



Enfoques Integrados en
**ATENCIÓN PRIMARIA
DE LA SALUD**

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Mg. Evelin Fernanda Velasco Acurio

Mg. Tannia Jacqueline Fiallos Mayorga

Mg. Beatriz Venegas Mera

Mg. Mery Susana Rodríguez Gamboa

Mg. Blanca Ofelia Pallango Espín

Mg. Rosario Elizabeth Abril Beltrán

Md. Estefania Abigail Benavides Tutillo

Md. Johana Natali Montaluisa Pilatasig

Mg. Juan Carlos Céspedes Cueva

Mg. Luis Felipe Chileno Camacho

Md. Daniel Enrique Torres Intriago

Md. Diego Armando Auqui Carangui

Autores Investigadores



Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

AUTORES

INVESTIGADORES

Mg. Evelin Fernanda Velasco Acurio

Licenciada en Enfermería; Universidad Técnica de Ambato;
Ambato, Ecuador;

 ef.velasco@uta.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0003-2732-6003>

Mg. Tannia Jacqueline Fiallos Mayorga

Licenciada en enfermería; Hospital General de Ambato;
Ambato, Ecuador;

 tj.fiallos@uta.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0001-9170-7164>

Mg. Beatriz Venegas Mera

Licenciada en Enfermería; Universidad Técnica de Ambato;
Ambato, Ecuador;

 ve.venegas@uta.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0002-1270-7113>

Mg. Mery Susana Rodríguez Gamboa

Licenciada en Enfermería; Universidad Técnica de Ambato;
Ambato, Ecuador;

 ms.rodriguez@uta.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0003-3444-2934>

Mg. Blanca Ofelia Pallango Espín

Licenciada en Enfermería; Hospital General de Ambato;
Ambato, Ecuador;

✉ bope29@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-4222-6158>

Mg. Rosario Elizabeth Abril Beltrán

Licenciada en Enfermería;
Universidad Técnica de Ambato; Ambato, Ecuador;

✉ re.abril@uta.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-4294-2218>

Med. Estefania Abigail Benavides Tutillo

Médica; Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Latacunga;
Latacunga, Ecuador;

✉ stefyabigailb@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0004-4674-3843>

Med. Johana Natali Montaluisa Pilatasig

Médica; Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ambato;
Ambato, Ecuador;

✉ johimp18@hotmail.es

🆔 <https://orcid.org/0009-0008-4057-0434>

Mg. Juan Carlos Céspedes Cueva

Licenciado en Enfermería; Universidad Técnica de Ambato;
Ambato, Ecuador;

✉ jc.cespedes@uta.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-5484-970X>

Mg. Luis Felipe Chileno Camacho

Licenciado en Enfermería; Universidad Técnica de Ambato;
Ambato, Ecuador;

✉ lf.chileno@uta.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-6415-9593>

Med. Daniel Enrique Torres Intriago

Médico; Departamento de Docencia e Investigación HHCC;
Guayaquil, Ecuador;

✉ deti777@hotmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-4946-1348>

Med. Diego Armando Auqui Carangui

Médico; Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ambato;
Ambato, Ecuador;

 armac710@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4098-6834>

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

REVISORES ACADÉMICOS

Elsa Josefina Alborno Zamora

Especialidad en Salud Pública;
Magíster Scientiarum en Investigación Educativa;
Maestría en Ciencias Orientación de la Conducta;
Especialidad en Docencia Universitaria;
Doctora en Ciencias de la Educación;
Doctora en Ciencias Gerenciales;
Postdoctorado en Investigación Educativa;
Cursando Doctorado en Enfermería;
Universidad Metropolitana; Guayaquil, Ecuador;

✉ ealborno@umet.edu.ec;
ID <https://orcid.org/0000-0003-1382-0596>

Cruz Xiomara Peraza de Aparicio

Especialista en Medicina General de Familia;
PhD. en Ciencias de la Educación; PhD. en Desarrollo Social;
Médico Cirujano; Docente Titular en la Carrera de Enfermería de la
Universidad Metropolitana; Guayaquil, Ecuador;

✉ xiomaparicio199@hotmail.com;
ID <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

Catalogación Bibliográfica

Mg. Evelin Fernanda Velasco Acurio
Mg. Tannia Jacqueline Fiallos Mayorga
Mg. Beatriz Venegas Mera
Mg. Mery Susana Rodríguez Gamboa
Mg. Blanca Ofelia Pallango Espín
Mg. Rosario Elizabeth Abril Beltrán
Md. Estefania Abigail Benavides Tuttillo
Md. Johana Natali Montaluísa Pilatasig
Mg. Juan Carlos Céspedes Cueva
Mg. Luis Felipe Chileno Camacho
Md. Daniel Enrique Torres Intriago
Md. Diego Armando Auqui Carangui

AUTORES:

Título: Enfoques Integrados en Atención Primaria de la Salud. Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Descriptor: Ciencias médicas; Diagnóstico médico; Atención médica; Enfermería.

Código UNESCO: 32 Ciencias Médicas

Clasificación Decimal Dewey/Cutter:

Área: Ciencias de la Salud

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-622-66-2

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2023

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 306

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-622-66-2>

URL: <https://mawil.us/repositorio/index.php/academico/catalog/book/58>

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico: **Enfoques Integrados en Atención Primaria de la Salud. Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada bajo la modalidad de pares académicos y por el equipo profesional de la editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Director Académico: Lcdo. Alejandro Plúa Argoti

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

Dirección de corrección: Mg. Ayamara Galanton.

Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Índices

Contenidos



Prólogo ----- 14
Introducción ----- 16

Capítulo I.

Roles y colaboración interprofesional en atención primaria ----- 20

Capítulo II.

Evaluación y manejo de condiciones de salud
comunes en atención primaria ----- 45

Capítulo III.

Atención centrada en el paciente en atención primaria ----- 133

Capítulo IV.

Promoción de estilos de vida saludables y prevención
de enfermedades en atención primaria ----- 143

Capítulo V.

Gestión de cuidados y coordinación de servicios
en atención primaria ----- 176

Capítulo VI.

Tecnología y herramientas digitales en atención primaria ----- 187

Capítulo VII.

Educación y formación del médico y la enfermera
en atención primaria ----- 202

Capítulo VIII.

Ética y aspectos legales en atención primaria
médica y de enfermería ----- 217

Capítulo IX.

Gestión de la calidad y mejora continua en atención primaria ----- 227

Capítulo X.

Salud comunitaria y atención primaria ----- 245

Capítulo XI.

Salud mental en atención primaria ----- 249

Capítulo XII.

Aspectos económicos y financiación de la atención primaria ----- 273

Capítulo XIII.

Desafíos y oportunidades en la atención primaria
médica y de enfermería----- 286

Referencias----- 298

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Índices

Tablas



Tabla 1. Cuadro resumen de diferencias entre promoción y prevención. -----	55
Tabla 2. Tratamiento de la rinosinusitis -----	66
Tabla 3. Pautas terapéuticas antituberculosas actualmente recomendadas -----	85
Tabla 4. Dosis de los fármacos antituberculosos de primera línea -----	86
Tabla 5. Pautas de tratamiento de la infección tuberculosa latente -----	89
Tabla 6. Infecciones en mucosa oral-----	109
Tabla 7. Parámetros antropométricos -----	153
Tabla 8. Parámetros Bioquímicos e Inmunológicos -----	154
Tabla 9. Ingestas diarias recomendadas de energía y algunos nutrientes para los ancianos-----	158

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Índices

Ilustración



Ilustración 1. Marco Conceptual de Ottawa -----	35
Ilustración 2. Modelo de atención de enfermedades crónicas -----	47
Ilustración 3. La pirámide Kaiser permanente de riesgos-----	48
Ilustración 4. La pirámide Kaiser permanente de riesgos modificada --	49
Ilustración 5. La forma más eficaz de tomar una decisión médica -----	141
Ilustración 6. Enfermedades relacionadas con la nutrición -----	150
Ilustración 7. Programas de formación y residencia en atención primaria para médicos y enfermeras en América latina -----	204
Ilustración 8. La atención primaria como centro de coordinación: creación de redes en la comunidad atendida y con asociados externos -----	249
Ilustración 9. Empoderamiento en Salud-----	252
Ilustración 10. Niveles o dimensiones del empoderamiento-----	252
Ilustración 11. El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud-----	253
Ilustración 12. La atención primaria a la salud y su importancia en los determinantes sociales de la salud -----	255

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Prólogo



En un mundo cada vez más complejo y acelerado, la atención primaria en salud se alza como un pilar fundamental para el bienestar de las personas. En medio de avances científicos y tecnológicos vertiginosos, es en la atención primaria donde encontramos el enfoque humano y holístico que tanto necesitamos. Este libro es una guía indispensable que nos adentra en los principios, desafíos y beneficios de la atención primaria, brindando herramientas prácticas y conocimientos actualizados para aquellos que desean comprender y mejorar la calidad de la atención médica en nuestras comunidades.

A lo largo de estas páginas, exploraremos los fundamentos de la atención primaria en salud, desde su importancia en la prevención de enfermedades hasta su papel crucial en el manejo integral de las condiciones crónicas. Descubriremos cómo esta forma de atención médica se centra en el individuo como un todo, abordando no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales, sociales y culturales que influyen en su bienestar.

Además, nos sumergiremos en los principios clave que sustentan la atención primaria en salud: accesibilidad, continuidad, coordinación y orientación a la comunidad. Aprenderemos cómo estos pilares son fundamentales para construir sistemas de salud más equitativos, donde cada persona tenga acceso a servicios de calidad sin importar su origen socioeconómico o geográfico.

Pero no sólo nos quedaremos en teoría. A través de casos prácticos y ejemplos reales, este libro nos invita a reflexionar sobre los desafíos y oportunidades que enfrenta la atención primaria en la actualidad. Desde la escasez de recursos hasta la necesidad de fortalecer la formación y capacitación de los profesionales de la salud, exploraremos las vías para fortalecer y mejorar este pilar fundamental de nuestros sistemas sanitarios.

En resumen, estas páginas nos invitan a un viaje hacia una atención primaria más humana, integral y centrada en las necesidades de las personas. Nos retan a repensar cómo concebimos la salud y a trabajar juntos para construir sistemas de atención que pongan a las personas en el centro. Es hora de valorar y potenciar el rol de la atención primaria en salud como cimiento para una sociedad más saludable y equitativa.

Este libro representa una invitación a explorar y transformar la atención primaria en salud. Espero que encuentres en estas palabras inspiración, conocimientos valiosos y nuevas ideas que te motiven a contribuir al cambio positivo en nuestro sistema de salud.

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Introducción



La atención primaria para la salud juega un papel fundamental en el cuidado integral de las personas. Es el primer nivel de contacto que debemos tener con el sistema de salud y es esencial para mantenernos sanos y prevenir enfermedades. Enfocándose en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico temprano y el tratamiento de condiciones médicas comunes.

De igual manera en la atención primaria, los profesionales de la salud realizan chequeos regulares para evaluar nuestro estado general de salud, realizar pruebas de detección, administrar vacunas y brindar orientación sobre hábitos saludables. También nos ayudan a manejar enfermedades crónicas, como la diabetes o la hipertensión, y nos derivan a especialistas si es necesario.

Además de los aspectos médicos, la atención primaria también se enfoca en el bienestar emocional y mental. Los médicos y otros profesionales de la salud pueden ofrecer apoyo emocional, asesoramiento y derivación a servicios especializados cuando sea necesario.

Así mismo la atención primaria es accesible para todas las personas, independientemente de su edad, género o condición económica. Es el punto de partida para recibir una atención integral y coordinada a lo largo de nuestra vida.

A lo largo de estas páginas que encontraremos en este libro, exploraremos los fundamentos de la atención primaria en salud, desde su importancia en la prevención de enfermedades hasta su papel crucial en el manejo integral de las condiciones crónicas. Descubriremos como esta forma de atención médica se centra en el individuo como un todo, abordando no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales, sociales y culturales que influyen en su bienestar.

Además, nos sumergiremos en los principios clave que sustentan la atención primaria en salud: accesibilidad, continuidad, coordinación y orientación a la comunidad. Aprenderemos cómo estos pilares son fundamentales para construir sistemas de salud más equitativos, donde cada persona tenga acceso a servicios de calidad sin importar su origen socioeconómico o geográfico.

