelosis, influenza, hepatitis.
- Control de la vacunación a viajeros a países con alta endemicidad de hepatitis B, fiebre amarilla, viruela (colaboradores en el exterior, becarios extranjeros residentes en nuestro país).

3. Vigilancia y notificación antes de las 48 horas de todos los casos probables de sarampión, rubéola y Parotiditis.

4. Confección de la encuesta epidemiológica para la vigilancia del sarampión, la rubéola y la Parotiditis así como la realización de monosuero al 5<sup>to</sup> día del diagnóstico de estos casos probables de sarampión y rubéola.
5. Indicar suero para los casos probables de Parotiditis: el 1<sup>er</sup> suero se tomará en la fase aguda y el 2<sup>do</sup> 14 días después, en la fase de convalecencia.
6. Aislamiento en el hogar durante 5 días a los casos probables de Sarampión y Rubéola y durante 7 días a los de Parotiditis
7. Anote en la hoja de cargo todo evento adverso a las vacunas.
8. Confeccionará la encuesta epidemiológica para la vigilancia de los eventos adversos a la vacuna.
9. Vigilancia de las parálisis aguda flácida y valoración en Junta Médica con el Neurólogo de acuerdo a la edad.
10. Otras que el Equipo Básico de Salud considere según particularidades de las personas y familias de su comunidad y de su entorno.

## **MEDIDAS DE MANTENIMIENTO PARA ENFERMEDADES OBJETO DE CONTROL SANITARIO INTERNACIONAL.**

### **Acciones:**

Las medidas están dirigidas a la vigilancia y el control e incluyen:

- Brindar toda la información necesaria a las personas que vayan a realizar un viaje internacional a un país considerado de riesgo epidemiológico para Cuba con la finalidad de que pueda proteger su salud y contribuya a evitar la introducción de enfermedades inexistentes en el país.
- Comunicar la importancia que tiene para el viajero, su familia y la comunidad, cumplir las medidas orientadas para la prevención y el control de las enfermedades exóticas.
- Tener identificado a aquellas personas que viajan al extranjero prestando atención a las áreas de riesgo epidemiológico.
- Realizar exámenes después de su llegada, fundamentalmente gota gruesa y VIH.
- Orientar a los viajeros que no podrán ser donantes hasta después de haber cumplido 3 años de su regreso a Cuba, esta prohibición se mantendrá de forma permanente en los casos de Paludismo y los que fueran seropositivos al VIH.
- Efectuar el control de cualquier viajero de riesgo que arribe a su área.
- Realizar vigilancia epidemiológica a los viajeros procedentes de áreas endémicas de enfermedades exóticas de interés para Cuba en correspondencia con el riesgo

siendo las principales: paludismo, dengue y cólera y referir para ingreso hospitalario a aquellos que presenten una sintomatología sospechosa de algunas de estas enfermedades.

- En todo paciente procedente de un área endémica que presente fiebre de etiología no precisada con o sin otras manifestaciones clínicas debe pensarse en esta posibilidad.
- Realizar tratamiento radical antipalúdico presuntivo al 100 % de los cubanos y extranjeros procedentes de áreas endémicas de Paludismo. (Africa o América).
- En caso de Paludismo:
  - Si tuvo la enfermedad el seguimiento durante un año debe incluir: Evolución clínica y Parasitológica semanal a partir del alta hasta los 2 meses (8 semanas) y después a los 3 meses, 6 meses, 9 meses y 1 año.
  - Si no tuvo la enfermedad se hace evolución clínica y parasitológica (Gota Gruesa) a la llegada y a las 8 semanas.

## **MEDIDAS DE MANTENIMIENTO PARA ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR VECTORES:**

### **Acciones:**

- ◆ Mantener un control sostenible de vigilancia sero - epidemiológica y el mantenimiento de índices bajos de infestación por mosquito con énfasis en el *Aedes Aegyptis*.
- ◆ Promover hábitos permanentes en la población para el **saneamiento ambiental intra y extradomiciliario** con **énfasis en el autofocal** que es la destrucción o erradicación de criaderos potenciales en domicilios y sus alrededores desarrollado por las familias.
- ◆ Propiciar el saneamiento para erradicación de vertimientos de agua, vectores y roedores.
- ◆ Propiciar la utilización de métodos de control biológico integrados, haciendo énfasis en los métodos físicos y biológicos, por ser estos económicos, ecológicos y seguros.
- ◆ Estratificación epidemiológica por el Equipo Básico de Salud, de la población que atiende según grado de infestación y condiciones ambientales de riesgo de la enfermedad.
- ◆ Apoyar el tratamiento que se realice en el control de vectores y cooperar con el cumplimiento de las medidas sanitarias dictadas en el área bajo su responsabilidad.
- ◆ **Vigilancia clínica - epidemiológica.**
  - Tener control de personas y viviendas en riesgo.
  - Pesquisa activo de febriles.
  - Diagnóstico temprano clínico y serológico.

- Ingreso en el hogar a todo caso sospechoso o probable.
- A toda persona en la que se sospeche dengue, realizar Monosiero de Inmunoglobulina M Dengue, después del 5to día de fiebre.
- Vigilancia a todo viajero procedente de zona endémica de Dengue, sospechando la enfermedad ante cualquier síndrome febril no precisado.

## **MEDIDAS DE MANTENIMIENTO PARA ENFERMEDADES ZONÓTICAS:**

- Educar a la población en una adecuada manipulación de los animales afectivos y de corral.
- Educar a la población sobre la importancia de acudir inmediatamente al médico ante cualquier tipo de lesión ocasionada por un animal.
- Vigilancia de todas aquellas personas que trabajan o conviven con animales, manipulan productos de origen animal o contacten con alimentos, aguas o suelos contaminados con excreciones de los mismos.
- Fomentar en la población hábitos higiénicos - sanitarios adecuados que deben prevalecer en la relación con los animales de compañía.
- Indicar quimioprofilaxis con doxiciclina 200 mg semanales al personal no vacunado y expuesto de infección.
- Indicar sueros pares a los casos sospechosos.
- Brindar atención médica a toda persona mordida por animales, para garantizar el tratamiento antirrábico a las que sean tributarias del mismo.
- Educar en el riesgo que aún subsiste para la transmisión de la Rabia a través de mordeduras de perros y gatos, así como la gravedad de las lesiones ocasionadas por mangostas y murciélagos, especies con las que deben evitarse todo tipo de contacto.
- Educar a la población en la importancia del cumplimiento de los programas de inmunización para animales domesticos.w

## *Anexos*

- *Glosario.*
- *Herramientas*



## ANEXOS

### **GLOSARIO.**

#### **Adición:**

Conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y psicológicos que indican que una persona tiene un inadecuado control del uso de una sustancia o de los impulsos y que repite a pesar de las consecuencias adversas que el mismo le trae aparejado.

#### **Asertividad:**

Comunicación abierta y sincera, ni sumisa ni agresiva, muy franca sin atropellos a los demás. Lleva a decir lo que se quiere sin herir, aceptando diferentes puntos de vista y siendo afirmativo.

#### **Calidad de vida:**

La posibilidad que deben tener todos los seres humanos de satisfacer necesidades básicas de tipo social, biológico, económico, psicológico, ecológicas, de recursos y accesos, que deben generar percepciones de satisfacción de bienestar personal y colectiva en armonía con la historia, tradiciones y cultura.

#### **Colaboración intersectorial:**

Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr *resultados de salud*, con un liderazgo alterno, de manera más eficaz, eficiente o sostenible, que aquella que el sector salud pueda lograr actuando en solitario.

#### **Comunicación En Salud:**

Es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos. Se desarrolla sobre la base de las inquietudes de los individuos, las necesidades percibidas, las creencias y las prácticas actuales; promueve el diálogo, el intercambio de información y una mayor comprensión entre los protagonistas.

#### **Condiciones de vida:**

Son el entorno cotidiano de las personas. Donde estas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas y el entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo y la familia.

#### **Conducta de riesgo:**

Forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad determinada.

- Deficiencia musculoesquelética: Amputación de miembro.

- Deficiencia visceral: Disminución de la función de un órgano (Hepático, respiratorio o cardíaco)

**Deficiencia:**

Consecuencia inmediata del daño o enfermedad. Es toda pérdida o anomalía de una estructura corporal, función psicológica, fisiológica o anatómica.

Deficiencias sensoriales: Disminución o pérdida de la visión, audición.

**Dependencia:**

Conjunto de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales que indican que el sujeto ha perdido el control sobre el uso de una sustancia y sigue consumiendo a pesar de las consecuencias adversas.

- Dificultad para deambular a causa de una deficiencia musculoesquelética por amputación de un miembro.
- Dificultad para la lectura como consecuencia de una deficiencia o auditiva.

**Discapacidad:**

Es la restricción o ausencia de la capacidad de la persona para realizar una actividad en la forma y margen que se considera normal para un ser humano. Es la consecuencia funcional de una deficiencia:

**Disonancia cognoscitiva:**

Cualquier incompatibilidad entre dos o más actitudes o entre comportamiento y aptitudes.

**Droga:**

Sustancia medicamentosa o no que se utiliza con la intención de actuar sobre el Sistema Nervioso Central, para conseguir un mejor rendimiento intelectual o físico, con ganas de experimentar nuevas sensaciones o con la pretensión de modificar el estado psíquico de quien la toma. Se obtiene autogratificación y se producen efectos dañinos para la persona, la familia, la comunidad y la sociedad en general.

**Drogodependencia:**

Uso repetido y voluntario de drogas, compulsado por la necesidad imperiosa, física o psíquica de continuar usándola, para lo cual se las procura a cualquier precio, afectando sus relaciones sociales e intereses previos al consumo.

**Empoderamiento para la salud:**

Es un proceso social, cultural, psicológico o político, mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de:

- \_ Expresar sus necesidades.
- \_ Plantear sus preocupaciones.
- \_ Diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones.
- \_ Llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.

Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen. Existen dos tipos:

- **Empoderamiento para la Salud Individual:** Se refiere a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal.

- **Empoderamiento para la Salud de la Comunidad:** Supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo este un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud.

#### **Enfoque de riesgo:**

Método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos y que ayuda a determinar prioridades de salud. Es una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios sanitarios, intenta mejorar la atención a aquellos que más lo requieren y permite un enfoque no igualitario: discrimina en favor de quienes tienen mayor necesidad de atención. Consta de varias etapas: Identificar el riesgo, definir las personas o grupos expuestos, determinar la magnitud, distribución del riesgo y sus particularidades (Medición del riesgo), reconocer factores asociados, evaluar la disponibilidad de recursos para enfrentar el problema, plantear las medidas a tomar para abordar la situación.

#### **Entrevista Familiar:**

Es la técnica que se utiliza para la comunicación con el grupo familiar en su conjunto para lograr un objetivo determinado por parte del equipo básico de salud y del grupo básico de trabajo.

#### **Estilos de vida:**

Es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales, no siendo por lo tanto fijos, sino que están sujetos a cambios... No existe un estilo de vida "óptimo" al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida.

#### **Marcador de riesgo:**

Condición que se vincula indirectamente con un efecto o daño a la salud, pero en el cual no existen relaciones evidentes de causalidad y solo se encuentran asociaciones estadísticas mediadas por algún otro factor o condición que sí puede estar relacionado causalmente con ese efecto

#### **Minusvalía:**

Desventaja para un individuo determinado como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que impide su participación en la vida social (educacional, laboral, familia, etc.) con relación a otra persona. Generalmente es causada por factores o barreras sociales, culturales y económicas que impiden que la persona con alguna discapacidad o deficiencia se integre socialmente

#### **Modo de vida:**

Constituyen una categoría sociológica que refleja las formas típicas estables y repetidas de la actividad humana. Está determinado por la formación económico social que se expresa en la forma de actividad, las relaciones entre las personas y la actividad humana a escala social, ya sea productiva, sociopolítica, de consumo, cultural o familiar. No depende de las condiciones del individuo sino de la sociedad. Expresa relaciones entre las condiciones materiales y en la

forma en que los grandes grupos sociales se organizan y se realizan productivamente en esas condiciones. Ejemplo: servicios de salud y su utilización, nivel educacional, tipos de viviendas y condiciones ambientales.

**Prevención Clínica:**

Es la interacción entre el Equipo Básico de Salud y los pacientes con sus familias que favorece la salud, previene el daño o la lesión, comprende distintos procedimientos que van desde el asesoramiento, la detección sistemática y la vacunación hasta la quimioprofilaxis de las personas sintomáticas.

Pueden ser: Temporales o Parciales.

**Trabajo comunitario integrado:**

Tiene como objetivo central fortalecer la defensa de la Revolución en todas las formas en que ella se expresa, consolidando así el proyecto cubano de desarrollo socialista, mediante la cohesión de los esfuerzos de todos para lograr el mejor aprovechamiento de las potencialidades de la comunidad.

## **HERRAMIENTAS PARA EL TRABAJO.**

### **ANEXO 1: LA OBSERVACIÓN CIENTÍFICA.**

La observación como método científico es una percepción atenta, racional, planificada y sistemática, de los fenómenos relacionados con los objetivos de la investigación, en sus condiciones naturales, habituales, es decir, sin provocarlos, con vistas a ofrecer una explicación científica de la naturaleza interna de estos.

#### **Requisitos que distinguen a la observación como método científico de la observación cotidiana.**

1. El Equipo Básico de Salud debe delimitar con claridad los aspectos que serán objeto de observación, ya que resulta imposible observarlo todo.
2. La observación debe caracterizarse por su objetividad, es decir, deben observarse los fenómenos tal y como estos ocurren en la realidad.
3. Planificar y organizar la observación teniendo en cuenta las particularidades del escenario donde se realizará.
4. Se debe distinguir entre la descripción de los fenómenos y la interpretación de su naturaleza interna, ya que un mismo hecho puede tener diferentes interpretaciones de lo cual se derivan las estrategias de intervención.
5. Las interpretaciones de los hechos observados deben tener fundamentaciones sólidas.
6. La observación debe ser sistemática, es decir, no resulta científico interpretar fenómenos que han sido observados en un solo momento, ya que puede haber ocurrido de modo casual.
7. La duración de la observación es otro requisito a tener en cuenta. Una observación realizada en un tiempo muy breve no nos permite explicar adecuadamente el hecho que se estudia, debe ser realizada a través de un proceso de aproximaciones sucesivas.

### **ANEXO 2: Técnicas de Intervención Familiar Educativa.**

#### **1. Entrevista Familiar:**

##### **Objetivos:**

- ◆ Obtener información para la caracterización y evaluación familiar.
- ◆ Identificar potencialidades, riesgos, problemas y daños a la salud familiar.
- ◆ Intervenir y dar seguimiento a problemas identificados.
- ◆ Lograr la interacción entre los integrantes de la familia.

La entrevista familiar puede constituir el primer encuentro con la familia en su conjunto, como sucede cuando:

- Se comienza a trabajar por primera vez en una comunidad.
- Una familia se muda a vivir en el área.
- Sólo se ha interactuado con alguno de sus miembros.

## Principios generales de la Entrevista Familiar

- Puede efectuarse en cualquier momento que sea necesario aún cuando sea una familia bien conocida por el Equipo Básico de Salud.
- Carácter grupal:
  - ◆ Se rige por las técnicas de trabajo grupal.
  - ◆ Requiere la participación de la familia en su conjunto, parte de ella o al menos 2 integrantes de la misma.
  - ◆ No se excluye la participación de ningún miembro de la familia que pueda aportar al proceso de comunicación.
  - ◆ Es importante observar como interactúan entre sí los miembros de la familia durante la entrevista.
- Carácter Circular:
  - ◆ El entrevistador (a) evitará el diálogo directo entre él o ella y cada integrante de la familia, propiciará la comunicación entre ellos.
  - ◆ Cada uno aportará su criterio acerca del problema analizado con vistas a lograr una solución de grupo.
- Carácter de Neutralidad:
  - ◆ El análisis de los problemas de la familia se enfoca en el contexto de la neutralidad de los entrevistadores.
  - ◆ No se toma partido, no se asume explícitamente una posición a favor o en contra de algún integrante de la familia.
  - ◆ Se muestra una posición de respeto de las ideas, creencias, valores, metas, que cada uno manifieste, sin expresar agrado o desagrado por uno en particular.
  - ◆ Debe lograrse que cada integrante de la familia se sienta en igualdad de condición respecto a los demás en su relación con los entrevistadores.
  - ◆ Los entrevistadores deben mostrar alianzas con todos y no con partes del sistema para no generar rechazo por los no implicados.
  - ◆ Supone aceptar a los miembros de la familia independientemente de su forma de ser y actuar.
  - ◆ La no-confrontación directa permite un clima de aceptación y de búsqueda de soluciones en la propia familia.
- Lenguaje.
  - ◆ Los entrevistadores deben expresarse en forma clara y sencilla para facilitar la comunicación, no deben utilizar términos rebuscados ni tampoco vulgares, populares o chabacanos.

## Etapas de la Entrevista Familiar

- 1) Etapa de Planificación Previa:

- ◆ Definición de Objetivos y Roles en el equipo:
- ◆ Determinación del lugar: Debe ser apropiado con privacidad que permita la concertación ya sea en el consultorio o en el propio hogar.
- ◆ La Citación a la Familia: Acordar con la familia la participación en la entrevista siempre que sea posible. Se debe evitar la utilización de intermediarios que predispongan algún miembro de la familia, provocar rechazo y hasta producir la inasistencia a la entrevista.

## 2) Etapa Social

- ◆ Recibimiento, saludo y acomodo de la familia y del equipo en el local destinado para la entrevista.
- ◆ Presentación de los entrevistados y entrevistadores y exposición de los objetivos de la entrevista.
- ◆ Encuadre de tiempo: Se debe comunicar a la familia que la duración de la entrevista es de aproximadamente 45 minutos, esto contribuye a la optimización del tiempo y a la productividad de la sesión.
- ◆ Si la familia es entrevistada por primera vez o hay miembros nuevos, se requiere la presentación de cada integrante, deben enunciarse sus datos generales, la relación de parentesco, explicar su dedicación laboral, escolar o ambas.
- ◆ La familia deberá responder las preguntas relacionadas con su entorno de vida material y socio – económico.

## 3) Etapa de Interacción

- ◆ El entrevistador propiciará la interacción de los miembros a través de preguntas relacionadas con la convivencia familiar; explorará roles, comunicación, afectividad, autoridad, entre otros.
- ◆ En caso de una familia con problemas, cada integrante expresará su percepción respecto a los mismos y dirá la forma de contribuir a su solución.
- ◆ Los entrevistadores deben ser tolerantes y brindar confianza, para que la familia se sienta cómoda al exponer sus problemas.
- ◆ La técnica de la Entrevista Familiar requiere un riguroso cuidado de las preguntas que son formuladas por parte de los entrevistadores. En ningún caso debe sugerir un tipo de respuesta deseada y no entañar un criterio valorativo respecto a cuán positivo, negativo, inaceptable e inmoral sea.
- ◆ Una vez que todos los miembros de la familia expresaron sus criterios se pasa a la Etapa de Cierre de la entrevista

## 4) Etapa de Cierre y Compromiso

- ◆ Es necesario hacer un resumen de los aspectos positivos o las potencialidades de la familia que se pusieron de manifiesto.
- ◆ Se puntualizan los problemas de salud detectados de forma tal que los participantes los concienticen y propongan alternativas de solución.
- ◆ Atenuar las tensiones que puedan haberse creado durante el desarrollo de la entrevista, ningún participante debe sentirse responsable del problema o problemas de la familia.
- ◆ Se establece con ellos el compromiso para próximas sesiones de trabajo.