Pero no sólo nos quedaremos en teoría. A través de casos prácticos y ejemplos reales, este libro nos invita a reflexionar sobre los desafíos y oportunidades que enfrenta la atención primaria en la actualidad. Desde la escasez de recursos hasta la necesidad de fortalecer la formación y capacitación de los profesionales de la salud, exploraremos las vías para fortalecer y mejorar este pilar fundamental de nuestros sistemas sanitarios.

En resumen, estas páginas nos invitan a un viaje hacia una atención primaria más humana, integral y centrada en las necesidades de las personas. Nos retan a repensar cómo concebimos la salud y a trabajar juntos para construir sistemas de atención que pongan a las personas en el centro. Es hora de valorar y potenciar el rol de la atención primaria en salud como cimiento para una sociedad más saludable y equitativa.

Bienvenidos a este libro, una invitación a explorar y transformar la atención primaria en salud. Espero que encuentres en estas palabras inspiración, conocimientos valiosos y nuevas ideas que te motiven a contribuir al cambio positivo en nuestro sistema de salud.

El presente libro se encuentra estructurado en trece (13) capítulos organizados de la siguiente manera:

En primer lugar, el capítulo 1 que comprende los Roles y colaboración interprofesional en atención primaria.

En el capítulo 2 la Evaluación y manejo de condiciones de salud comunes en atención primaria.

En el capítulo 3 la Atención centrada en el paciente en atención primaria.

En el capítulo 4 la Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades en atención primaria.

En el capítulo 5 la Gestión de cuidados y coordinación de servicios en atención primaria.

En el capítulo 6 la Tecnología y herramientas digitales en atención primaria.

En el capítulo 7 la Educación y formación del médico y la enfermera en atención primaria.

En el capítulo 8 la Ética y aspectos legales en atención primaria médica y de enfermería.

En el capítulo 9 la Gestión de la calidad y mejora continua en atención primaria.

En el capítulo 10 la Salud comunitaria y atención primaria.

En el capítulo 11 Salud mental en atención primaria.

En el capítulo 12 Aspectos económicos y financiación de la atención primaria.

Para finalizar el capítulo 13 donde encontraran los Desafíos y oportunidades en la atención primaria médica y de enfermería.

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Capítulo

I

Roles y colaboración interprofesional en atención primaria



Introducción

La colaboración interprofesional se entiende como el trabajo en el que interactúan diferentes profesionales y abarcando todo el campo de la salud incluyendo el ámbito social para conseguir unos cuidados de calidad. Puede entenderse también como trabajo en equipo o práctica colaborativa, donde todo profesional requiere de otros profesionales, de los pacientes, cuidadores, voluntarios o grupos comunitarios para desarrollar su rol colaborativo dentro de la atención primaria en salud y todas las ramas de la salud.

Definición de Atención primaria en salud

Según la Organización Panamericana de la Salud (1), define la Atención Primaria en Salud como:

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por OBJETO garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (p. 1)

La importancia de la colaboración médico-enfermera en atención primaria

En primer lugar, es importante señalar a Guillén (2)

El modelo de trabajo médico-enfermera constituye el binomio encargado de la atención integral a la familia, que tiene como primer deber la vigilancia médica y sistemática de su estado de salud, mediante acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud, así como el fomento de un modo de vida más sano en la comunidad. (p. 1)

La seguridad del paciente debe ser prioritaria en la política de calidad de los sistemas sanitarios. Dentro de esta, el papel de la enfermera es crucial, ya que cuida y atiende a los pacientes durante todo el proceso. Para una atención sanitaria de calidad es imprescindible que la comunicación médico-enfermera sea fluida.

Una enfermera debe ser capaz de aportar información veraz y correcta a sus pacientes y, para ello, es vital una buena comunicación médico-enfer-

mera. Esto constituye un pilar fundamental para la seguridad clínica de los pacientes y una mejor calidad durante el proceso asistencial.

La atención al paciente es un esfuerzo “complejo” y “sumamente dependiente” de la comunicación de información entre enfermeras y médicos, al tiempo que alerta de que los fallos en el proceso comunicativo representan una de las causas más frecuentes de los incidentes que afectan a la seguridad del paciente, no solo en daños graves, sino también en muertes por actos médicos evitables.

Cuando los profesionales trabajan de forma colaborativa, los siguientes elementos ocurren simultáneamente:

- Metas claras y compartidas de la atención al paciente y la familia.
- Roles y responsabilidades de equipo claras: cada miembro ejecuta su rol con competencia y creatividad y además conoce las responsabilidades y funciones de los otros profesionales del equipo.
- Interdependencia e integración entre los miembros del equipo y sus prácticas de trabajo.
- Enfoques democráticos y liderazgo compartido: hay un reconocimiento por parte del líder y del resto del equipo del rendimiento y del éxito individual y colectivo.
- Esfuerzos para romper los estereotipos y las barreras.
- Tiempo y espacio para desarrollar el trabajo en equipo alejado de la práctica.
- El desarrollo de protocolos, formación y prácticas de trabajo conjuntos.
- Identidad grupal, empoderamiento y respeto mutuo: entre los miembros de equipo hay sentimientos de pertenencia y cohesión, y se tiene confianza en la capacidad del grupo para superar obstáculos y materializar la visión que tiene.
- Comunicación abierta y lúida: se respetan las diferencias de opinión y de perspectivas.

Roles y responsabilidades del médico y la enfermera en la atención primaria

La enfermera en atención primaria

La enfermería es una de las profesiones más importantes de la atención a la salud, estando especializada en el ámbito de los cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

En este contexto la Enfermería, además de aplicar de forma integral un conjunto de cuidados al individuo, la familia y la comunidad, en el proceso salud-enfermedad, debe contribuir a que adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado en el marco de una atención primaria integral que incluye la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, y la prevención de la enfermedad.

El rol de la Enfermería de Atención Primaria debe reorientarse a capacitar a las personas, familias para cuidarse de sí mismas (priorizando la promoción de salud y la prevención de la enfermedad), transformando la dependencia en autocuidado. Esto implica cambiar el actual modelo de enfermería asistencial que ofrece, casi en exclusiva, una atención directa a personas enfermas.

Afirmó James Fitzgerald citado por la Organización Panamericana de la Salud (3)

El envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades no transmisibles, que requieren cuidados durante toda la vida, evidencian la necesidad de ampliar el rol de las enfermeras y enfermeros en la región, donde constituyen la gran mayoría del personal de salud". (p. 1)

El modelo de Atención Primaria amplió las competencias de las enfermeras que pasaron de realizar casi en exclusiva funciones técnicas y burocráticas a trabajar con programas y protocolos donde han alcanzado un mayor protagonismo profesional: promoción, educación para la salud, o atención domiciliaria.

Es importante señalar a Lucena (4), la actuación enfermera tiene un papel relevante en el Equipo de Atención Primaria que se ha visto reforzado con la puesta en marcha de iniciativas y experiencias novedosas en la prevención y promoción de la salud y sobre todo al centrar su objetivo de atención en la promoción y el abordaje de los problemas de autocuidado realizando todo ello a través en el contexto de su actividad profesional: el centro de salud, el domicilio de las personas y la comunidad. Otro hecho interesante lo constituye el desarrollo de la "consulta a demanda" de enfermería que se ofrece a los

usuarios como una de las puertas de entrada al sistema sanitario.

Las funciones propias del personal de enfermería en la APS están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad, para satisfacer así las demandas de salud a lo largo del ciclo vital.

Para que la Enfermería sea una pieza clave en la Atención Primaria, debería:

- Fundamentar sus actuaciones en las necesidades y problemas de salud prioritarios de la población, elaborados de manera participativa.
- Garantizar el carácter integral e integrador de la atención y de los cuidados de salud.
- Utilizar la educación sanitaria como un instrumento de su trabajo con la población, las familias y los individuos.
- Trabajar con y para la comunidad promoviendo la participación comunitaria.
- Abordar los problemas y necesidades de salud desde la multicausalidad e interdisciplinariedad.
- Evaluar el impacto de sus actuaciones sobre la salud de la población.
- Proporcionar un cuidado integral a aquellas personas que lo necesiten.
- Ofrecer cuidados y asesoramiento médico específico de manera integral, personalizada y continuada.
- Ser parte del análisis y confección del paradigma de la salud global de la población.
- Identificar posibles factores que puedan poner en riesgo la salud global e implementar acciones para su eliminación o disminución.
- Actualizar y registrar en la historia clínica toda la información que sea relevante sobre el paciente.
- Participar en programas de salud y prevención epidemiológica.
- Aplicar tratamientos y técnicas de curación.
- Llevar a cabo acciones de enfermería en situaciones de emergencia.

- Elaborar programas educativos.
- Asesorar en la planificación sanitaria a nivel institucional.
- Llevar a cabo actividades administrativas en lo relacionado con la enfermería.
- Coordinar cursos y formaciones académicas.
- Divulgar e investigar con el fin de mejorar la salud y la atención de la misma.
- Registrar la historia clínica de los pacientes.
- Evaluar los cuidados y ejecutar las acciones de enfermería.

Habilidades indispensables para la enfermería de atención primaria

- Contar con conocimientos avanzados sobre los cuidados, gestión y servicios de enfermería destinados al paciente y a sus familiares.
- Capacidad para identificar las necesidades de cada persona.
- Capacidad de liderazgo.
- Buena predisposición para el trabajo en equipo.
- Facilidad para identificar las necesidades y evolución de los cuidados.
- Capacidad para ofrecer una buena gestión de cuidados.
- Interés por la innovación y el aprendizaje continuo.
- Conocimientos sobre colocación de vacunas, realización de análisis y toma de muestras.
- Habilidades comunicativas y de empatía.
- Gran capacidad organizativa.
- Destreza en funciones administrativas y elaboración de informes.
- Conocimiento sobre aplicación de tratamientos y toma de signos vitales.
- Habilidades para abordar situaciones de emergencia primaria.
- Ser una persona empática y con capacidad de escucha.
- Ser un profesional optimista y proactivo.
- Tener paciencia y delicadeza a la hora de explicar las cosas.

- Facilidad para utilizar un léxico comprensible por todos.

La enfermera en y rol dentro de la educación

La educación es un componente esencial del rol del profesional de enfermería, se concibe como una función sustantiva dentro del rol, por lo que se considera al enfermero como un educador por naturaleza.

La educación para la salud como un proceso mediante el cual se enseña a los individuos y grupos a comportarse de una manera que promueva, mantenga o restaure la salud implicando dos factores muy importantes: la persona que educa y la persona que aprende convirtiéndose en un agente activo.

Por ello se destaca lineamientos para el desarrollo procesos de educación y comunicación para la promoción de salud en los cuales se establece:

- Estar libres de estereotipos por razones de género, pertenencia étnica, curso de vida, condición social, creencias religiosas, situación de movilidad humana.
- Traer implícitos la participación social destinada a incidir positivamente sobre los determinantes ambientales y sociales de la salud a través de investigaciones participativas y el desarrollo de proyectos de promoción de la salud.
- Tener como propósito fortalecer la autonomía individual y colectiva para reconfigurar sus prácticas de vida, modificar sus entornos sociales y ambientales y afectar los determinantes de la salud.
- Fortalecer competencias cognitivas, afectivas y actitudinales de los individuos para transformar la realidad y alcanzar mejores niveles de bienestar.
- Se considera un factor muy importante las herramientas metodológicas en las actividades que puede emplear en la educación y comunicación para la promoción de la salud, entre las cuales se puede detallar ciertas herramientas como:
 - Proyectos participativos de promoción de la salud
 - Acciones de aprendizaje cooperativo y talleres de promoción de la salud
 - Eventos de promoción de la salud que promueven la interacción entre expertos en una temática específica y actores sociales

- Acciones de enseñanza–aprendizaje basadas en resolución de problemas
- Acciones de reflexión basadas en el juego, el arte y la recreación
- Desarrollo de material didáctico participativo para la promoción de la salud Planes de educación y comunicación para la promoción de la salud.

El médico en atención primaria

Por lo general, el punto de entrada al sistema de salud es un médico de atención primaria (también conocido como médico de cabecera, médico general o médico de familia), en general un médico, pero a veces personal de enfermería o un asistente médico.

El médico de atención primaria proporciona la atención médica general y es responsable de la asistencia global, incluyendo la coordinación de los diferentes especialistas y el tratamiento de apoyo.

El médico de atención primaria no está especializado únicamente en un área concreta de la medicina, sino que ofrece diagnósticos y tratamientos a enfermedades generales. Además, el médico de atención primaria es el profesional que remite a los pacientes a los médicos especialistas según la atención médica que consideran que necesitan.

Sus funciones profesionales se desempeñan en clínicas, centro de salud y hospitales.

El médico de atención primaria atiende consultas generales y chequeos de salud continuos. Además, debe mantener su historial médico al día y realizar otras variadas funciones como:

- Revisar el historial médico del paciente y mantenerlo actualizado.
- Hacer seguimiento de su estado de salud y de su evolución en caso de enfermedad.
- Identificar los síntomas del paciente para poder esclarecer si existe alguna patología o enfermedad.
- Coordinar con otros médicos y especialistas para tratar al paciente.
- Realizar chequeos y evaluaciones físicas rutinarias.
- Solicitar pruebas diagnósticas y exámenes médicos como electrocar-

diagramas, rayos X, pruebas de laboratorio...

- Prescribir tratamientos, medicamentos, dietas y cirugías.
- Proporcionar atención de emergencia en caso de que sea necesario.
- Comprobar que los pacientes están experimentando una mejoría de salud tras prescribir un medicamento o proporcionarles pautas de cuidado.
- Garantizar que el tratamiento proporcionado o recetado está siendo seguido correctamente.

Habilidades profesionales de un médico de atención primaria

- Contar con vocación por su profesión para poder afrontar y lidiar con diferentes situaciones.
- Ser capaz de proporcionar un trato adecuado a las necesidades de pacientes con dolencias o molestias.
- Tener habilidades sociales para poder ejercer una conexión efectiva con los pacientes.
- Contar con habilidades sociales como el asertividad, la empatía y una buena comunicación.
- Buena gestión del tiempo.
- Empatía y predisposición a la resolución de conflictos.
- Cercanía con los pacientes.
- Comunicación clara y explicación pausada atendiendo las consultas presenciales y teleconsulta.
- Capacidad para manejar las emociones incluso en situaciones de emergencia.
- Ser una persona tolerante, paciente y empática.
- Tener capacidad de autogestión.
- Ser un profesional analítico.

Perfil del médico familiar en Ecuador

Es conveniente destacar a Henríquez (5) el cual expone el perfil del médico de familia en el país de Ecuador, donde el mismo debe ser un profesional sanitario especializado en suministrar cuidados de salud integral, continuada y de calidad a todo individuo en el contexto de su familia y su comunidad, utilizando el enfoque de atención primaria en salud con el fin de promover, mantener e incrementar el bienestar de las personas en coherencia con los valores e ideales de la sociedad y de los conocimientos profesionales de la actualidad.

Para cumplir con la estrategia de Atención Primaria, un médico familiar debe:

- Ser la puerta de entrada al sistema de salud, velando por la accesibilidad geográfica, cultural y económica.
- Recibir a personas con cualquier problema de salud sin límite de edad, sexo, condición social y complejidad de su problema.
- Resolver los problemas de salud más frecuentes y coordinar con otras especialidades el seguimiento de aquellos que lo necesiten.
- Hacer uso eficiente de los recursos de APS.
- Abordar los problemas de salud del individuo y la familia en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial, priorizando a lo comunitario como su campo de acción.
- Mantener una relación de continuidad en el tiempo con la persona y su familia utilizando herramientas de comunicación efectiva y toma de decisiones compartida.
- Realizar actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación de problemas agudos y crónicos.
- Promover la calidad de vida de las personas durante su ciclo vital individual y familiar.
- Mantener y coordinar la atención de las personas en la consulta, servicio de urgencias, hospitalización según lo requiera.
- Formar equipos de atención multidisciplinarios que trabajen en redes.
- Manejar actividades docentes y de investigación en su ámbito de ejercicio.

Comunicación efectiva y trabajo en equipo en el entorno de atención primaria

La comunicación médico-enfermera y personal involucrado en la atención primaria, es clave a la hora de reducir los eventos adversos que puedan ocasionarse por error durante el proceso asistencial.

La seguridad del paciente debe ser prioritaria en la política de calidad de los sistemas sanitarios. Dentro de esta, el papel de la enfermera es crucial, ya que cuida y atiende a los pacientes durante todo el proceso. Para una atención sanitaria de calidad es imprescindible que la comunicación médico-enfermera sea fluida.

Una enfermera debe ser capaz de aportar información veraz y correcta a sus pacientes y, para ello, es vital una buena comunicación médico-enfermera. Esto constituye un pilar fundamental para la seguridad clínica de los pacientes y una mejor calidad durante el proceso asistencial.

Se entiende por comunicación efectiva aquella que se produce de forma precisa, oportuna, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuyendo así posibles errores y mejorando la seguridad del paciente.

La atención al paciente es un esfuerzo “complejo” y “sumamente dependiente” de la comunicación de información entre enfermeras, médicos y el personal involucrado en atención primaria, al tiempo que alerta de que los fallos en el proceso comunicativo representan una de las causas más frecuentes de los incidentes que afectan a la seguridad del paciente, no solo en daños graves, sino también en muertes por actos médicos evitables.

Puntos clave de la comunicación médico-enfermera y el personal responsable en atención primaria

Hay que partir de la idea de que la comunicación entre la enfermera, el médico y el personal involucrado en atención primaria, conlleva no solo la transmisión de información verbal, sino también de comunicación no verbal, aparte de la escrita. Por ejemplo, las historias clínicas de los pacientes son una herramienta prioritaria a la hora de facilitar la comunicación entre todo el personal responsable en la atención primaria, encontrándose a disposición de los profesionales sanitarios.

Por otro lado, dependen de la comunicación entre el médico, la enfermera y el personal que le corresponde atención primaria, la seguridad de los pacientes, la calidad del proceso asistencial, así como la disminución de los

conflictos legales en este ámbito. De hecho, la existencia de una fluida relación enfermera-médico es esencial también para un aumento en la satisfacción entre los pacientes y los familiares, incluso puede influir en la mejoría en el pronóstico de los pacientes.

En este proceso, es indispensable que durante cada turno del personal y entre los turnos, la información sobre la atención al paciente y la respuesta a la atención se comunique entre el personal médico, de enfermería y demás profesionales sanitarios.

Barreras actuales

En primer lugar, hay que tener en cuenta que los médicos y enfermeras llevan un ritmo frenético en su día a día. Representan el colectivo más numeroso entre el profesional sanitario y son varias las barreras que en la actualidad dificultan su proceso comunicativo.

Después, cabría mencionar que la organización del propio sistema sanitario y del entorno de trabajo tienen una influencia directa en la comunicación médico-enfermera. Una falta de organización, así como de previsión o de medios, puede perjudicarla.

También ocupan un lugar clave las habilidades sociales y comunicativas de los individuos, aparte de las conductas emocionales; si un médico o una enfermera no cuenta con ellas, el proceso comunicativo será fallido. Otra de las barreras que actualmente pueden darse en torno a la comunicación médico-enfermera son las diferencias culturales y lingüísticas.

Factores para mejorar la comunicación entre médicos, enfermeros y personal sanitario de atención primaria

No hay que olvidar que la comunicación médica, enfermera y personal sanitario debe estar basada siempre en el respeto y una buena coordinación. El problema es que hoy en día para muchos médicos el tener una buena relación con las enfermeras sigue siendo sinónimo de que estas sigan sus órdenes al pie de la letra, subestimando su trabajo cuando en realidad son una pieza fundamental durante el proceso asistencial.

Hasta hace unas décadas la jerarquía sanitaria le concedía mayor influencia al médico, si bien en los últimos tiempos se están equiparando ambas figuras sanitarias. Ambos se enfrentan a situaciones médicamente complejas

en muchas ocasiones, lo que implica irremediablemente una comunicación fluida entre ellos. La confianza entre ambos es igualmente necesaria dentro del proceso comunicativo.

Así con todo, es fundamental que la comunicación entre los médicos, las enfermeras, el personal responsable en atención primaria posicione al paciente como eje de sus actuaciones, que busque siempre lo que es mejor para ellos. Igualmente es fundamental establecer procedimientos para la resolución de conflictos.

El proporcionar todo lo que necesitan los profesionales sanitarios durante la asistencia clínica es a su vez vital para que fluya con rapidez la comunicación entre el médico y la enfermera. Asimismo, una comunicación más abierta y fluida entre profesionales mejorará su satisfacción en el trabajo, al tiempo que redundará en una mejor atención de los pacientes.

Es fundamental la práctica colaborativa entre médicos, enfermeras y personal de atención primaria, para una mejor comunicación entre ellos y es primordial de cara a mejorar el proceso asistencial y para asegurar la seguridad clínica del paciente en todo el proceso.

Es importante señalar que La Organización Panamericana de la Salud (6), manifiesta que, la comunicación es considerada la principal herramienta en el trabajo de los integrantes del equipo de APS tanto para la correcta relación con los pacientes, como para interactuar con la comunidad, los niveles políticos y gerenciales, entre niveles de atención y entre los propios miembros del equipo.

La comunicación habitual en el primer nivel de atención, se produce en la consulta donde se atienden personas con problemas de salud poco definidos, en estadios precoces de su historia natural, por lo que debe existir una capacidad de razonamiento adecuado para distinguir aquellas situaciones más complejas de gravedad, elaborando una orientación diagnóstica más concreta, a partir de una queja muy indeterminada.

La comunicación eficaz es esencial para realizar una prestación de servicios de salud de alta calidad porque mejoran:

La satisfacción del individuo.

- Su comprensión
- Su adherencia terapéutica
- La comunicación es un mecanismo para interactuar con la comuni-

dad, además facilita la participación comunitaria

- Resolución de conflictos entre los miembros del equipo
- Los resultados de salud en términos generales de la asistencia.

En otros aspectos, la comunicación entre los miembros del equipo y el individuo es un elemento que ayuda al alcance del desempeño.

Mientras que al trabajar en equipo se suman fuerzas, actitudes, aptitudes y conocimientos de los diferentes integrantes de una fuerza de trabajo, tienen como fin potenciar entre todos los resultados, la eficiencia y la eficacia del equipo, lo que obliga a cada quien a responsabilizarse de las tareas asignadas, para ello debe haber empatía, armonía, colaboración y acuerdo en toma de decisiones, y todo lo anterior conduce a que exista un líder que coordine las acciones dando confianza, orientación, apoyo, distribuya las cargas de trabajo y que además genere ánimo en el grupo, permitiendo que éste sea autosuficiente, creativo y con capacidad de respuesta a cambios eventuales.

Donde es muy importante que el líder tenga capacidad de evaluar el trabajo de cada uno de los integrantes de la fuerza de trabajo, facilitarles como sea posible sus tareas, exigiendo siempre el respeto entre todos.

Por consiguiente, lo anterior son ventajas del trabajo en equipo, pero también existen algunas desventajas como puede ser la distracción o confusión de las tareas asignadas, el choque de personalidades, desilusiones por no llenar lo que uno considera que quiere hacer y conflicto en la equidad de responsabilidades, por lo que las metas pueden incumplirse.

Uno de los mejores ejemplos del trabajo en equipo se ve en la labor diaria de los hospitales, ya que un gran número de las actividades que se llevan a cabo en una organización hospitalaria son gracias al trabajo en equipo, en donde la coordinación y la cooperación permiten el logro de objetivos. Los buenos hospitales se caracterizan porque todos sus elementos buscan el logro del objetivo: la atención cálida, segura y eficiente del paciente sin tener más protagonismo que el del éxito del objetivo, logrando que todos ganen, en especial el paciente, y por su puesto la organización hospitalaria.

Pero ¿qué sucede cuando una de las partes del proceso falla? Todo el sistema se ve afectado y seguramente a pesar de que el resto del equipo haga su esfuerzo al máximo, el resultado no será el mismo como si todos hubieran funcionado de manera adecuada.

De igual manera funciona una consulta de atención primaria en salud, donde el trabajo en equipo de todos los actores que se involucran con este sector de la salud, es indispensable para el bienestar y la salud del paciente; donde el éxito sólo se obtiene con el cumplimiento de cada uno de los integrantes del grupo de trabajo, lo cual permite brindar una atención segura, eficiente y de calidad para los pacientes.

Colaboración interprofesional en la toma de decisiones clínicas y la planificación del cuidado

En primer lugar, es relevante mencionar a Corona (7), el cual precisa a la toma de decisiones como:

Se conoce como tomar decisiones al proceso intelectual que lleva a una elección entre varias posibilidades y que es común a varias situaciones. A partir de este concepto, el proceso de solución de los problemas de salud de individuos enfermos puede ser considerado como un proceso continuo de toma de decisiones médicas, de las cuales depende, invariablemente, el éxito o el fracaso de la gestión que el médico realiza, (p. 120)

Tomar una decisión implica el proceso de elegir entre diferentes alternativas de acción, donde se seleccionan aquellas alternativas que se perciben como más efectivas para lograr los resultados esperados y evitar los no deseados. El ambiente sanitario se caracteriza por enfrentar permanentemente situaciones decisionales, lo que puede ser potencialmente difícil, particularmente cuando el curso del tratamiento o de la enfermedad es incierto o cuando la decisión implica realizar concesiones valóricas entre riesgos y beneficios.