**Observación en la Entrevista Familiar:** prestar atención a:

- ▶ La disposición a la participación en la entrevista.
- ▶ La actitud que expresa cada uno en la sesión de trabajo.
- ▶ La forma de entrar al local, de conducirse en el transcurso de la entrevista, el tono del saludo y de la despedida.
- ▶ Lugar en el cual se ubica cada integrante del grupo familiar, cercanía o distancia con respecto a los otros. ( Esto brinda información de la afinidad o distanciamiento entre ellos).
- ▶ Lenguaje No Verbal: Expresión gestual que se utiliza paralelo al mensaje expresado en palabras.

Registro de la Entrevista Familiar. Una vez finalizada la entrevista el equipo de salud reflejará en la Historia de Salud Familiar los datos más relevantes de la misma considerados necesarios para la evolución posterior de la familia.

#### **Otras técnicas de intervención familiar**

- **Consejería**
- **Orientación Familiar**
- **Dinámica Familiar**
- **Grupo Comunitario de Orientación Familiar**

**CONSEJERÍA:** Proceso de comunicación mediante el cual la familia solicita del Equipo Básico de Salud una ayuda para la solución de problemas identificados por ellos.

Se caracteriza por:

- El papel directivo que asume el Equipo Básico de Salud
- Parte de las necesidades sentidas de la familia.
- Transmisión de informaciones y sugerencias sobre acciones que deben ser realizadas por la familia para solucionar los problemas consultados.
- Generalmente ocurre en 1 sesión.
- Puede darse con un solo miembro de la familia.

**ORIENTACIÓN FAMILIAR:** Proceso de comunicación mediante el cual el equipo básico de salud ayuda a la familia a identificar sus necesidades en materia de salud y sugiere alternativas de solución.

Se caracteriza por:

- Papel directivo del Equipo Básico de Salud
- El intercambio de información y de ideas con el objetivo de promover cambios de actitudes y conductas en la familia.

- Rol activo de la familia.
- Puede realizarse en 1 o varias sesiones.
- Con uno o varios miembros de la familia.

**DINÁMICA FAMILIAR:** Es una técnica utilizada por el equipo de salud que tiene como fin contribuir a que la familia identifique sus problemas de salud familiar, tome decisiones y encuentre soluciones apropiadas a estos.

Se caracteriza por:

- ◆ Reunión del grupo familiar en torno a un objetivo.
- ◆ Constituye un espacio propicio para la toma de conciencia y el compromiso familiar frente a sus problemas.
- ◆ El coordinador (Equipo Básico de Salud) conduce al grupo, modera la dinámica pero no asume el rol directivo.
- ◆ Exposición, discusión y análisis del problema de salud familiar detectado a través de la evaluación de la familia.
- ◆ Se induce a la búsqueda de soluciones alternativas y funcionales por parte de la propia familia.
- ◆ El rol de la familia es activo

#### **Etapas de la Dinámica Familiar:**

##### 1) Etapa de Socialización:

- ⊗ Similar a la misma etapa en la técnica de la Entrevista Familiar antes descrita.

##### 2) Etapa Inicial:

- ⊗ Deben quedar definidos los objetivos.

##### 3.) Etapa Interactiva:

- ⊗ El coordinador debe estimular la participación de los integrantes de la familia, usar expresiones que inviten a la familia a continuar hablando, propiciar que la dinámica no transcurra de forma lineal, o sea que la comunicación no se mantenga entre él y algún miembro de la familia.
- ⊗ La propia discusión que se genera en torno a los problemas que se presentan va dando paso a las decisiones que la familia va a tomar.
- ⊗ Se involucran los miembros con diferentes actividades para permitir que cada uno contribuya al mejoramiento de las relaciones familiares.

##### 4) Etapa de Cierre:

- ⊗ Se expresan al grupo los elementos positivos que ha tenido la discusión, se planifica el próximo encuentro, si éste fuera necesario.

#### **Sugerencias al Coordinador de la Dinámica Familiar:**

- ▶ Facilitar la construcción de un conocimiento fomentando la participación individual.
- ▶ Ser capaz de ver el conjunto de interacciones que se van dando en la discusión, que es el denominado espacio grupal.

- ▶ Tener siempre en cuenta que en toda dinámica se moviliza tanto lo cognitivo como lo afectivo y lo emocional.
- ▶ No obviar que pueden presentarse manifestaciones negativas ante esto, no asumir posiciones de contradicción, mas bien devolverla al grupo para su análisis.
- ▶ Recordar que como profesional, el coordinador, tiene un conocimiento pero las personas que participan también lo tienen y hay que respetarlos.

**GRUPO COMUNITARIO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR:** Es una técnica de intervención dirigida a grupos homogéneos encaminada a crear un espacio de intercambio y crecimiento a partir de la reflexión y el debate de los aspectos relacionados con la convivencia familiar

- Se caracteriza por tener objetivos previamente establecidos por el Coordinador (Equipo Básico de Salud) del grupo a partir de:
  - La realización de acciones de promoción de salud, encaminadas al afrontamiento adecuado de las tareas de la Etapa del Ciclo Vital Familiar correspondiente a dicho grupo.
  - La identificación de las necesidades de aprendizaje de las familias de su comunidad.

### **ANEXO 3: TÉCNICAS PARA REALIZAR PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

#### **Técnicas para uso individual:**

Son utilizadas en acciones de tipo individual cuando nuestro objetivo está relacionado con cambios de comportamientos en individuos aislados o cuando la situación a tratar requiere de cierta privacidad o el tema es sensible para la persona.

Entre ellas tenemos:

- La entrevista individual.
- El cara a cara.

#### **Entrevista educativa:**

Esta tiene dos aspectos: el planeamiento y la ejecución.

##### Pasos a seguir en el planeamiento o preparación:

- ◆ Precisar los objetivos.
- ◆ Conocer los antecedentes personales y familiares de la persona, así como las causas o antecedentes que generan la entrevista.
- ◆ Lugar y momento donde se realizará la entrevista.
- ◆ Disponer de tiempo necesario.
- ◆ Ordenar los aspectos o problemas que se van a tratar.

- En la ejecución se cuidará de establecer una relación empática, si es necesario hacer una presentación y despertar el interés que es lo mismo que motivación.

La información que deseamos recopilar debe ser planteada de forma directa, pero si hemos logrado una buena comunicación en ocasiones no será necesario formular las preguntas, el entrevistado brindará la información espontáneamente.

Tener presente que en una entrevista se recibe y se ofrece información, por tanto, debemos estar atentos para informar, aclarar conceptos erróneos, orientar sobre procedimientos de todo tipo, incluyendo los jurídicos.

En esta la fuerza radica en la comunicación cara a cara, en el diálogo abierto con todos los matices de los sentimientos y emociones. Propias para consultas, visitas en el hogar, consejerías.

Ejemplo: En un caso de violencia familiar, tema complejo y en el que en ocasiones están involucrados niños (as) y ancianos (as), el enfoque no es solo desde los aspectos de salud, deben intervenir otros elementos como trabajadores sociales, los cuales pueden estar presentes o coordinar la intervención posteriormente.

Como retroalimentación podemos solicitar de las personas que nos hagan un recuento o comentario sobre las cuestiones analizadas.

Es necesario estar atentos a lo que dice el entrevistado, pero también a la forma como lo dice y sus gestos, los cuales pueden suministrar importante información. Esta observación también debe tenerse en cuenta hacia nosotros mismos, a esto se llama conducta extraverbal.

La actitud de complacencia, el tono de voz, la actitud de mostrarnos siempre interesados, no interrumpir al que nos habla, sino saber escuchar, ser tolerantes, respetar ideas y creencias de todo tipo, así como la preferencia sexual, son premisas inviolables para que una entrevista educativa alcance los objetivos propuestos.

## **CARA A CARA:**

Es una técnica de comunicación verbal directa (cara a cara) entre dos o más personas donde una de ellas reclama información y la otra esta en disposición de ofrecerla.

### **Debe tenerse en cuenta que el cara a cara:**

- Es un método de comunicación directa con la persona.
- Permite, como ningún otro método, penetrar en aspectos profundos del individuo, por ejemplo, actitudes, motivaciones, intereses, conflictos y aspiraciones, sentimientos, prejuicios, preocupaciones.
- Es una técnica para obtener y ofrecer información.
- Ambos integrantes se aportan elementos.
- Debe transcurrir de forma abierta y espontánea, aunque como expresamos anteriormente, debe ser planificada.
- Se puede desarrollar en cualquier lugar, por ejemplo: sala del hogar, centro de trabajo, consulta, etcétera.

## **TÉCNICAS GRUPALES:**

Enriquecen el aprendizaje mediante el intercambio de ideas, de experiencias. Fomenta los grupos de autoayuda. Desarrolla el sentido de la solidaridad, cooperación, tolerancia y convivencia. Propias para promover la lactancia materna, rehabilitación de grupos específicos. También se utiliza en las actividades de capacitación.

Entre ellas tenemos:

- Charla educativa.
- Demostraciones.
- Sociodrama.
- Educación de pares o iguales.
- Juego de roles.
- Murales.

### **Charla educativa:**

Excelente técnica, variante de la clase, muy apropiada para actividades grupales, siempre que el facilitador esté suficientemente preparado y motivado para ejecutarla, propia para la capacitación de los activistas de salud, escuelas de padres, grupos seleccionados como adolescentes, embarazadas, manipuladores de alimentos y otros.

Debe prepararse con rigor para obtener resultados positivos.

Hemos dicho que la charla es una variante de la clase y en nuestro medio se manifiesta también en actividades como las audiencias sanitarias y debate de salud. Cuando esta actividad es ejecutada por los activistas de salud de las organizaciones de masa decimos que se trata de audiencias populares de salud.