Los profesionales de la salud deben adoptar un rol protagónico en los procesos de decisiones de salud, desarrollando habilidades para apoyar a sus pacientes o usuarios en los conflictos que ellos deben enfrentar.

Esta toma de decisiones en salud se desarrolla en un modelo compartido entre pacientes y profesionales.

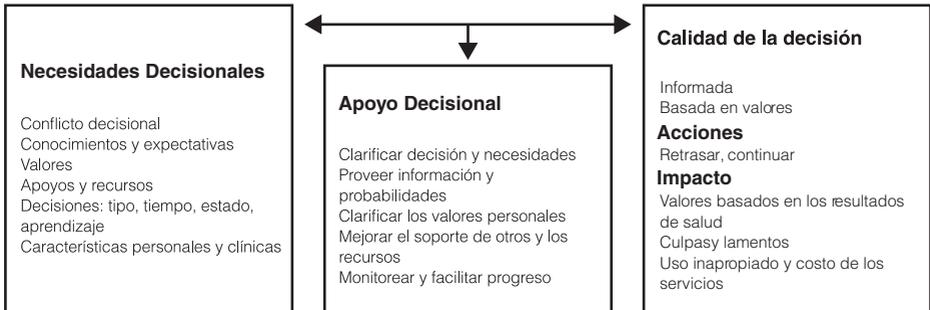
Existe un modelo de toma de decisiones de Ottawa desarrollado por O'Connors, el cual es una referente útil para ayudar a las personas en su rol de toma de decisiones, focalizando el apoyo decional en sus propias necesidades, valores y preferencias.

La TDS es un elemento indispensable para las personas que presentan un conflicto decional cuando no tienen claras sus opciones o la información

no es adecuada, lo que les genera incertidumbre para enfrentar su situación de salud. Por tanto, es de gran relevancia que los profesionales de la salud, acompañe en todo momento a la persona para que las alternativas que le presenta tengan un valor y un beneficio específico, y considerar en todo momento su autonomía, valores y expectativas para que desarrolle las habilidades necesarias y aprenda a tomar decisiones compartidas, que finalmente, la lleven a tomar la mejor decisión y recuperar o mejorar su salud.

El MTDSO desarrollado por la enfermera Annette O'Connor es una herramienta utilizada en la práctica de enfermería para el apoyo decisional como una responsabilidad compartida entre la persona, la familia y el profesional de salud. Los estudios muestran la utilidad que ha tenido en diferentes países, lo que representa un área de oportunidad para su aplicación por las enfermeras y el personal médico para diferentes problemas de salud y escenarios clínicos.

Ilustración 1. Marco Conceptual de Ottawa



Nota: Adaptado Mendoza (8)

Es relevante señalar a Mosqueda (9), en su exposición sobre el proceso de tomar una decisión en salud en el modelo de Ottawa, comienza por identificar las necesidades decisionales, sigue con una fase donde se determina el apoyo decisional basado en las necesidades del usuario y finaliza por evaluar la calidad de la decisión tomada.

Fundamentos del Modelo Conceptual de Ottawa

Este modelo se sustenta en tres teorías:

El modelo de expectativas de valor:

Atribuido al psicólogo estadounidense Martin Fishbein, sostiene que las actitudes de las personas hacia un objeto están determinadas por valores subjetivos o evaluaciones de los atributos asociados con ese objeto. Aplicando esta teoría a situaciones concretas, señala que la actitud de un individuo hacia la realización de un comportamiento estará determinada por la fuerza de sus creencias y la evaluación de los resultados. Además, predice que, cuando existe más de un comportamiento posible, el comportamiento elegido será el que tiene el valor más alto y la mayor combinación de éxito esperado.

Conflicto decisonal:

Se definiéndose como la incertidumbre sobre el curso de acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgos, pérdida o supone un reto para los valores personales se caracteriza por la dificultad para identificar la mejor alternativa debido a los riesgos desconocidos, la necesidad de valorar las ganancias potenciales versus las pérdidas potenciales y por el arrepentimiento anticipado de los aspectos positivos de las opciones que fueron rechazadas.

El apoyo social:

Se refiere a diversas situaciones que involucran interacciones de apoyo. Se ha definido como “una transacción interpersonal que incluye soporte emocional o afecto, información o asesoramiento, ayuda instrumental o física, evaluación y apoyo o afirmación”. Los sistemas que brindan apoyo social han sido ampliamente utilizados en las ciencias de la salud y del comportamiento. En Enfermería, se reconoce el apoyo social como un determinante ambiental que influye en la salud y bienestar de las personas y familias, generando un aumento del dominio situacional, permitiéndole al usuario proteger y mantener su identidad.

Aplicación del marco conceptual de Ottawa

Valoración de las necesidades decisonales: donde enfermeras(os) y usuarios(as) deben indagar sobre las deficiencias que deben ser compensadas para llegar a tomar una buena decisión.

Se implementa en dos subetapas.

Valoración general:

Orientada a identificar y clarificar el problema decisonal, la predisposición hacia una determinada opción, determinar el tiempo disponible para

tomar la decisión y la etapa del proceso de toma de decisión en el que se encuentra el usuario, que influirá en la receptividad para discutir la información y la decisión.

Valoración específica:

Dirigida a determinar la existencia de conflicto decisional y a identificar los factores que pueden incidir en la toma de decisión, como el conocimiento acerca de las opciones, el valor otorgado a las opciones y la participación de otros en el proceso decisional. Otro aspecto a indagar son las características demográficas y clínicas del usuario, ya que ellas van a incidir en su participación en el proceso de decisión compartida, lo que se debe considerar al diseñar el apoyo decisional.

Proporcionar apoyo decisional: corresponde a una serie de intervenciones diseñadas para ayudar a las personas a tomar una decisión específica y deliberar entre las opciones (incluyendo no hacer nada), para proporcionar (como mínimo) información sobre las opciones y resultados relevantes para su salud. Incluye preparar al usuario y al profesional para la toma de decisión y estructurar el seguimiento, habitualmente su implementación tiende a disminuir la incertidumbre, potenciando una participación más activa del usuario e incrementando la toma de decisión efectiva.

Debe contemplar:

- La receptividad del usuario: las estrategias de intervención se deben adaptar a la etapa del proceso decisional en la que se encuentre el usuario
- Características del usuario: las intervenciones deben considerar sus características personales y clínicas. Además, debe ser flexible al grado de participación que la persona desea tener en la toma de decisión, para lo cual es necesario identificar el perfil del usuario respecto al “control decisional”, el que puede ser: activo, colaborativo o pasivo.
- Proporcionar información sobre la situación de salud, opciones y resultados: presentando todas las opciones viables, los potenciales beneficios y daños, los resultados esperados en cada opción. La forma de entregar esta información debe ser apropiada a las necesidades de cada usuario, ya sea por un profesional, por escrito o a través de multimedios, siempre verificando su comprensión.
- Realineación de expectativas: cuando las probabilidades percibidas

por el usuario no concuerdan con los pros y los contras existentes para su situación. Para ello se debe entregar la información de probabilidades de los resultados de manera que la persona pueda imaginárselas e identificarse con la situación.

- Clarificación de valores: el usuario debe comprender cómo el resultado de cada opción lo afectará física, emocional y socialmente. De tal manera que tenga la oportunidad de juzgar que es lo que más les importa tanto de los riesgos como de los beneficios. Puede resultar adecuado realizar discusiones de grupo o presentar ejemplos de personas que tienen diferentes valores y que toman diferentes decisiones.
- Presiones sociales: primero se debe evaluar lo percibido por el usuario, centrándose en las personas que son realmente significativas y en aquellos aspectos que son importantes en la decisión que se está tomando, posteriormente afrontar las fuentes relevantes de presión invitándolos a participar de las discusiones deliberativas con el apoyo de un mediador.
- Afrontar la falta de habilidades, apoyo o recursos: el profesional de enfermería debe ayudar al usuario a acceder y adquirir aquellos aspectos faltantes. En algunos casos deben ser derivados(as) a otros profesionales de salud, grupos de apoyo, servicios voluntarios, u otros.

Facilitar el progreso en las etapas del proceso de toma de decisión: se refiere a ir estableciendo acuerdos respecto de la elección de opciones con el usuario y realizar compromisos para dar pasos hacia su implementación. Además, realizar las coordinaciones para derivar a otros profesionales de ser necesario.

Evaluación del apoyo decisional: este marco conceptual establece que la evaluación debe dirigirse a dos áreas: al proceso decisional y a los resultados clínicos.

Por consiguiente, una buena decisión es aquella que las personas realizan informadamente, consistentes con sus valores personales, sobre expectativas realistas, son llevadas a cabo y concluyen con la expresión de satisfacción de los participantes.

En el mismo orden de ideas es relevante mencionar a Mendoza (10), en cual presenta que en algún momento de la vida todas las personas se ven obligadas a la tomar decisiones en algún aspecto relacionado a la salud, y

cuando las alternativas no están claras, surge el conflicto decisional como una situación de incertidumbre en la que el paciente se debate entre la desinformación y la falta de apoyo para elegir la opción acorde con sus valores personales; es donde el Modelo de Toma de Decisiones de Ottawa, desarrollado por O Connors, es un referente útil para ayudar a las personas, especialmente a las mujeres, a toma de las decisiones que afectan su propia salud y la de sus familias, Donde focalizando el apoyo decisional en sus propias necesidades, valores y preferencias.

Por su parte Moncada (11), menciona que la meta de una decisión clínica no es necesariamente alcanzar un diagnóstico seguro de una enfermedad, sino más bien llegar a una certeza lo suficientemente alta para actuar y tomar la decisión correcta frente a un paciente y su contexto.

Tomar una decisión médica implica ejecutar un razonamiento ordenado respaldado por la evidencia científica, con la intención de tener una aproximación diagnóstica, terapéutica y educativa, mejorando de esta manera la efectividad del médico de atención primaria en beneficio de la salud del paciente; pero esto también nos lleva a asumir riesgos para el paciente, que ha depositado su confianza y su salud en el juicio de su médico, quien cuenta como únicas fortalezas: su capacidad intelectual, sus años de experiencia y el uso perspicaz de una buena orientación clínica a la hora de tomar la decisión final.

Por eso, el camino a seguir entre una serie de hipótesis en un paciente en particular puede ser difícil y no sigue reglas fijas, sin embargo, un esquema panorámico que permita priorizar lo grave y tratable, valorando la fuerza de los argumentos a pedir, podría hacer más eficiente el razonamiento clínico y por ende tomar una buena decisión médica.

Modelos en la toma de decisiones

Especificó tres estrategias para el diagnóstico clínico

Modelo razonamiento inductivo

Este modelo de razonamiento busca la información sin estar dirigida desde un inicio por alguna hipótesis; es decir se procede a la anamnesis y exploración de aparatos y sistemas que ayudaran a formular una primera hipótesis.

Modelo hipotético-deductivo

Este modelo considera que al inicio del proceso se establecen hipótesis basadas en la evidencia disponible, o incluso en la intuición, que después se someten a prueba mediante la exploración y los exámenes complementarios.

Modelo de reconocimiento de patrones

Este modelo se plantea como un proceso de mero reconocimiento del cuadro comparándolo con el modelo de la enfermedad que se dispone en la mente, por similitud global, sin ningún tipo de razonamiento.

La planificación del cuidado

El cuidado en AP, el cual es uno de los grandes roles de una enfermera o enfermero, debe tener presente la importancia de considerar la integralidad del ser humano en las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, enfatizando los aspectos biopsicosociales, siendo imprescindible que las relaciones interpersonales representen actitudes de cuidado. En este sentido la enfermera debe contemplar en la planificación de sus intervenciones, saberes de otras ciencias de la salud que puedan aportar a la calidad de esos cuidados.

El cuidado en el contexto de la AP, se constituye en la esencia de la práctica cotidiana de la enfermera y requiere apropiación de valores éticos, humanitarios, solidarios y de ciudadanía con el fin de construir nuevas formas de actuar y ofrecer el cuidado que valoriza el usuario, vislumbrando la integralidad de la atención de salud.

La etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”.

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados
- La continuidad de los cuidados

- La comunicación
- La evaluación

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o pre-visibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Los objetivos de la informatización de los planes de cuidados

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa

- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalaria

La fase de ejecución del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero o enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase es relevante mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

La etapa de la evaluación, la cual se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados

esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes.

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico de lo que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas:

- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:
 - Observación directa, examen físico.
 - Examen de la historia clínica.
- Señales y Síntomas específicos

Observación directa

- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia
- Conocimientos:
 - Entrevista con el paciente
 - Cuestionarios (test)
- Capacidad psicomotora (habilidades).
 - Observación directa durante la realización de la actividad
- Estado emocional:
 - Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
 - Información dada por el resto del personal
- Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

- Entrevista con el paciente
- Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

El paciente ha alcanzado el resultado esperado.

El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Capítulo

II

*Evaluación y manejo de
condiciones de salud comu-
nes en atención primaria*



Introducción

Las condiciones de salud comunes son aquellas que afectan a una gran cantidad de personas como la diabetes, la presión arterial alta, la enfermedad cardiovascular, el asma y el sobrepeso entre otras. Aunque estas condiciones no suelen ser graves, pueden ser graves si no se tratan de manera oportuna.

Abordaje integral de enfermedades crónicas en atención primaria

El cuidado integral de las personas demanda un entrenamiento para atender problemas crónicos frecuentes en la consulta de atención primaria en salud.

Donde los casos de hipertensión, diabetes mellitus y asma pueden ser abordados mediante modelos de atención en la práctica ambulatoria del primer nivel de atención; uno de ellos es el modelo TOPIC (del inglés: Task-Oriented Processes in Care), el cual permite ordenar la consulta en una secuencia estructurada de cuatro tareas mayores: procesamiento de la información, desarrollo de una adecuada relación médico-paciente-familia, integración de la información y aprendizaje de por vida.

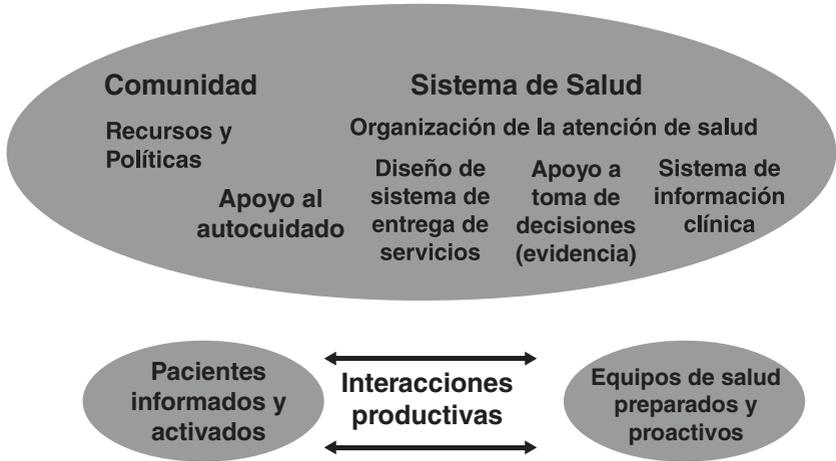
El procesamiento de la información contempla cuatro subactividades en las que se evalúa las expectativas y preocupaciones del paciente, la gravedad y el control de las condiciones, la adherencia y los efectos adversos del tratamiento, se analiza los daños de órgano blanco propios de la enfermedad y se revisan las comorbilidades.

La aplicación de este modelo puede ayudar a los médicos y sus pacientes a ser más eficientes en el manejo de problemas crónicos, teniendo en cuenta el poco tiempo del que se dispone en una consulta de APS.

Modelos de cuidado de enfermedades crónicas

La Organización Panamericana de la Salud (12), presenta un informe en el cual describe un modelo de atención médica que podría ofrecer una gestión integrada de las ENT dentro del marco de la atención primaria de salud (APS), y proporciona una guía práctica para los administradores de programas de salud, formuladores de políticas públicas y actores sobre cómo planificar y prestar servicios de alta calidad para las personas con ECNT o sus factores de riesgo.

Ilustración 2. Modelo de atención de enfermedades crónicas



Resultados mejorados

Nota: Adaptado OPS (13)

El modelo de pirámide de Kayser, orientado a la gestión de casos en el cual se identifican casos de mayor complejidad (multimorbilidad o alta vulnerabilidad social), que deben ser monitoreados por un equipo o un profesional designado; identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico.

En este modelo, la atención se divide en tres niveles diferentes.

- El nivel 1, que comprende alrededor de 70%-80% de la población clínica, incluye apoyo al automanejo, el cual ayuda de forma colaborativa a los pacientes y los que los atienden, a desarrollar conocimientos, habilidades y confianza para cuidar de sí mismos de manera eficaz.
- El nivel 2 está diseñado para pacientes que necesitan un contacto regular con el equipo multidisciplinario para garantizar un manejo eficaz (alrededor del 15%-20% de la población clínica). El manejo de tratamiento específico para las enfermedades les brinda a las personas, con una sola necesidad compleja o con múltiples condiciones, servicios especializados ágiles por medio de equipos multidisciplinarios, protocolos y rutas de tratamiento específicos para sus condiciones.

- El nivel 3 está dirigido a las personas que requieren un apoyo más intensivo. Este es el nivel más alto de atención. El cuidado de los pacientes del nivel 3 utiliza un enfoque de manejo de casos dirigido a la prevención, la coordinación y para la atención conjunta de las áreas de salud y social.

La Pirámide de Riesgo de Kaiser permanente se ha modificado para hacer frente a cuestiones como la prevención a nivel de toda la población, el mejoramiento y la promoción de la salud. Un nivel adicional en la parte inferior de la pirámide está dirigido a abordar las desigualdades entre aquellas personas con alto riesgo de ECNT. Se denomina nivel cero y es pertinente para los servicios de salud, por lo que se recomienda la prevención primaria en el entorno clínico.

Ilustración 3. La pirámide Kaiser permanente de riesgos



Nota: adaptado OPS (14)

Ilustración 4. La pirámide Kaiser permanente de riesgos modificada



Nota: adaptado OPS (12)

El modelo de pirámide de Kayser, orientado a la gestión de casos en el cual se identifican casos de mayor complejidad (multimorbilidad o alta vulnerabilidad social), que deben ser monitoreados por un equipo o un profesional designado; identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico.

El modelo TOPIC (Tareas orientadas a los procesos de atención ambulatoria), categoriza las consultas en cinco prototipos y establece un conjunto de tareas y procesos estandarizados para reconocer las necesidades existentes en cada tipo de visita, y en consecuencia responder ordenadamente a cada tipo de persona. Tiene una utilidad concreta para la práctica ambulatoria por orientar un abordaje más costo efectivo y de mayor impacto en la salud de la población.

Los médicos del primer nivel de atención deben emplear herramientas que permiten hacer una adecuada gestión del tiempo y recursos en cada encuentro clínico, debido a que las necesidades de salud que abordan, son variadas y complejas.

Uno de los principales beneficios del modelo TOPIC, es favorecer una atención eficiente y de calidad, que aproveche al máximo el encuentro mé-

dico-paciente, y le permita al médico ser más resolutivo. En este sentido, su estructura metodológica contribuye a que los profesionales de la salud logren ejecutar sus tareas con eficacia, y puedan siempre elegir las opciones más adecuadas, con independencia de las particularidades de cada caso. Se estructurará de esta manera una respuesta ordenada, basada en fundamentos científicos, y acompañada de los mejores procesos de cuidado para el paciente.

El enfoque TOPIC se proponen cuatro procesos mayores y un número variable de tareas al interior de ellos para cada consulta prototípica, tales como:

Proceso Mayor 1: Procesamiento de la información por el médico:

Organiza el recojo de información del paciente y/o familiares, necesaria para plasmar el enfoque en cada tipo de consulta. Se correlaciona con la anamnesis, antecedente, examen físico y solicitud de pruebas auxiliares convencionales.

Proceso Mayor 2: Desarrollo de una adecuada relación médico-paciente-familia:

Genera una corriente favorable entre el prestador de salud, el paciente y su familia. Incorpora aspectos como dedicar el tiempo necesario para ayudar, transmitir respeto hacia el paciente, demostrar un real interés, poseer una buena disposición para apoyarlo hasta la solución de sus problemas y ofrecer una efectiva orientación y educación.

Proceso Mayor 3: Integración de la información:

Procesamiento a posteriori de la información recibida, tanto del paciente y familiares, como de exámenes auxiliares y de la respuesta inicial al manejo, buscando alcanzar las mejores probabilidades diagnósticas y plantear el mejor enfoque. Esta es la tarea que es diferente en cada tipo de consulta.

Proceso Mayor 4: Aprendizaje de por vida:

Consolida un perfeccionamiento continuo, revisando guías diagnósticas, estudios, y otra bibliografía disponible para esclarecer dudas en el abordaje de problemas vagos e inespecíficos, en la oferta de recomendaciones preventivas específicas, o al realizar una elección entre tipos de manejo semejantes, entre otros puntos.

Estrategias de prevención y promoción de la salud en atención primaria

La prevención de la enfermedad al igual que la promoción de la salud son estrategias de la Atención Primaria. Su aplicación permite, según su nivel de intervención, mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo.

Hay tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

En cada uno de ellos, se genera acciones específicas que contribuyen al control de la enfermedad y sus secuelas en diferentes etapas de la historia natural de la enfermedad.

Niveles de atención.

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, entre otros. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

Mientras más precoz sea aplicada la medida preventiva, será más efectiva en su objetivo para frenar el curso de la enfermedad, o impedir que se desarrolle en el individuo; por lo tanto, se debe dar énfasis a la prevención primaria antes de que aparezca la enfermedad, con el fin de contribuir al bienestar de la población en general.

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

Prevención Primaria

Organización Mundial de la Salud citada por Vignolo (15), la prevención

primaria es “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”.

OMS citada por Vignolo (15)

“Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”. (p. 11)

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis, programas educativos para enseñar cómo se trasmite y cómo se previene el dengue, prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.

APS debe ser entendida como el primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con el sistema de salud, llevando la atención de la salud lo más cerca posible del lugar donde viven y trabajan las personas, en otras palabras, a la comunidad, donde es necesaria la participación de esta, porque es a partir de ella que surgen las necesidades que tiene la misma.

Donde la prevención requiere acción anticipatoria, basada en el conocimiento de la historia natural, en vista a hacer improbable la instalación y posterior progreso de la enfermedad.

En el caso de la Prevención Primaria deben ser incluidos todos los actos en que se dirigen promocionar la salud y el bienestar general. Es en este nivel en el que ubicamos la educación para la salud y todas las campañas de inmunizaciones, y preventivas como campañas de concientización.

Aquí es donde se debe hablar de protección específica como aquellas medidas aplicables a una enfermedad particular, o grupo de enfermedades, que tiendan a interceptar las causas de la enfermedad antes que involucren al hombre.

La prevención primaria se desarrolla en todos los niveles de atención, ya sea en un programa de prevención primaria, como, por ejemplo, de inmunizaciones en el primer nivel, hasta la prevención de escaras (prevención terciaria) en un (tercer nivel de atención).

En cada nivel de atención, primero, segundo y tercero se pueden desarrollar todos los niveles de prevención. Por ejemplo, en el primer nivel se pueden desarrollar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, tal es el caso de la prevención terciaria en cuanto a acciones de rehabilitación en el primer nivel de atención.

Prevención secundaria

En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado y oportuno, son esenciales para el control de la enfermedad.

La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad.

Prevención Terciaria

Se refiere a acciones relativas a la recuperación del paciente a la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas.

En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.

Promoción de la salud

La Promoción de la Salud se orienta a mejorar las condiciones de salud de las personas y las comunidades a través de amplias intervenciones para la adopción de prácticas saludables tales como la mejora al acceso y calidad de los servicios de salud.

Es importante señalar a Vignolo (15), donde manifiesta que:

La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se la define como: "el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla". (p. 12)

La prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo; en cambio la promoción de la salud está centrada en ésta y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma (cuando se hace referencia a prevención se centra en la enfermedad y cuando se habla de promoción en la salud).

La estrategia propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso de la promoción de salud supone, involucrar a la comunidad en la implantación de las políticas. La promoción de la salud está ligada íntimamente a la salud e involucra sustancialmente a la vida cotidiana, esto es: la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de la gente.

Abarca tanto las acciones dirigidas a favorecer la incorporación de prácticas individuales y comunitarias saludables, así como a la modificación de las condiciones sociales ambientales y económicas, con el fin de reducir las desigualdades sanitarias.