Cuando seleccionamos la charla como técnica educativa para una actividad grupal debemos precisar en la etapa de preparación:

- Seleccionar el tema acorde con el problema y características del grupo.
- Limitar los puntos a tratar. En una charla no se pueden abordar todos los aspectos de un tema.
- La persona que se encargará de su desarrollo se documentará previamente; la misma no debe ser leída o recitada de memoria. Si es conveniente citar con una guía.
- Siempre que sea posible se prepararán medios de enseñanza.

En el momento del desarrollo el primer requisito es la motivación, despertar el interés, y se mantendrá en todo momento una actitud de complacencia.

- El vocabulario debe ser simple a nivel del grupo, si es necesario emplear términos técnicos debemos explicarlos.
- Provocar la participación activa del grupo mediante preguntas permitiéndoles expresar sus experiencias.
- Estar atentos para reducir o ampliar la información acorde con el nivel de conocimientos demostrado por el grupo.
- El tiempo programado para una charla no debe exceder de los diez minutos incluyendo las preguntas de comprobación. Si el interés despertado es alto se puede prolongar directamente, pues no todos tienen las mismas necesidades de aprendizaje o tiempo

disponible. Dejar abierta la posibilidad de que puedes contactar cuando lo desees con cualquier miembro del grupo, para aclarar dudas.

### **Demostraciones:**

Aunque se presenta en diferentes textos la demostración como una técnica educativa grupal, en ocasiones es utilizada de forma individual. El médico, la enfermera demuestra a la madre de un menor de un año como preparar jugos y compotas utilizando frutas naturales y la forma de conservarlas.

La Demostración se debe hacer con los recursos propios de la familia, ejemplo: si no se dispone de una batidora, las frutas serán mojadas y pasadas por un colador, insistir en la higiene personal y la limpieza del local donde se realizará la demostración.

La Demostración pudiera ser considerada una charla donde se unen la palabra y la acción con un peso fundamental en esta última.

El individuo que ejecuta la demostración al mismo tiempo que explica realiza la actividad que pretende enseñar.

El que funge como aprendiz, tiene la oportunidad de ver y escuchar con sentido crítico, lo que estimula el pensamiento productivo y de ahí al aprendizaje.

En ocasiones y dependiendo del grupo con el cual se trabaja, la demostración puede desarrollarse en forma de cuento, relato o narración.

### **Sociodrama:**

Esta técnica participativa permite en ocasiones la realización personal pues se trata de una actuación simple, espontánea, casi siempre se presentan voluntarios a los que les gusta representar diferentes papeles, como los ven y escuchan en la Televisión y en la Radio.

Del análisis posterior de la situación representada, con la que muchos integrantes del grupo van a sentirse identificados, se plantean los aspectos positivos y negativos del grupo en relación con un problema determinado.

Este tipo de técnica puede ser preparada conjuntamente con el instructor de arte, el cual puede adicionar elementos motivantes como pancartas, teatro guiñol y otros.

Mediante la actuación se plantean temas o problemas de salud desde diferentes puntos de vista. Se favorece la camaradería y el conocimiento entre las personas de la comunidad. Ofrece resultados muy positivos en temas tales como: embarazo en la adolescencia, adicciones, trastornos de conducta y actitudes negativas en la protección del medio ambiente, entre otros.

### **Educación de pares o iguales:**

Es también una técnica de comunicación verbal directa entre dos o más personas donde se reclama información y otra esta en disposición de ofrecerla, porque se ha preparado como promotor de salud, basado en una adecuada experiencia práctica personal, es decir una persona adiestrada actúa sobre su mismo grupo, por ejemplo un diabético, un hipertenso, un joven estudiante, una mujer adiestrada como promotores actúan sobre otros diabéticos, hipertensos, sus compañeros de grupo, otras mujeres, un homosexual preparado como

promotor actúa sobre otro homosexual y se logran mejores resultados al producirse una identificación mejor con sus iguales.

Las habilidades que deben desarrollar los promotores para utilizar la educación de pares o iguales, que les permitan realizar las acciones educativas de manera efectiva son:

- Expresar sus preguntas de tal manera que anime a las personas a hablar.
- Hablar despacio, con claridad y modulando el tono de la voz
- No ser rígido en sus posturas
- Mantener el contacto visual con la persona con la que está hablando o escuchando, saber escuchar y permitir la expresión de los demás
- No imponer sus propias ideas, sino respetar las ideas y valores del otro
- Haber desarrollado habilidades como observador.
- Adaptar su lenguaje al nivel de la persona o grupo, sin entrar en chabacanerías
- No contestar todas las preguntas, solicitará la respuesta del propio individuo.
- Lograr que el o los participantes hablen más que él.
- Reaccionar a lo que las personas le están diciendo, moviendo la cabeza, sonriendo a haciendo cualquier cosa, que demuestre que está escuchando.
- Hacer un resumen o retroalimentación para asegurarse que fue entendido.

#### **Ventajas de la educación de pares o iguales:**

- Es una técnica flexible (se adapta a la personalidad y dificultades de comprensión del entrevistado); por tanto puede ser utilizada en cualquier persona.
- Se logra la cooperación consciente (fundamental en el cambio de actitudes).
- El contacto de pares o iguales permite apreciar la validez, precisión y sinceridad de lo que se dice.

#### **Desventajas:**

- Alto costo, ya que al ser una técnica individual los esfuerzos están dirigidos a una sola persona.
- Requiere dedicarle mucho tiempo.

#### **Juego de roles:**

El juego de roles es un recurso didáctico destinado a presentar y representar un problema concreto. Implementarlo no implica solamente el análisis de la documentación, sino que requiere que los participantes representen diferentes papeles, argumenten desde variados puntos de vista y sean parte activa en la resolución del problema que se plantea.

El juego de roles se refiere tanto a la actuación individual como a la interacción grupal, no sólo para descubrir las distintas posturas, sino para tomar conciencia acerca del problema, buscar soluciones al mismo y reconocer lo que están haciendo los involucrados en él.

Propiciar la metodología del juego de roles, favorecerá no solo el abordaje de un problema desde diferentes ópticas, permitiendo el desarrollo del juicio crítico, la fundamentación para la toma de decisiones sino también la inclusión en la problemática, de todos los sectores sociales que participan directa o indirectamente en ella.

El objetivo del juego es analizar actitudes, reacciones y/o valores de la gente frente a situaciones o hechos concretos.

### **¿Cómo se organiza este recurso?**

- Elección del tema: el mismo debe atender a una necesidad o preocupación del grupo y estar ligado a una realidad próxima.
- Organización grupal para profundizar aspectos que cada uno tenga que representar respecto de la problemática elegida recurriendo a: entrevistas a los actores, recopilación de datos en diferentes fuentes, etc.
- Elaboración de un argumento para la representación.
- Dramatización.

### **Observaciones:**

El coordinador deberá estipular los tiempos de cada momento, tratando de optimizarlos en función de los objetivos propuestos.

### **¿Qué posibilidades nos brinda este recurso?**

- La iniciación al estudio de un tema o problemática.
- Profundizar un aspecto del tema que se está trabajando.
- Cerrar la investigación de un problema.
- Debatir sobre diferentes formas de pensar, defendiendo las ideas de otro por sobre las propias.
- Evaluar el papel o rol que tuvo una persona ante un hecho pasado.

Es una técnica que se utiliza desde las edades tempranas para la formación de una cultura en salud de las nuevas generaciones, fomentando juegos donde los(as) niño(as) asuman responsabilidades de mamá, papá, y otros en temas tales como: lactancia materna, prevención de accidentes y violencia, compartir tareas domésticas.

### **Murales:**

Constituye un espacio informativo impreso. Debe ser atractivo con poco texto y letra legible. El Equipo Básico de Salud debe participar en la confección del mismo, así como las brigadistas y otros activistas de salud. De ser posible se deben emplear materiales naturales y otros recursos que pueda aportar la comunidad

La renovación de los materiales empleados debe ser permanente y acorde con los problemas de más vigencia o importantes a abordar.

Los elementos estéticos no son sinónimos de muchos recursos y demuestran la capacidad creadora de las personas encargadas de esta actividad.

Cuando insistimos en la utilización de los recursos de la propia comunidad, estamos pensando en la capacidad artística, de creación, por ejemplo la casa de cultura, el instructor de arte, el promotor cultural o el obrero de mantenimiento que con recortes o material desechable nos diseña la base o estructura.

## **ANEXO 4: ESCALA GERIATRICA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL (EGEF).**

Instrucciones para la aplicación: defina el ítem por la respuesta del paciente; si este no cooperara, utilice la opinión del cuidador responsable. Ante la duda entre ítem, marque el inferior.

### **I. Continencia**

5. Perfectamente continente.
4. Ha perdido ocasionalmente el control de la micción.
3. Incontinencia urinaria, con limitaciones en su vida cotidiana.
2. Incontinencia urinaria que le impide realizar su vida cotidiana.
1. Doble incontinencia (urinaria y fecal) con pérdida de autonomía.

### **II. Movilidad**

5. Se moviliza sin limitaciones tanto fuera como dentro del hogar.
4. Alguna limitación en la movilidad, en particular con transporte público.
3. Dificultades de movilidad que limitan satisfacer su vida cotidiana.
2. Depende para moverse de la ayuda de otra persona.
1. Se encuentra totalmente confinado a la cama o el sillón.

### **III. Equilibrio**

5. No refiere trastorno del equilibrio.
4. Refiere trastornos del equilibrio, pero no afectan su vida cotidiana.
3. Trastornos del equilibrio, con caídas y limitación de la autonomía.
2. Trastornos del equilibrio lo hacen dependiente de su vida cotidiana.
1. La falta de equilibrio lo mantiene totalmente incapacitado.

### **IV. Visión**

5. Tiene visión normal, aunque para ello use lentes.
4. Refiere dificultad para ver, pero esto no lo limita en su vida cotidiana.
3. Dificultad para ver que limita sus actividades cotidianas.
2. Problemas de la visión, que lo obligan a depender de otra persona.
1. Ciego o totalmente incapacitado por la falta de visión.

### **V. Audición**

5. Tiene audición normal, aunque para ello use prótesis auditiva.
4. Refiere dificultad para oír, pero esto no limita su vida cotidiana.
3. Dificultad para oír, con algunas limitaciones en la comunicación.
2. Severos problemas de audición, que limitan su comunicación.
1. Sordo o aislado por la falta de audición.

### **VI. Uso de medicamentos**

5. No toma medicamentos, no contar suplementos vitamínicos.
4. Usa menos de 3 de forma habitual.
3. Usa de 3 a 5 por más de un mes o indicados por varios médicos.
2. Usa más de 6 medicamentos.
1. Se automedica o no lleva control de los medicamentos que toma.

### **VII. Sueño**

5. No refiere trastornos del sueño.
4. Trastornos ocasionales del sueño, pero no tiene necesidad de somníferos.

3. Debe usar somníferos para lograr el sueño que lo satisfaga.
2. Pese al uso de psicofármacos, mantiene trastornos del sueño.
1. Trastornos severos del sueño que le impiden realizar su vida diaria.

#### VIII. Estado emocional

5. Se mantiene usualmente con buen estado de ánimo.
4. Trastornos emocionales ocasionales que supera sin ayuda.
3. Trastornos emocionales lo obligan al uso de psicofármacos.
2. Mantiene limitación por trastornos emocionales, aun con tratamiento.
1. Los trastornos emocionales lo incapacitan. Intento o idea suicida.

#### IX. Memoria

5. Buena memoria. Niega trastornos de la misma.
4. Refiere problemas de memoria, pero no limitan sus actividades diarias.
3. Trastornos evidentes de memoria, que limitan actividades de su vida.
2. Trastornos de memoria lo hace dependiente parte del tiempo.
1. La pérdida de memoria lo mantiene totalmente incapaz y dependiente.

#### X. Situación familiar

5. Cuenta con el apoyo familiar que demandan sus necesidades.
4. Existe apoyo familiar, pero tiene limitaciones en alguna ocasión.
3. El apoyo familiar está restringido a situaciones de crisis.
2. El apoyo familiar es escaso e inseguro, incluso en crisis.
1. Ausencia o abandono familiar total.

#### XI. Situación social

5. Buena relación social. Apoyo total por vecinos y/o amigos.
4. Buena relación social. Tiene apoyo limitado de vecinos o amigos.
3. Relación social limitada. Apoyo se limita a crisis.
2. Relación social limitada. Ausencia de apoyo de vecinos y/o amigos.
1. Ausencia de relaciones sociales y de apoyo por vecinos o amigos.

#### XII. Situación económica

5. Niega problemas económicos.
4. Sus ingresos cubren sus necesidades básicas, pero no otras.
3. Tiene ocasionalmente dificultad para cubrir necesidades básicas.
2. Tiene habitualmente dificultad para cubrir necesidades básicas.
1. Depende económicamente de la asistencia social.

#### Estado funcional global

1. Es independiente, activo y está satisfecho con la vida que lleva.
4. Independiente, alguna limitación funcional para sentirse satisfecho.
3. Tiene limitaciones en su vida diaria, lo que exige la ayuda de otros.
2. Depende en su vida diaria de los cuidados de otra persona.
1. Está totalmente incapacitado, exige cuidados constantes.

## ANEXO 5 METODOLOGÍA PARA LA ESTRATIFICACIÓN.

### Definición de estratos

Para definir los estratos del estudio se tuvo en cuenta el tamaño poblacional de los municipios del país.

**Estrato A:** 100 000 habitantes y más ( $\geq 100\ 000$  hab)

**Estrato B:** Entre 50 000 y 100 000 habitantes ( $50\ 000 < 100\ 000$  hab)

**Estrato C:** Entre 20 000 y 50 000 habitantes ( $\geq 20\ 000 < 50\ 000$  hab)

**Estrato D:** Menos de 20 000 habitantes ( $< 20\ 000$  hab)

Los datos utilizados para esta investigación son: población general por municipios y por grupo de edad decenales y las defunciones totales por causas de muerte para cada municipio ambos para los trienios estudiados.

Los indicadores utilizados para la estratificación fueron:

#### De morbilidad:

1. Tasa de prevalencia de enfermedades seleccionadas por municipios en el año 2002.
2. Estratificación de la incidencia de los tumores malignos (tipos seleccionados). Período 1997- 1999.

#### De mortalidad

1. Tasas brutas de mortalidad por trienios 1993/1995 y 2000/2002
2. Porcentaje de cambio relativo
3. Razón Estandarizada de Mortalidad (REM)
4. Magnitud del aporte municipal a cada causa

1. Las tasas brutas expresan el riesgo de morir para cada enfermedad seleccionada en cada municipio, pero por si solas no permiten un análisis integral de este evento seleccionado.

2. Con el porcentaje de cambio relativo se pudo analizar la tendencia que ha tenido el evento en cada municipio y se obtuvo de la siguiente manera:

- a) Cálculo de las tasas trienales de los trienios extremos del estudio:

Trienio inicial ----- 1993-----1994-----1995

Trienio final ----- 2000----- 2001-----2002

(Se utilizaron las tasas crudas para este análisis)

- b) Obtener el por ciento de cambio relativo por esta fórmula:

$$\frac{\text{Trienio final} - \text{trienio inicial}}{\text{Trienio inicial}} \times 100$$

3. La Razón Estandarizada de Mortalidad permitirá comparar dos momentos de la evolución del fenómeno en los municipios con el patrón de mortalidad del país y se calculará de la siguiente manera:

- a) Se utilizaron las tasas específicas de mortalidad por cada causa seleccionada correspondientes al 2002 de Cuba (Patrón de mortalidad).
- b) Se utilizaron las poblaciones municipales de los trienios seleccionados (1993 al 1995 y del 2000 al 2002), por grupos de edades.
- c) Se obtuvieron las defunciones esperadas para ambos trienios de cada municipio.
- d) Se calculó el valor de la REM (cociente entre defunciones observadas y defunciones esperadas), para cada causa y cada municipio y para los dos trienios

4.- La magnitud del aporte municipal refleja qué porcentaje de los fallecidos aporta cada municipio al conjunto del país. Este debería representar una magnitud similar al porcentaje que representa su población, pero como el comportamiento del evento está mediado por múltiples factores, tales como demográficos (sobre todo ligados al envejecimiento y urbanización), epidemiológicos, socioeconómicos entre otros, el comportamiento es distinto en cada caso. Se tomó para el cálculo el trienio 2000/ 2002. Se obtuvo de la siguiente manera:

$$\text{Aporte municipal} = \frac{\text{\# absoluto de media de defunciones del último trienio}}{\text{\# absoluto de media de defunciones del país en el último trienio}}$$

### **Criterios de clasificación del riesgo según estratos**

#### **Morbilidad:**

Teniendo en cuenta los indicadores estudiados para la morbilidad se definieron tres tipos de riesgos para la prevalencia según registro de dispensarización y acorde a la evidencia de una adecuada detección de enfermos según estudios documentados: **Alto:** adecuada detección de enfermos

**Moderado:** Insuficiente detección

**Bajo:** pobre detección de enfermos

Teniendo en cuenta la incidencia de tumores malignos (Registro Nacional de Cáncer), se clasificaron por intervalos según la distribución en percentiles de las tasas ajustadas según localización:

Grupos:

1: menor de 25 %

2: Del 25% y menos del 50 %

3: Del 50% y menos del 75 %

4: Del 75 % y más

| Grupo | TOTAL<br>tasa ajustada | COLON<br>tasa<br>ajustada | PULMON<br>tasa ajustada | PROSTATA<br>tasa ajustada | MAMA<br>tasa ajustada | CUELLO<br>UTERO<br>tasa ajustada |
|-------|------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1     | - 144.39               | - 7.89                    | -22.93                  | - 21.00                   | -18.66                | -10.95                           |

|   |               |            |             |             |             |             |
|---|---------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 2 | 144.4-170.17  | 7.90-9.86  | 22.94-27.39 | 21.01-27.27 | 18.67-24.54 | 10.95-16.75 |
| 3 | 170.18-195.91 | 9.87-13.63 | 27.40-32.05 | 27.28-34.67 | 24.55-33.46 | 16.76-23.15 |
| 4 | 195.92 y +    | 13.64 y +  | 32.06 y +   | 34.68 y +   | 33.47 y +   | 23.16 y +   |

### **Mortalidad:**

Teniendo en cuenta los indicadores estudiados para la mortalidad se definieron tres tipos de riesgos:

**Riesgo Tipo I:** Incremento en el porcentaje de cambio relativo y la REM por encima de 100%.

**Riesgo Tipo II:** Incremento en el porcentaje de cambio relativo o la REM por encima de 100%.

**Riesgo Tipo III:** No tener riesgo Tipo I ni II.

Se calculan los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por Tumor de Pulmón teniendo en cuenta el aporte de esta causa a la mortalidad prematura del municipio. Para ello se clasificaron los riesgos como sigue según estratos:

**Muy Alto:** 4 - 7.1

**Alto:** 3 - 3.99

**Moderado:** 1.96 - 2.99

**Bajo:** 0.50 - 1.95

## **ANEXO 6: TÉCNICAS Y MÉTODOS PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA:**

### **Técnica de Autocontrol:**

Se basa en la existencia de una estrecha relación entre el comportamiento de un individuo y sus circunstancias ambientales.

Mediante las técnicas de autocontrol se tratan de reducir determinadas conductas, sobre todo los comportamientos adictivos en su aplicación para el control del tabaquismo, se trata de reducir o eliminar la conducta de fumar y sustituirla por otras: hacer ejercicios, caminar, pasear, prácticas deportivas y otras.