La estrategia de la APS es aplicable en todos los niveles de atención, desde el equipo de salud que trabaja en el primer nivel, hasta en la gestión de servicios de alta complejidad en el tercer nivel.

Estrategias

- Fortalecer institucionalmente a las áreas responsables.
- Promover el acceso equitativo a la información, contribuyendo al consenso social y a la viabilidad política de las acciones.
- Promover el desarrollo de conductas saludables a partir de acciones intersectoriales.
- Promover la participación comunitaria en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, favoreciendo el proceso de planificación local de actividades

Existen diferencias claras entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin embargo, en algunos aspectos, el enfoque de la prevención primaria presenta similitud con el enfoque de la promoción.

Ambas, pueden compartir instrumentos y niveles de intervención.

Es claro que la prevención incide en los grupos e individuos en riesgo de adquirir una enfermedad específica, mientras que la promoción de la salud

busca incidir sobre los determinantes favorables para la salud de los grupos poblacionales y de la sociedad en general.

Tabla 1. Cuadro resumen de diferencias entre promoción y prevención.

Prevención	Promoción
<ul style="list-style-type: none">• Acción que emana del sector sanitario, considera a los individuos y poblaciones como expuesto a factores de riesgo.• Enfoque de riesgo.• Medidas directas dirigidas al bloqueo de la enfermedad.• Medidas específicas para el control de determinadas enfermedades• Identificación de causas modificables de la enfermedad.• Más efectivo cuanto más temprano se frene el curso.• Medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad (reducción de factores de riesgo) y también a detener su avance y atenuar sus consecuencias.• Alta motivación del tratante y el tratado.	<ul style="list-style-type: none">• Proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud.• Enfoque poblacional.• Esfuerzos realizados para mantener y mejorar la salud de individuos, familias y comunidades.• Requiere de buenas estructurales sociales de base.• Gran potencial de mejorar indicadores de salud.• Más efectivo entre a más temprano se inicie.• Medidas destinadas modificar actitudes, conductas y comportamientos.• Percepción individual del beneficio es poca.

Nota: adaptado Redondo (16)

Evaluación y manejo de enfermedades infecciosas en atención primaria

La mayoría de las infecciones que acontecen dentro de la comunidad tienen un diagnóstico enteramente ambulatorio. Donde existen muy pocas patologías de naturaleza infecciosa en las que podamos establecer un diagnóstico de certeza por medio de la identificación del microorganismo causante de la misma.

La mayor parte de las infecciones que un médico de Atención Primaria atiende son agudas; generalmente de aparición brusca y de desaparición también rápida y sin dejar secuela alguna en la mayor parte de las ocasiones.

La mayoría de los pacientes que se atienden en las consultas son pacientes aparentemente sanos o que, aunque tengan algún tipo de enfermedad crónica, esta no representa un verdadero factor de riesgo para que la adquisición de una infección represente un verdadero compromiso para su salud o que influya en mayor o menor medida en la evolución de la infección.

Es conveniente señalar que una buena parte de las infecciones de la comunidad tienen una evolución en principio benigna y autolimitada tendiendo a la curación espontánea como ocurre con las gastroenteritis o las bronquitis agudas.

También es importante hacer hincapié que, habitualmente, son de etiología múltiple siendo muy poco frecuente en Atención Primaria que un proceso infeccioso sea causado por un solo microorganismo.

Por ejemplo, una infección de orina puede estar producida por bacterias diferentes, aunque la mayor parte de las infecciones estén producidas por *Escherichia coli*. Por otra parte, también es posible que un mismo microorganismo esté relacionado con varios cuadros clínicos diferentes, como por ejemplo *Streptococcus pyogenes* productor de la amigdalitis aguda y relacionado asimismo con la producción de un impétigo (infección de la piel) como entidades más frecuentes.

Es importante señalar que tan solo una parte de las infecciones vistas en Atención Primaria precisan un tratamiento antibiótico, y este será empírico en la mayor parte de los casos. Solo en aquellos en que se tenga acceso, en la Atención Primaria, a un diagnóstico rápido y siempre y cuando este diagnóstico sea lo suficientemente sensible y específico, se estará en condiciones de prescribir un antibiótico como tratamiento etiológico.

En la consulta de atención primaria en salud las infecciones del tracto respiratorio son la causa más frecuente, principalmente las de vías altas. Cuando nos encontramos ante una amigdalitis aguda, con amígdalas exudativas y edematosas acompañadas de fiebre y adenopatías latero cervicales, y ausencia de tos, hay una gran probabilidad de que se este frente a una infección por *Streptococcus pyogenes* B-hemolítico. En este caso asimismo estaría indicado el tratamiento antibiótico.

En el resto de las infecciones de vías altas, como las otitis medias y las sinusitis agudas, no existe hoy por hoy técnica alguna que nos ponga de manifiesto de una manera rápida la etiología bacteriana de la infección y no está tan clara la utilidad antibiótica, máxime cuando la mayor parte de estas infecciones tienen una naturaleza vírica. En el caso de las infecciones agudas de vías bajas, sí es necesario un tratamiento antibiótico empírico teniendo presente que el microorganismo más frecuente encontrado en este tipo de infecciones es el *Streptococcus pneumoniae*.

En cuanto a las infecciones Gastrointestinales, siendo la mayor parte autolimitadas, no solo no hay que realizar un tratamiento antibiótico, en la mayor parte de los casos no hay que administrar tratamiento alguno.

Las infecciones del tracto urinario son otro caso claro de posible tratamiento antibiótico debido al uso tan extendido que se hace de las tiras reactivas para la determinación de leucocituria y reducción de nitratos a nitritos. *Escherichia coli* es el principal responsable del cuadro.

Las infecciones del sistema nervioso central son lo suficientemente graves como para no ser tratadas desde la Atención Primaria. Tan solo apuntar la posibilidad que, ante un paciente con sospecha fundada de una enfermedad meningocócica en una visita domiciliaria, es aconsejable que se le administre una dosis de penicilina o ceftriaxona por vía parenteral (si es posible por vía intravenosa) en su mismo domicilio, antes de enviarlo luego urgentemente al hospital. Este tratamiento antibiótico previo a la hospitalización se asocia claramente a una menor mortalidad en la enfermedad.

Infecciones del aparato respiratorio superior

Rinitis catarral o catarro común

La rinitis es unas infecciones respiratorias agudas. Es más frecuente en épocas frías y húmedas. La infección se ve favorecida por determinados factores individuales inmunitarios, nutricionales o anatómicos y factores ambientales (ambientes secos y contaminados, cambios bruscos de temperatura y tabaquismo).

La transmisión del virus se produce a través del contacto manual, fómites contaminados, transmisión por partículas emitidas al toser o al estornudar, y que requieren contacto cercano con una persona infectada. La saliva no es un medio eficaz de propagación de la mayoría de los virus implicados en este proceso.

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico. El período de incubación es de 1 a 3 días y aparecen síntomas prodrómicos como alteración del estado general, astenia y febrícula, prurito nasal, estornudos en salvas, lagrimeo y sequedad nasal. En la fase catarral aparece rinorrea acuosa muy abundante, obstrucción nasal bilateral, anosmia y tos irritativa. La rinorrea se convierte en mucosa y la obstrucción y el malestar disminuyen. La fase de mejoría y curación espontánea tiene lugar entre el quinto y el séptimo día con el restablecimiento del ciclo nasal.

El color de la secreción nasal no debe tenerse en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre el uso de antibióticos. La presencia de purulencia por sí sola no permite distinguir entre un cuadro catarral y una sinusitis. Además, puede durar hasta 2 semanas en particular los fumadores.

Las complicaciones son debidas a sobreinfección bacteriana (neumococo, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, anaerobios), como la sinusitis aguda bacteriana, otitis, faringitis, neumonías, bronquitis, exacerbaciones de asma, gastroenteritis, por extensión a la vía aerodigestiva.

El tratamiento es sintomático:

- Una correcta higiene de manos ha demostrado ser eficaz para prevenir la propagación de los virus respiratorios.
- Descongestionantes nasofaríngeos tópicos (oximetazolina 0,05%), durante un máximo de 2-3 días; debe utilizarse la menor dosis posible para evitar la congestión nasal de rebote con la retirada (rinitis medicamentosa), proporcionan un beneficio escaso.
- Los antihistamínicos tienen escaso valor en el tratamiento (la rinorrea es consecuencia de la cinina y no de la histamina) y producen efectos secundarios (sedación, sequedad de ojos, nariz y boca).
- No hay evidencia sobre la equinácea, la vitamina C, el zinc, los mucolíticos, los vasoconstrictores nasales, la inhalación de vapor y las terapias antivíricas.

Otitis

La otitis incluye cualquier proceso inflamatorio o infeccioso que afecte al oído externo (otitis externa) o medio (otitis media).

Otitis externa

Es un proceso inflamatorio o infeccioso que afecta al conducto auditivo externo y que puede extenderse al tímpano o al pabellón auricular.

Existen cuatro formas clínicas:

- Otitis externa circunscrita: infección de un folículo pilosebáceo de la porción externa cartilaginosa del conducto auditivo externo.
- Otitis externa difusa: afecta a toda la piel del conducto auditivo externo y la capa externa del tímpano (la más frecuente).
- Otomicosis: infección fúngica del conducto auditivo externo. Supone un 10% de todas las otitis externas.
- Otitis externa maligna: infección rara y grave, casi exclusiva de diabéticos adultos e inmunodeprimidos.

Diagnóstico clínico

Es característica la otalgia y puede existir otorrea. En la exploración, la presión del trago suele ser dolorosa (trago positivo), y en la otoscopia puede encontrarse un conducto auditivo externo edematoso e hiperémico.

Diagnóstico diferencial

Se realiza con la otitis media aguda, aunque a veces es difícil al no poder visualizarse el tímpano. En general, en la otitis media, el dolor al manipular el pabellón y las adenopatías son infrecuentes.

Tratamiento de la otitis externa

- Otitis externa difusa no complicada

Etiología: P. aeruginosa, S. aureus, Polimicrobiana

No está indicado el tratamiento antibiótico.

- Otitis externa difusa sin mejoría a las 48-72 h

Etiología: P. aeruginosa, S. aureus, Polimicrobiana

Tratamiento: analgésico + Ác. acético al 2 %, 3-6 gotas/6-8 h/ 5- 7 d

Antibiótico: Aminoglucósido + polimixina B gotas, 2-4 g/6 h/7d

antibiótico alternativo: Ciprofloxacino tópico 0,3 %, 2-4 g/8-12 h/7-10 d

- Otitis externa circunscrita (localizada o forúnculo)

Etiología: *P. aeruginosa*, *S. aureus*, Polimicrobiana

Antibiótico: Mupirocina tópica 2 %, 1 aplicación/8 h

- Otitis externa circunscrita (forúnculo) con mayor celulitis asociada

Etiología: *P. aeruginosa*, *S. aureus*, Polimicrobiana

Antibiótico: Cloxacilina, 500 mg/6 h/7 d Amoxicilina/ác.clavulánico, 500 mg/125 mg/8 h/7 dd.

Antimicrobiano de elección en alergia a β -lactámicos: Clindamicina oral, 300 mg/8 h/10 d.

- Otomicosis

Etiología: *Aspergillus Cándida*

Tratamiento: limpieza de conducto auditivo externo por aspiración y alcohol boricado 70 %, 5 g/12 h, al menos 10 d

Si hay persistencia: clotrimazol tópico 1 %, 8 g/12 h/14 d

- Miringitis bullosa leve

Tratamiento: alcohol boricado 70 %, 5 g/12 h, al menos 10 d

Si hay persistencia: clotrimazol tópico 1 %, 8 g/12 h/14 d

- Miringitis bullosa con afectación extensa y severa

Etiología: *Mycoplasma*

Tratamiento: Azitromicina, 500 mg/12 h/3 d

Otitis media aguda

Inflamación de causa infecciosa del revestimiento mucoperióstico del oído medio, con la posterior producción y acumulación de exudado. En un 75%-90% de los casos se trata de una infección autolimitada que evoluciona hacia la curación espontánea en un plazo medio de 7 a 10 días.

La evolución de una otalgia inicial se produce a través de una otitis serosa no bacteriana (no infecciosa); si persiste más de 7 días se trataría de una otitis media bacteriana.

Ambos trastornos son originados por la obstrucción funcional o mecánica de la trompa de Eustaquio.