Las técnicas de autocontrol se apoyan o utilizan elementos simbólicos que le sirven de mediadores temporales entre el comportamiento y sus consecuencias, tratando de que el sujeto vivencie de manera inmediata algún tipo de consecuencia positiva o placentera.

### **Técnica del Control del estímulo:**

Parte esencialmente de las evidencias acumuladas en el sentido de que una respuesta (fumar) está controlada o influida por la presencia de señales que de cualquier manera se han asociado con ella (tomar café, después de la comida, al levantarse, cuando se ingieren bebidas alcohólicas).

La estrategia en estos casos consiste en mostrarle a la persona cómo debe limitar el fumar a situaciones y horarios específicos hasta el abandono.

Controlar el estímulo significa que los estímulos (convertidos en señales) asociados con determinadas respuestas (fumar) o conductas no deseadas, deben ser reducidos lo más posible.

### **Técnica del Autoreforzo:**

La aplicación de este método consiste en que el sujeto se ofrece a sí mismo un premio o recompensa ante el mantenimiento del comportamiento deseado (no fumar durante un tiempo determinado)

La recompensa o premio puede ser material o en el plano cognitivo, se trata de que cada sujeto a partir de la toma de la conciencia de su situación, genere ideas e iniciativas para enfrentar su adicción.

### **ANEXO 7: TÉCNICA PARA LA EXPLORACIÓN DE LOS NERVIOS PERIFERICOS EN EL EXAMEN DERMATO-NEUROLÓGICO.**

- Solo un nervio engrosado, llega a ser palpable.
  - Deben compararse los nervios de ambas partes del cuerpo.
1. Auricular Mayor. Al flexionar el cuello hacia el lado y hacia atrás en ambas direcciones, se hace visible y palpable como una cuerda dura, interrumpida, si está engrosada a través del esternocleidomastoideo.
  2. Cubital: Se flexiona el codo cercano a 90 grados, y se sostiene el antebrazo del paciente y con la mano del observador contraria al lado del paciente, y se palpa en la parte interna del codo entre las prominencias óseas de la epitróclea por delante y del olécranon por detrás.
  3. Radial Profundo: Se pide completa relajación del brazo y del hombro y se coloca el antebrazo en flexión de 90°, sobre el abdomen; se identifica al cruzar el humero en su parte externa y por detrás de la inserción del deltoides. De aquí se procura seguirlo distal y próximamente.
  4. Rama cutánea de Nervio Radial: En el borde lateral de radio cerca de la articulación de la muñeca
  5. Mediano. El brazo se coloca en completa relajación con el codo en flexión aproximada de 90 grados, y el antebrazo en posición neutra de prono supinación. El observador sostiene el antebrazo y con la mano del mismo lado que explora en el paciente identifica los tendones del palmar mayor y del palmar menor y entre ellos, el mediano se palpa en profundidad.
  6. Tibial Anterior: Cuando emerge desde el Retinaculum del flexor lateral al tendón del extensor hallucis Longus
  7. Retromalolear interna : Es localizable por detrás e inferior del maleolo medio
  8. Poplíteo lateral: Alrededor de la rodilla se busca el nervio en la fosa poplíteo, inmediatamente por dentro del tendón del bíceps femoral y el lugar donde se cruza alrededor del cuello del peroné.

9. Supra orbitario: Se palpa haciendo correr el dedo índice a través del frontal, desde el centro a los laterales.

## **ANEXO 8: TÉCNICAS PARA LA PREPARACIÓN DE VACUNAS.**

- ◆ Antes de vacunar, se debe explicar al paciente las precauciones y contraindicaciones de cada vacuna.
- ◆ Sacar el vial de la nevera 5-10 minutos antes para que se atempere.
- ◆ Comprobar antes de administrar si es la vacuna que corresponde a la descripción, dosis indicada, vía de administración, buen estado, perfectos indicadores de termo estabilidad, y la fecha de caducidad.
- ◆ Retirar la cubierta metálica y limpiar el tapón con algodón antiséptico.
- ◆ Si la presentación es liofilizada, introducir el disolvente mediante aguja y jeringuilla en el vial con el principio activo.
- ◆ Agitar suavemente la vacuna para garantizar su disolución (lograr una mezcla homogénea de todos sus componentes)
- ◆ Extraer la dosis correspondiente. En ningún caso se guardará el vial con la aguja puesta en la nevera, para extraer la próxima dosis, ya que puede contaminarse la vacuna. Una vez utilizado el vial, si es multidosis se guardará en la nevera, procurando proteger el tapón y rotulándolo con fecha, hora a partir de la primera punción y nombre de la persona que utilizó el mismo. Es recomendable que este tipo de envase se consuma completamente en la misma sesión vacunal.

### **Modo de inyección.**

- ◆ Elegir el lugar donde se va a realizar la inyección. Asegurándose que se inyecta sobre una piel intacta.
- ◆ No inyectar donde exista inflamación local, zonas de dolor o anestesia, así como vasos sanguíneos visibles.
- ◆ Localizar el sitio de la inyección.
- ◆ Limpiar la zona con agua estéril acuoso y luego secar. El uso del alcohol puede inactivar las vacunas de virus vivos atenuados.
- ◆ Terminada la inyección, retire rápidamente la aguja, y comprima con algodón el lugar de la inyección.

### **Atención post vacuna:**

Observar al menos en los próximos 30 minutos la aparición de reacciones adversas, secundarios locales, o sistémicas que pudieran aparecer y controlarlas a tiempo.

## *Referencias Bibliográficas*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta Tiele N, y Colbs.: "Maltrato Infantil". Editorial Ciencia y Técnica, La Habana. 2002.
2. Al Azzawi F. Endocrinological aspects of menopause. Br Med Bull 1992; 48: 262-75.
3. Algunos comentarios sobre la promoción de salud y la estrategia sanitaria cubana: Facultad de Salud Pública. MINSAP. 1992.
4. Alma de Ruiz, Zelided, " Abuso Intrafamiliar en Adolescentes. Estudio Comparativo en Liceos Públicos y Privados", UNICEF, Ediciones Computarizadas, República Dominicana, 1995.
5. Alvares Sintés R: Temas de Medicina General Integral. Tomo I y II. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2001.
6. Alleyne A.O. George.: "La Prevención de la Violencia: compromiso para la Organización." pág. i , Revista Panamericana de la Salud. Vol.5 NOS (4/5 1999).
7. Anuario estadístico. Minsap. Año 2001.
8. Artiles de León , I.: "Violencia y sexualidad ". Editorial Científico Técnica. La Habana. 1998.
9. Barnes PJ, Johnson B, Klim JB. The costs of asthma. Eur Respir J 1996; 9: 636-42.
10. Batalla J, Fernández N, Tabernes JL, Vidal J. Protocolos e pautas de vacunación para la práctica asistencial. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. 1994.
11. Batista R, Gandul Salabarría L, Díaz L. Sistema de Vigilancia en Salud para la Atención Primaria. Rev Cub Med Gen Integr 1996; 12(2):150-164
12. Batista R. El médico de la familia en la vigilancia en salud. Rev Cub Med Gen Integr 1997; 13(1): 63-77.
13. Benenson A: Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Decimosexta edición. Organización Panamericana de la Salud. 1997.
14. Botella Llusia J. El climaterio patológico. En: Tratado de ginecología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1993: 775-86.
15. Botella Llusia J. La vida sexual de la mujer. Climaterio. En: Tratado de ginecología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1993; 78-81.
16. Cabezas Cruz E. Epidemiología del cáncer ginecológico. Rev Cubana Med Gen Integr 1994; 10(1): 9-16.
17. Carpenito Juall, L.: "Diagnóstico de Enfermería . Aplicación a la Práctica Clínica." Editorial Científico Técnica, La Habana . 1988.
18. Castillo, Margarita: Epidemiología. 1984. Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de la Habana; Cap 9: pág. 124-133.
19. Ceitlin J y otros: La Clave de un Nuevo Modelo. SEMFYC. España. 1997.
20. Celades M. Aspectos clínicos de la menopausia. En: Palacios S, Ed. Climaterio y menopausia. Madrid: Mirpál, 1994: 64-8.
21. Clavijo Portieles A: Crisis, Familia y Psicoterapia. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2002.
22. Colston Wentz A. Tratamiento de la menopausia En: Novak E. Tratado de Ginecología de Novak. 11ed. México, DF. Interamericana, 1991: 349-88.
23. Concha Eastman A., Et Al .: "Vigilancia Epidemiológica para el control de la violencia en las ciudades." Revista Panamericana de la Salud . Vol 5 NOS. (abril mayo 1999).

24. Corsi, Jorge, "Algunas cuestiones básicas sobre la violencia familiar", pàg.2, artic., Buenos aires, 1990.
25. Cruz, J. M.: "La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España", Revista Panamericana de la Salud. Vol.5 NOS(4/5 1999).
26. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992 - 2000. Rev Cubana Med Gen Integr 1992; 8(3): 271-8.
27. D Darvis, P Burney. The Epidemiology of allergic disease. Bmj vol. 316, 21 feb 1998. 607-10.
28. De la Torre Montejó E. El Programa del Médico y la Enfermera de la familia en Julio de 1993. Rev Cub Med Gen Integral 9 (4): 354-357, Octubre-Diciembre, 1993.
29. Díaz Novas J, Fernández Sacasas J, Guerrero Figueredo A. El diagnóstico en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 1993; 9( 2): 151.
30. Díaz Novás J, Fernández Sacasas, José. Del Policlínico Integral al Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Integral 5 (4): 556-564, Octubre-Diciembre, 1989.
31. Diskson, K.:" Colaboración entre organizaciones no gubernamentales y los gobiernos en la reforma del sector de la salud", Rev. Panam. Salud Pública/Pan. Am. J. Public. Health, 1:324-329, 1997.
32. Escalona Reguera M. Temas de Administración de Servicios y Programas de Salud. Tema No 7, La Medicina en la Comunidad. MINSAP. Instituto de desarrollo de la Salud. Ciudad de La Habana, 1983: 286-293.
33. Estamos en Combate Contra el Dengue. Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado. LA Habana. 2002.
34. Fas Base/ Banco Mundial. OPS/OMS: ILSI. UNICEF. OMNI/ USAID. Programa Integrado para el control de las principales deficiencias de micronutrientes en el Ecuador. Octubre, 1995. P 8-11.
35. Federación de Mujeres Cubanas, UNICEF. "La mujer y la Familia. Su Derecho de protección contra la Violencia Intrafamiliar". La Habana. 1999.
36. Fernández-Ballart, J D, Artija, V. Suplementación periconcepcional con ácido fólico para la prevención de las malformaciones congénitas del tubo neural. Rev Española Ntr Com: 1997.
37. Galindo, Miguel A: Sistema de Vigilancia de eventos adversos consecutivos a la vacunación. La Habana. Enero 1999.
38. Gloria, M.: "La Violencia Intrafamiliar : Experiencia Ecuatoriana en la Formulación de Políticas de Atención en el Sector Salud ". pàg.332, Revista Panamericana de la Salud. Vol 5 NOS (4/5 1999).
39. Gómez Sancho, M. : "Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en Enfermos Terminales". Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria, 1994.
40. Gronseth E. Directions for menopause research. Flint N, Kronenberg E, W Utian W, eds. En: Multidisciplinary aspects of menopause. Ann New York Academic Sci: 1990; 592: 426-427.
41. Grosman, Mesterman y Adamo, "Violencia en la Familia", pàg.69, Editorial Universidad, Buenos Aires, 1992.
42. Grosman, Mesterman y Adamo, "Violencia en la familia ", pàg 68, Editorial Universidad, Buenos Aires , 1992.
43. Hernández A, Santana F. Síndrome climatérico. Aspectos Clínicos. Rev Cubana Endocrinol 1989; 1: 89-97.
44. Hernández A, Santana F. Síndrome climatérico. Revisión bibliográfica. Rev Cubana Endocrinol 1990; 1: 89-97.
45. Hernández Elías R. Administración de Salud Pública. Editorial de Ciencia y Técnica. Instituto Cubano del Libro. La Habana, 1971. Pág. 640.
46. Hernández Mesa N, Anías Calderón J. Estrés. Rev Cubana Med Gen Integr 1992; 8(3): 261-70.
47. Informe anual de la Dirección Nacional de Estadística. Minsap. Año 2001.
48. Instituto Finlay: Vaccimotor, Ediciones Finlay, Ciudad de la Habana, Cuba, Julio de 1999 No. 7.
49. Integración de la Atención a la Salud. Informe de un grupo de Estudio de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997. (OMS. Serie de Informes Técnicos, No 861)

50. Jiménez Acosta S, Gay Rodríguez J. Vigilancia Nutricional Materno Infantil. Guía para atención primaria de salud. INHA. La Habana 1997.
51. Kleerekptor M, Avioli LV: Evaluation and treatment of postmenopausal En: Favus M, primer on the metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism. New York Raven Press: 1993: 22-228.
52. Krauss RM. Lipids and lipoprotein and effects of hormone replacement. Lobo RA. Treatment of the menopausal woman basic and clinical aspects. New York: Raven, 1994: 235-42.
53. La sexualidad en el climaterio. En: La edad crítica. Barcelona: Salvat, 1990: 211-9.
54. Larisse M, et al. Vitamin A reduces the inhibition of iron absorption by phytatos and polyphenols. Food and Nutrition Bulletin. Vol. 19. March 1998.
55. Lindgren R, Berg G, Hammar M, Larsson-Cohn V: Climateric symptoms hormonal therapy and sex life in Swedish postmenopausal women. Flin M, F.Kroenberg F,W Utian W, eds Multidisciplinary aspects of menopause. New York: Ann New York Academy Sci 1990, 592: 445-7.
56. Louro Bernal, I. Manual Para La Intervención en la Salud Familiar. 2001
57. Lozano E, Padrón Más J, Seuc A. Características generales y hormonas de la reproducción en la mujer posmenopáusicas. Rev Cubana Endocrinol 1995; 6(1): 33.
58. Llorens, F. J. A.: "El juicio ético en la Práctica Médica ( Editorial)", Rev. Cub. Méd., UNESCO, No. 88, pp. 7-16, marzo de 1997.
59. Martín Zurro, A y otros: Atención Primaria. Harcourt. Barcelona 2001.
60. Meldrum D, Shamonki I, Frumar A, Tartaryn I, Chang RJ, Judd H. Elevations in skin temperature of the finger as an objetiv index of post-menopausal hot flashes standardization of the technique. Am J Obstet Gynecol 1991; 135: 713-7.
61. Mengel MB: Medicina Ambulatoria. Editorial Medica Panamericana. 1995.
62. MINSAP. Análisis del Sector Salud en Cuba. Con la colaboración de la OPS/OMS. Ciudad de La Habana. Abril, 1996
63. MINSAP. Área de Higiene y Epidemiología. Los Programas de Salud: Concepción y Evaluación a Nivel de la Atención Primaria de Salud. Noviembre, 2000.
64. MINSAP. Carpeta Metodológica. Ciudad de La Habana, 1996.
65. MINSAP. Carpeta Metodológica. Ciudad de La Habana, 1997.
66. MINSAP. Consideraciones sobre la Vigilancia en APS. Area de Higiene y Epidemiología, UATS Nacional, 1995.
67. MINSAP. Dirección Nacional de Epidemiología. Balance anual de los Programas de Enfermedades no Transmisibles. 1999. Febrero, 2000.
68. MINSAP. Dirección Nacional de Especialización y Grados científicos. Programa de Especialización en Medicina General Integral. Editorial ciencias Médicas. Primera versión. 1985.
69. MINSAP. Dirección Nacional de Planificación de Salud. Programas Básicos del Área de Salud y su Evaluación. La Habana, 1974.
70. MINSAP. Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios. Relatoría del Taller Nacional Rediseño organizacional del Área de Salud. MINSAP. Noviembre, 1999.
71. MINSAP. El Plan del Médico de la Familia en Cuba. UNICEF. UNFPA. OPS. OMS. MINSAP. 1991.
72. MINSAP. El Programa de Atención Médica Integral a la Familia. Dirección Nacional de Atención Ambulatoria. Enero, 1987.
73. MINSAP. El Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la familia, el Policlínico y el Hospital. Ciudad de La Habana. Marzo, 1988.
74. MINSAP. Fundamentación para el nuevo enfoque de la Medicina en la Comunidad. La Habana, 1975: 3-26.
75. MINSAP. Los programas de Epidemiología en la Medicina General Integral. Ciudad de La Habana. Julio, 1985.

76. MINSAP. Pensamiento del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz como Doctrina de la Salud Pública Cubana. Proyección Estratégica del Sistema Nacional de Salud 1995-2000. Ciudad de La Habana, 1995.
77. MINSAP. Plan Nacional de Acción para la Nutrición. Cuba. 1994. P 28-29.
78. MINSAP. Programa de Atención Integral al Adulto. MINSAP. Ciudad de La Habana. Junio, 1986.
79. MINSAP. Relatoría de la Reunión del Ministro de Salud Pública con Médico y Enfermeras de la Familia de los Municipios Habana Vieja, 10 de Octubre y Plaza de la Revolución. Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios. Septiembre, 2000.
80. MINSAP. Resumen de los problemas detectados durante las inspecciones territoriales del MINSAP al área de la APS. Años 1998, 1999, 2000. Dirección nacional de Servicios Ambulatorios. 2001.
81. MINSAP. Resumen del Proceso de Implementación de la Carpeta Metodológica de APS en los GBT de Ciudad de La Habana. Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios. Octubre, 2001.
82. MINSAP. Unidad de Análisis y Tendencias en Salud. Carpeta TECAINE, 1998. Paunio M. Heimomen OP, Virtanem M, Leinikki P, Patja A, Peltol. H. Measles history and atopic diseases: a population-based cross-sectional study. *Jama* 2000 Jan. 19, 283-6
83. MINSAP. VI Reunión Metodológica del MINSAP. Balance Anual del MINSAP. Fortalecimiento del Sistema Municipal de Salud. EXPOCUBA. Ciudad de La Habana. Febrero, 2000.
84. Módulo de Sensibilización en Violencia Intrafamiliar, Documento de Trabajo # 33, SERNAM, Stgo de Chile, 1995.
85. Módulo de Sensibilización en Violencia Intrafamiliar, Documento de Trabajo # 33, SERNAM, Santiago de Chile, 1995.
86. Módulo de Sensibilización en Violencia Intrafamiliar, Documentos de Trabajo # 33, SERNAM, Stgo de Chile, 1995.
87. Mora J, et al. Anemia ferropénica. Deficiencia de micronutrientes en América Latina y el Caribe. OPS/OMS. 1997.
88. Moreno Martín, F.: "La Violencia en la Pareja", pág 245, Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 5 NOS(4/5 1999).
89. Narey Ramos B, Aldereguía Henríquez. Medicina Social y Salud Pública en Cuba. Editorial Pueblo y Educación. Ciudad de La Habana, 1990. Pág. 130.
90. Navarro D, Artilles. La menopausia no es el fin de la vida. *Rev Sexol Soc* 1996; 5: 35-9.
91. Navarro D, García CT. Aspectos psicosociales relacionados con la mujer menopáusica. *Endocrinol Ecuatoriana* 1993; 2: 163-5.
92. Navarro Despaigne D, Duany Navarro A, Pérez Xiqués T, Oduardo Pérez A, Méndez Pelegrín ME. Características clínicas y sociales de la mujer en etapa climatérica. *Rev Cubana Endocrinol* 1996; 7(1): 10.
93. Nelson W, Magnan G, Sannis A, Lakatau D, Kanasaki T, Halbery F. Rhythm-adjusted age effects in a concomitant study of twelve hormones in blood plasma of women. *J Gerontol* 1980; 35: 12-9.
94. Nieto García A, Cuesta Herraz j.. Las enfermedades alérgicas respiratorias en Atención Primaria. Diagnostico y tratamiento etiologico. 1ª. Edición Barcelona. Drug. Pharma 1998. 137-58.
95. Nilson A, Piza J Food Fortification. *Food and Nutrition Bull.* Vol. I. 1998.
96. OMS/UNICEF/GCIVA. Suplementos de vitamina A: guía para su uso en el tratamiento y la prevención de la deficiencia de la vitamina A y de la xeroftalmia. OMS. Ginebra. 1998.
97. Orientaciones Programáticas: Derechos Humanos, Salud y violencia, 1ra versión, Santiago de Chile, 1994.
98. Orpinas, P., delos Rios, R.: " La violencia :del Conocimiento a la Prevención., pág 211, Revista Panamericana de la Salud. Vol.5 NOS (4/5 1999).
99. Palacio, Maria C.: "La violencia familiar en Manizales", Documentos de Familia, Publicaciones Universidad de Caldas, Colombia, 1993.
100. Plasencia D, Hernández M, Segura N, Gámez A I. Nutrición y Salud. Instituto de Nutrición e Higiene de los alimentos. Centro Colaborador de la OMS.
101. Por la Vida. Casa Editorial Abril. La Habana. 2003.