Microbiología

Los gérmenes más frecuentes son virus (25-60%), *Streptococcus pneumoniae* (33%), *H. influenzae* (27%). Son menos frecuentes *Streptococcus pyogenes* (5%), enterobacterias (3-7%), *S. aureus* (2%), anaerobios (0-2,5%) y *M. catarrhalis* (1%).

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en criterios clínicos y exploratorios (óticos). Los criterios clínicos son: fiebre, otalgia, adenopatías e hipoacusia; y los óticos son: otorrea, tímpano eritematoso, reflejo luminoso ausente, tímpano abombado o retraído, nivel timpánico o perforación.

En la evolución de la otitis media aguda se diferencian varios estadios clínicos y óticos:

- Otalgia intensa, pulsátil de inicio. Tímpano deslustrado o congestivo.
- Malestar general, con fiebre y presencia de exudado en el oído medio.
- Perforación timpánica y otorrea, lo que alivia la otalgia.
- Cicatrización timpánica.

Tratamiento

La antibioterapia proporciona un escaso beneficio en la otitis media aguda. No ha demostrado disminuir las recurrencias, la supuración continuada, la pérdida de audición o el resto de las complicaciones. Además, el 80-90% de las otitis medias se resuelven espontáneamente sin tratamiento antibiótico. Es necesario el control del paciente a las 48-72 horas e iniciar tratamiento antibiótico ante la ausencia de mejoría clínica.

El tratamiento antibiótico inicial sería recomendable en las formas graves (otalgia aguda grave, fiebre ≥ 39 °C), otitis bilaterales y cuando se objetiva otorrea.

Otitis media aguda

- Sin signos de gravedad
- No indicado tratamiento antibiótico
- Se indica tratamiento sintomático
- Actitud expectante en pacientes sin patologías o antecedentes que puedan agravar el pronóstico
- Valorar prescripción diferida

Otitis media aguda

Sin mejoría en 48-72 h

Síntomas graves:

- $T^a \geq 39^\circ$,
- Dolor intenso y vómitos
- Perforación timpánica
- Enfermedad de base grave

Tratamiento

- Amoxicilina 500 mg/8 h/7 d

Antimicrobiana elección en alergia a β -lactámicos

- Azitromicina 500 mg/24 h/3 d
- Claritromicina 250-500 mg/12 h/7 d

Otitis media aguda

Sin mejoría tras 48-72 h de tratamiento con amoxicilina

Tratamiento

- Amoxicilina/Ác. clavulánico, 500-875 mg/125 mg/ 8 h/10 d

Antimicrobiana elección en alergia a β -lactámicos

- Levofloxacino 500 mg/24 h/10 d
- Contraindicado en embarazo

Derivación al hospital

- Realizar una timpanocentesis
- Otitis media aguda recurrente (3 episodios en 6 meses, más de 4 en 1 año), ausencia de respuesta tras dos series de antibióticos, intolerancia a la medicación oral, afectación importante del estado general, signos de cuadro séptico intracraneal (meningitis, laberintitis, trombosis del seno lateral).

Rinosinusitis aguda

Proceso infeccioso que afecta a la mucosa de uno o más de los senos paranasales, con una duración inferior a 4 semanas. Es preferible utilizar el término «rinosinusitis» frente a «sinusitis», ya que la inflamación de los senos rara vez ocurre sin inflamación de concomitante de la mucosa nasal.

Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. No es fácil diferenciar entre sinusitis bacteriana y vírica, por lo que es frecuente el error diagnóstico y el sobretratamiento con antibióticos.

Existe una serie de criterios clínicos que permiten establecer el diagnóstico probable de rinosinusitis aguda bacteriana.

- Secreción nasal purulenta anterior
- Secreción retranasal
- Tos

Las complicaciones se desarrollan en raras ocasiones (1 por cada 1.000 casos) y esta cifra es independiente del uso de antibióticos (celulitis preseptal, absceso orbitario subperióstico, celulitis y absceso orbitario, trombosis del seno cavernoso, meningitis).

Características rinosinusitis aguda grave

- Temperatura ≥ 39 °C o fiebre persistente
- Edema periorbitario
- Dolor facial o dental grave
- Alteración del estado mental
- Hiperestesia infraorbitaria
- Diplopía

Tratamiento

El tratamiento de la rinosinusitis aguda vírica se centra en el manejo sintomático, ya que por lo general se resuelve en 7-10 días.

Medidas generales

- No existen suficientes evidencias de tratamientos que acorten el curso clínico de la enfermedad, aunque en determinados casos pueden producir un alivio de la sintomatología:
- Lavados nasales con suero fisiológico hipertónico, para favorecer el drenaje de secreciones. Produce efectos adversos menores como ardor e irritación nasal.
- Analgésicos/antiinflamatorios no esteroideos para alivio del dolor y de la fiebre.
- Descongestionantes orales (pseudoefedrina, fenilefrina): no tienen evidencia de eficacia en la disminución de síntomas y tienen muchos efectos secundarios.
- Descongestionantes intranasales (oximetazolina 0,05%): no hay evidencia suficiente para apoyar su uso.
- Antihistamínicos orales: no hay estudios que evidencien su eficacia para rinosinusitis aguda. Solo puede considerarse en caso de sinusitis crónica con evidente componente alérgico.
- Corticoides sistémicos: mejoran el control de los síntomas, pero poseen un perfil significativo de efectos secundarios. No hay evidencia

de la superioridad de ningún corticoide sobre el resto.

- Mucolíticos o fluidificantes: no existen ensayos publicados para apoyar su uso.
- Mantener una adecuada hidratación y cierto grado de humedad en el hogar e incluso inhalación de vapor en la ducha.
- Dormir con la cabeza más elevada y evitar inhalar humo de tabaco o aire demasiado frío o seco.

Tratamiento antibiótico

- La infección bacteriana se produce solo en el 0,5-2% de los casos de rinosinusitis aguda y también puede ser una enfermedad autolimitada que se resuelve sin tratamiento antibiótico. Los pacientes tratados con antibióticos pueden tener un curso más corto de la enfermedad; sin embargo, también experimentan más efectos adversos.
- No hay evidencia de la eficacia de los antibióticos en virtud de la gravedad de los síntomas.
- Las ventajas del tratamiento antibiótico son modestas. No logran un cambio importante en las curaciones clínicas, ni existen diferencias en las tasas de recidivas y recurrencias en los tratados con antibióticos. No existe evidencia de que el tratamiento antibiótico inicial disminuya la frecuencia de complicaciones o el paso a la cronicidad.
- La antibioterapia se podría plantear en los pacientes que no mejoran después de 7-10 días de tratamiento sintomático (rinosinusitis persistente), con síntomas de moderados a graves que reúnan al menos dos o más criterios de etiología bacteriana, dado que son más propensos a desarrollar una rinosinusitis bacteriana grave.
- Las formas aguda leve y moderada no requieren tratamiento antibiótico, ya que se resuelven sin que este sea necesario en la mayoría de los casos.
- Selección del antibiótico: la mayoría de los pacientes con rinosinusitis no tienen datos de cultivos para guiar la terapia, por lo que el tratamiento antibiótico se inicia empíricamente. La cobertura de rutina de *S. aureus* resistente a meticilina no está indicada en este momento, dado que sigue siendo una causa infrecuente de rinosinusitis a pesar

de la prevalencia de la colonización en meato medio en adultos.

- La duración de la terapia antibiótica es controvertida, aunque generalmente se recomiendan 5-7 días. En pacientes con respuesta lenta es aconsejable prolongar el tratamiento hasta 2 o 3 semanas.

Tabla 2. Tratamiento de la rinosinusitis.

Proceso	Etiología	¿Cuándo dar antimicrobianos?	Antimicrobianos de elección	Antimicrobiano de elección en la alergia a β -lactámicos	Antimicrobianos alternativos	Derivación al hospital
Sinusitis aguda leve		No indicado ^a Actitud expectante Valorar prescripción diferida				
Sinusitis aguda con síntomas intensos que persisten más de 7-14 d o con signos de sinusitis bacteriana grave ^b	Virica S. pneumoniae H. influenzae M. Catarrhalis S. aerus Baterias anaerobias		Amoxicilina, 500-1.000 mg/8-h/5 d ²	Claritromicina 250-500 mg / 12 h / 7-10 d Levofloxacino, 500mg / 24 h /10-14 d	Contraindicado en embarazo	Sospecha de complicaciones orbitarias o intracraneales: - Fiebre alta o estgado tóxico - Dolor facial intenso - Fallo en el tratamiento - Rinosnutitis crónica o recurrente - Inmunosupresión
Sinusitis sin mejoría de síntomas tras 48-72 h de tratamiento con amoxicilina o con alta probabilidad de resistencia a amoxicilina			Amoxicilina/ác. clavulánico, 500-875 mg/12-h/7 d	Claritromicina 250-500 mg / 12 h / 7-10 d Levofloxacino, 500mg / 24 h /10-14 d	Contraindicado en embarazo	
Sinusitis con sospecha de origen odontogénico	Patógenos anaerobios orales		Clindamicida, 300mg/8h/ 7-10 d			

Nota: Adaptado Alastrué (17)

Faringoamigdalitis aguda

La faringitis en el adulto es la enfermedad infecciosa respiratoria más común en la consulta del médico de familia en APS. El mecanismo de transmisión suele producirse por vía respiratoria a través de las pequeñas gotas de saliva que se expelen al toser y estornudar o, simplemente, cuando una persona infectada habla a un huésped susceptible. Es mucho menos frecuente por contaminación de alimentos o el agua.

La etiología bacteriana es principalmente por estreptococo b-hemolítico grupo A (EBHGA), responsable del 5-15% del total de casos en adultos. Es habitual la existencia de portadores asintomáticos, principalmente entre los niños.

Otras bacterias implicadas en la faringoamigdalitis aguda en nuestro medio son *Streptococcus dysgalactiae* subsp. *equisimilis* (estreptococos β -hemolíticos de los grupos C y G). Más raramente, puede estar causada por *Fusobacterium necrophorum*, *Borrelia vincentii*, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae* (en adolescentes y adultos que practican sexo oral-genital), *Mycoplasma pneumoniae* (causa, además, bronquitis aguda o infección respiratoria superior) y *Chlamydomydia pneumoniae* y *Corynebacterium diphtheria*.

Diagnóstico

Clínico

El diagnóstico etiológico preciso para diferenciar virus de bacterias es difícil en la práctica diaria. En general, se sospecha etiología vírica en presencia de conjuntivitis, tos, rinorrea, ronquera, diarrea o úlceras en la boca.

Cultivo faríngeo y técnicas antigénicas rápidas

El patrón de oro para el diagnóstico microbiológico es el cultivo del frotis faríngeo. Los frotis de garganta no son sensibles ni específicos para el diagnóstico, aumentan los costes, pueden provocar sobretreatamientos y no distinguen entre la enfermedad aguda y el estado de portador, por lo que no deben realizarse de forma rutinaria en AP. Existen pruebas de detección rápida de antígenos para diagnosticar infección por EBHGA.

Como estrategia de actuación para el diagnóstico de la faringoamigdalitis aguda por EBHGA y con el objetivo de disminuir la posibilidad de generar resistencias antibióticas, se recomienda la combinación de métodos clínicos y antigénicos.

Tratamiento

Medidas no farmacológicas

Tratamiento sintomático con analgésicos/antipiréticos orales (paracetamol, 0,5-1 g/4-6 h; máximo 4 g/d) y antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno, 400 mg/8 h).

Tratamiento sintomático con antiinflamatorios locales, como flurbiprofeno, ha demostrado ser más eficaz que el placebo para disminuir el dolor de garganta. En este sentido, el uso de antiinflamatorios de acción local puede ser una alternativa para disminuir el de los sistémicos y evitar efectos secundarios.

Tratamiento específico de la infección por EBHGA

El tratamiento antibiótico está indicado en los pacientes con diagnóstico de infección por EBHGA. El beneficio de la antibioterapia en la infección por EBHGA es modesto en nuestro medio, debido a que la incidencia de las complicaciones supurativas y no supurativas es baja y, por tanto, eleva el número necesario de tratamientos para evitar un caso. En general, los antibióticos son modestamente eficaces para reducir los síntomas y su eficacia es menor a la hora de prevenir las complicaciones de esta infección.

El tratamiento evitaría la propagación de la enfermedad, conseguiría un alivio sintomático (reducción de 16 horas del dolor faríngeo, fiebre y cefalea al tercer día), reduciría las complicaciones supurativas (otitis media y absceso periamigdalino) y no supurativas (fiebre reumática-Incidencia anual < 1 caso/100.000 habitantes en países desarrollados).