102. Porrata C, Hernández M, Arguelles J M. Recomendaciones Nutricionales y Guías de Alimentación para la población cubana. INHA. 1997.
103. Programa de Inmunización. Carpeta Metodológica. Ministerio de Salud Pública. 1998. Boletín Informativo PAI año 1993-1995.
104. Raunikaar V: Physiology and treatment of hot flashes. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 35-75.
105. Raymond Biley, MB, Scottweingarten MD, Michael Lewis MD, FCCP and Zab Mohsenifar MD. Impact of clinical pathways and practice guidelines of the management of acute exacerbations of bronchial asthma. *Chest* 1998, 113. 28-33.
106. Richardson R, Senikas V, Nelson JF. Follicular depletion during the menopausal transition: evidence for accelerated loss and ultimate exhaustion. *J Clin Endocrinol Metab* 1987; 65: 1231-7.
107. Rivera, Juan C.: "Amores que matan". *Revista Bohemia*, año 88 (25). Ciudad de la Habana. Diciembre, 1996.
108. Rodríguez Abrines, J. El Médico y la Enfermera de la Familia en la comunidad. Criterios en relación a los cambios que en el funcionamiento de los Policlínicos Comunitarios representa el Médico de la Familia. Policlínico Lawton. Ciudad de La Habana. Julio, 1984.
109. Rodríguez Calderon, M.: "Violencia Contra la Mujer : quebrar silencios." *Revista Mujeres*. Editorial de la Mujer. Ciudad de la Habana. 1995.
110. Rodríguez Milord D., Mesa G, Ramírez A. et al. La práctica de la Vigilancia en Cuba. Unidad de Análisis y Tendencias en Salud, Área de Higiene y Epidemiología, MINSAP, La Habana 1994.
111. Rodríguez Milord D., Mesa G, Zacca E, Ramírez A. et al. UATS. Sistemas de Vigilancia en Salud. MINSAP, Área de Higiene y Epidemiología, 1994.
112. Rojas Ochoa F. El Policlínico. Editorial de Ciencias Médicas. Serie de informes técnicos 3/72. La Habana, 1971.
113. Rossmanith WG, Szilagyi A, Scherbaum WA. Episodic thyrotropin and prolactin secretion during aging in postmenopausal women. *Horm Metab Res* 1992; 24: 185-7.
114. Salgado, Heli: Generalidades de la inmunización. Biotoscana Su Ángel Protector, Colombia, 1997. Ministerio de Salud. Circular 17.
115. Selección de Temas. Medicina General Integral. Editorial Ciencias Médicas. 2002.
116. Selman- Housein E: Guía de acción para la excelencia en la atención médica. Editorial Científico Técnica. 2002.
117. Semmens JP. Sexuality. En: Buchsbaum HJ. *The menopause*. Berlin: Springer, 1983: 173-80.
118. Sherman BM, West JH, Korenman SG: The menopausal transition: analysis of LH FSH, estradiol and progesterone concentrations during menstrual cycles. *J Clin Endocrinol Metabol* 1996; 42: 629-36.
119. Stanford JL, Hatge P, Brinton LA, Hoover RN, Brookmeyer R: Factors influencing the age of natural menopause. *J Chronic Dis* 1987; 40: 995-1002.
120. Stollzfus R J. DD, Dreifus M L. Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and treat Iron Deficiencia Anemia. International Nutricional Consultive Group (INACG). WHO, UNICEF.
121. The world health report, 1998 y 1999.
122. UNICEF. Hechos y Cifras. Nutrición. 1997.
123. Wise PM, Scarbrough K, Larson GH, Lloyd JM, Weiland N, Chiu S. Neuroendocrine influences on aging of the female reproductive system. *Front Neuroendocrinol* 1991; 12: 323-6.
124. Yen SS. The biology of menopause. *J. Reprod Med* 1977; 18: 287-96.
125. Zeiger RS, Dawson C, Weiss. Relationship between duration of asthma and asthma severity among children in the childhood asthma management. Program- camp. *J allergy clin immunol* 1999. 103. 376-87.

## INDICE

|  |     |
|--|-----|
| <b>Capítulo I.</b>   |     |
| Análisis de la Situación de Salud.....                                   | 4   |
| <b>Capítulo II</b>   |     |
| Familia.....   | 11  |
| <b>Capítulo III</b>  |     |
| Atención Médica Integral.....  | 19  |
| Promoción de salud.....  | 22  |
| Nutrición.....   | 27  |
| Ejercicio Físico y Salud. ....   | 36  |
| Prevención y Riesgo.....   | 42  |
| Diagnóstico temprano y Tratamiento Oportuno.....                         | 47  |
| Rehabilitación.....  | 50  |
| <b>Capítulo IV</b>   |     |
| Atención a grupos específicos.....                                       | 59  |
| Atención a la Embarazada.....  | 59  |
| Atención al Puerperio.....   | 71  |
| Recién Nacido.....   | 72  |
| Lactante.....  | 73  |
| Preescolar.....  | 73  |
| Escolar.....   | 73  |
| Adolescente.....   | 7   |
| Adulto.....  | 75  |
| Climaterio y Menopausia.....   | 76  |
| Adulto Mayor.....  | 77  |
| Longevidad Satisfactoria.....  | 81  |
| Envejecimiento y Enfermedad.....   | 82  |
| <b>Capítulo V</b>  |     |
| Consideraciones Generales para la atención a los Problemas de Salud..... | 90  |
| Vigilancia en salud.....   | 91  |
| Estratificación de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.....       | 96  |
| <b>Capítulo VI</b>   |     |
| Problemas de Salud Generales.....  | 104 |
| Relacionados con Estilo de Vida.....                                     | 104 |
| Tabaquismo.....  | 104 |

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 106 | Drogadicción.....   |     |
|     | Alcoholismo.....  | 108 |
|     | Enfermedades Vasculares.....  | 109 |
|     | Hipertensión Arterial.....  | 110 |
|     | Cardiopatía Isquémica.....  | 111 |
|     | Enfermedad Cerebrovascular.....   | 114 |
|     | Diabetes Mellitus.....  | 115 |
| 118 | Neumonía.....   |     |
|     | Asma Bronquial.....   | 119 |
|     | Accidentes.....   |     |
| 121 | Insuficiencia Renal Crónica.....  |     |
| 121 | Cáncer.....   |     |
| 126 | Atención a la persona en estadio Terminal.....  |     |
| 133 |   |     |
|     | <b>Capítulo VII</b>   |     |
|     | Problemas de Salud Específicos.....   |     |
| 143 | Retraso Mental.....   | 143 |
|     | Ataxia Hereditaria.....   | 145 |
|     | Violencia.....  | 146 |
|     | Conducta Suicida.....   |     |
| 152 | Infecciones de Transmisión Sexual.....  | 154 |
|     | Tuberculosis.....   | 159 |
|     | Lepra.....  | 162 |
|     | <b>Capítulo VIII</b>  |     |
|     | Acciones de Mantenimiento.....  | 168 |
|     | ¿Qué hacer para garantizar la Bioseguridad.....   | 168 |
|     | Medidas generales de mantenimiento para enfermedades controladas.....                     | 172 |
|     | Medidas de mantenimiento para enfermedades inmunoprevenibles.....                         | 172 |
|     | Medidas de mantenimiento para enfermedades Objeto de control Sanitario Internacional..... | 174 |
|     | Medidas de mantenimiento para enfermedades transmitidas por vectores.....                 | 175 |
|     | Medidas de mantenimiento para enfermedades zoonóticas.....                                | 176 |
|     | <b>Anexos</b> .....   |     |
|     | ..... 178   |     |
|     | <b>Glosario</b> .....   |     |
|     | ..... 178   |     |
|     | <b>Herramientas para el</b>   |     |
|     | <b>trabajo</b> .....  | 182 |
| 182 | Técnica de observación científica.....  |     |
|     | Técnicas de Intervención Familiar.....  | 182 |
|     | Técnicas Educación para la Salud.....   | 186 |

|     |   |     |
|-----|---|-----|
|     | Escala Geriátrica de Evaluación Funcional.....                | 195 |
|     | Técnica de Estratificación.....                               | 196 |
| 198 | Técnicas y métodos para la deshabitación.....                 |     |
|     | Técnica para la exploración de nervios periféricos (EDN)..... |     |
| 200 | Técnica de preparación de Vacunas.....                        |     |
| 201 |   |     |
|     | <b>Referencias</b>  |     |
|     | <b>Bibliográficas</b> .....                                   | 203 |