La penicilina V oral durante 10 días es el único tratamiento que ha demostrado prevenir la fiebre reumática y el absceso periamigdalino, presenta estrecho espectro de acción y el EBHGA es 100% sensible. No hay evidencia de indicar tratamientos de menor duración. El tratamiento de 10 días es mejor que el de 7 días para la resolución de los síntomas, erradicación del EBHGA y evitar recaídas.

Como tratamiento de segunda elección, debe considerarse amoxicilina oral a dosis bajas (500 mg/12 h/10 d) por presentar menor tasa de curación

(86% frente a 92% con penicilina) y por el riesgo de erupciones cutáneas severas en pacientes con infección por el virus de Epstein-Barr. En alérgicos a penicilina, la alternativa puede ser azitromicina oral, 500 mg/24 h/5 d. En función de los datos de sensibilidad del EBHGA a clindamicina (100%), se considera una alternativa válida para casos de menor sensibilidad a macrólidos, en pacientes alérgicos a penicilina (clindamicina, 150-300 mg/8 h/10 d).

Gripe

Están originadas por cepas A y/o B. Cada 15-20 años se producen epidemias mundiales (pandemias) por mutaciones antigénicas del virus A. El virus C ocasiona una infección respiratoria leve con frecuencia asintomática. Excepcionalmente, se producen pandemias por mutaciones de los antígenos A, H o ambos del virus A.

El virus de la gripe o influenza pertenece a la familia Orthomyxoviridae. Existen tres géneros patógenos en humanos: virus A (clasificado en subtipos por las glucoproteínas de superficie H y N), virus B (no categorizado en subtipos, pero con dos líneas genéticas distintas) y virus C. No existe inmunidad cruzada entre otros tipos o subtipos de virus de la misma familia. Las nuevas formas adoptadas por el virus anualmente son el resultado de los cambios antigénicos (deriva antigénica), producidos por mutaciones víricas en los tres tipos. Estos cambios son más lentos en el caso del virus B. Desde 1977 la circulación del virus de la influenza A y del virus B es global.

Diagnóstico

Clínico

El diagnóstico está basado fundamentalmente en criterios epidemiológicos. La gripe es una infección, por lo general, autolimitada, con una amplia variabilidad en sus manifestaciones clínicas y en la gravedad de estas. Se transmite de forma directa mediante secreciones respiratorias, por fómites y a través de objetos contaminados por estos. El período de transmisibilidad en adultos abarca desde el día previo a la aparición de la clínica hasta 5 días después.

Formas clínicas:

Infección gripal no complicada-rinotraqueítis. Instauración de forma brusca de síntomas generales (fiebre elevada, cefalea intensa, artromialgias ge-

neralizadas, astenia, debilidad y postración importante, síntomas digestivos, anorexia, náuseas) y respiratorios (tos seca, dolor faríngeo, hiperlagrimeo, congestión nasal), con una exploración inespecífica. La curación es espontánea en 6-10 días. La temperatura se normaliza en 2-5 días; el resto de los síntomas, en 5-7 días, y la tos puede prolongarse hasta 3-4 semanas.

Infección gripal complicada. Es más frecuente en los pacientes de riesgo (inmunodeprimidos, mayores de 65 años, enfermedades cardíacas, respiratorias, renales, diabetes), y produce una elevada mortalidad (tasas estimadas de 100/100.000 habitantes-año en personas mayores de 65 años). Las muertes son debidas a las complicaciones como neumonía por *S. pneumoniae*, *S. aureus* o *H. influenzae* (90% de los fallecimientos) o por exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Otras complicaciones respiratorias (otitis, sinusitis, bronquitis aguda y asma) y extrarrespiratorias (descompensación de enfermedades subyacentes, síndrome de Reye, miocarditis, pericarditis, síndrome de Guillain-Barré, miositis, rabdomiólisis, mioglobinuria, encefalopatía y mielitis transversa).

La seguridad diagnóstica del síndrome gripal en un ambiente epidémico es mayor.

En estos períodos, la presencia de fiebre y tos en las primeras 48 horas son los síntomas que mejor indican que existe infección gripal (valor predictivo positivo del 79-87%) y la odinofagia se asocia negativamente. No obstante, la seguridad del diagnóstico es limitada por las similitudes que existen con otras viriasis respiratorias frecuentes con las que hay que realizar un diagnóstico diferencial.

Tratamiento

Tratamiento sintomático

Dirigido a paliar la fiebre y mejorar los síntomas. Incluye medidas generales y tratamiento farmacológico (analgésicos y antiinflamatorios como paracetamol e ibuprofeno). Los antibióticos, mucolíticos o descongestionantes nasales no han demostrado su utilidad.

Tratamiento específico

Los fármacos disponibles en la actualidad son:

- Adamantanos (amantadina y rimantadina): aprobados como profilaxis y tratamiento del virus A. Se administran vía oral y no están indicados en embarazadas.
- Inhibidores selectivos de la neuraminidasa (zanamivir y oseltamivir). Aprobados para el tratamiento y la profilaxis tras la exposición a la gripe A y B. El zanamivir se administra vía inhalatoria, dos pulverizaciones (10 mg) /12 h y el oseltamivir, 75 mg/12 h/5 d, y en profilaxis posexposición durante 7-10 días. El zanamivir presenta más efectos secundarios y puede exacerbar un asma. Oseltamivir reduce la sintomatología si se administra dentro de las 24-48 horas de inicio de los síntomas, pero no reduce complicaciones ni hospitalizaciones.

Mononucleosis infecciosa

Es un síndrome clínico autolimitado que se caracteriza por faringitis, linfadenopatía y malestar, causado por el virus de Epstein-Barr en el 90% de las ocasiones; el 10% restante está ocasionado por la primoinfección por el VIH, herpes virus humano 6, citomegalovirus, adenovirus o *Toxoplasma gondii*.

Diagnóstico

Debemos sospechar mononucleosis infecciosa por virus de Epstein-Barr cuando un adolescente o adulto joven presenta dolor de garganta, fiebre y malestar asociado a linfadenopatía y faringitis en el examen físico. La presencia de petequias palatinas, esplenomegalia y adenopatía cervical posterior son muy sugestivas de mononucleosis, mientras que la ausencia de linfadenopatía cervical y astenia hacen que el diagnóstico sea menos probable.

El diagnóstico de sospecha es siempre clínico y se confirma mediante pruebas serológicas.

Laboratorio

Linfocitosis marcada (> 50% de leucocitos), con linfocitos atípicos (grandes e hiperbasófilos). En un paciente con mononucleosis la detección de al menos 10% de linfocitos atípicos en un frotis de sangre periférica tiene una sensibilidad del 75% y una especificidad del 92% para el diagnóstico. Los linfocitos atípicos también pueden encontrarse en toxoplasmosis, rubéola, he-

patitis vírica, parotiditis, citomegalovirus, infección aguda por VIH y algunas reacciones medicamentosas. Frecuentemente cursa con trombopenia, neutropenia y linfocitosis relativa y absoluta.

En la mayoría de los enfermos, existe aumento leve de transaminasas (incremento de dos-tres veces de las cifras de ALT y AST), con normalización espontánea en 2-3 semanas. En algunos casos se produce un cuadro de hepatitis colestásica (aumento de dos-tres veces las cifras de bilirrubina, gamma glutamil transpeptidasa, fosfatasa alcalina y cociente ALT/fosfatasa alcalinas < 2).

El diagnóstico serológico confirma el diagnóstico clínico de sospecha. Se basa en la determinación inicial de anticuerpos halterófilos y/o la detección de anticuerpos específicos contra el virus de Epstein-Barr. El diagnóstico de mononucleosis infecciosa se establece por la presentación clínica, la presencia de linfocitos atípicos en un frotis de sangre periférica y una prueba positiva de anticuerpos halterófilos.

Tratamiento

El tratamiento es sintomático, en la mayoría de los casos, con analgésicos o antiinflamatorios, reposo e hidratación. Conviene evitar la actividad física excesiva durante el primer mes para reducir la posibilidad de rotura esplénica. Los corticoides no están indicados para la mononucleosis infecciosa no complicada y pueden predisponer a sobreinfección bacteriana. No está justificado el tratamiento antivírico específico.

Hay que derivar al hospital en caso de sospechar complicaciones como hipertrofia amigdalina grave con obstrucción de la vía aérea.

Infecciones del aparato respiratorio inferior

Bronquitis aguda

Proceso inflamatorio autolimitado que afecta al árbol bronquial tras infección de la vía aérea, caracterizado por la presencia de tos, a veces productiva, que puede prolongarse a lo largo de 3-4 semanas.

En más del 90% de los casos, la etiología es vírica (influenza A y B, para influenza, coronavirus 1-3, rinovirus, virus respiratorio sincitial y metapneumovirus humano). En $< 5\%$ se aíslan bacterias como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* o *Bordetella pertussis* (7-32% de adultos con tos

prologada > 3 semanas). Solo en pacientes con patología crónica de base se identifican *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* o *Moraxella catarrhalis*.

Diagnóstico

Clínico

Se caracteriza por la presencia de tos, con empeoramiento nocturno que persiste durante > 5 días y puede durar hasta 4-6 semanas (media: 3 semanas), con producción de esputo amarillento o mucopurulento (50% de las bronquitis agudas). La tos puede estar acompañada de broncoespasmo (evidenciado por la reducción del FEV1 en 40% de las bronquitis agudas) o disnea leve. En la auscultación pulmonar podemos apreciar sibilancias o roncus modificables por la tos, sin signos de consolidación. Se acompaña de síntomas generales (fiebre, anorexia y artromialgias).

No existe relación entre la etiología «no vírica» con la duración de la tos ni con el aspecto del esputo, aunque sea purulento. La sobreinfección bacteriana grave y, por tanto, el riesgo de neumonía asociado a la bronquitis aguda es poco frecuente en individuos sanos (< 1-5%); el riesgo, sin embargo, aumenta con la edad y comorbilidad.

Laboratorio y pruebas complementarias

La determinación de proteína C reactiva (PCR) junto con la situación clínica (edad, gravedad de la bronquitis aguda, comorbilidad), puede ayudar a determinar la gravedad de la infección respiratoria; así, se diferencia entre las infecciones más graves (neumonía o bronquitis aguda complicada) que se beneficiarían del tratamiento con antibióticos de los casos de bronquitis agudas autolimitados.

Se aconseja la realización de radiografía de tórax si se sospecha infección neumónica (clínica grave, signos de consolidación parenquimatosa).

Tratamiento

Se estima que solo en el 1-5% podría estar justificado el tratamiento antibiótico, para evitar las complicaciones en pacientes de riesgo (edad avanzada con comorbilidad importante asociada).

Tratamiento sintomático

Puede pautarse tratamiento sintomático con antitérmicos/analgésicos comunes. No se recomienda el uso generalizado de antihistamínicos, antitusígenos, agonistas β 2 -adrenérgicos o corticoides inhalados u orales, expectorantes o mucolíticos, ya que en la actualidad no existen ensayos de buena calidad que demuestren su utilidad frente a placebo para mejorar los síntomas (principalmente la tos) de la bronquitis aguda. Los β 2 -adrenérgicos inhalados pueden disminuir los síntomas, incluida la tos aguda (< 4 semanas), en los casos de obstrucción del flujo aéreo en pacientes con hiperreactividad de las vías respiratorias.

Tratamiento antibiótico

Es un proceso autolimitado en la mayoría de las ocasiones. El uso de antibióticos en la bronquitis aguda no complicada no supone un beneficio significativo en cuanto a duración y/o gravedad de los síntomas, tanto en personas sanas como en los fumadores o en jóvenes con comorbilidades previas. Aunque podrían tener un beneficio moderado en personas frágiles o de edad muy avanzada con multimorbilidad, su uso debe considerarse en el contexto más amplio y atender también a efectos secundarios como el aumento de la resistencia o del coste.

En la bronquitis aguda, como norma general, no se recomienda la antibioterapia. El tratamiento inicial con antibióticos podría valorarse en caso de:

- Elevada sospecha de etiología bacteriana (valor de PCR capilar > 100 mg/L).
- Mayores de 65 años que presenten dos o más de los siguientes criterios, o bien, mayores de 80 años que presenten una o más: hospitalización en el año previo, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca congestiva o uso concurrente de corticoides orales
- Sospecha clara de infección por *B. pertussis* (tos de origen infeccioso de 2 semanas de duración con, al menos, uno de estos tres signos: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos provocados por la tos).
- Empeoramiento de la bronquitis aguda a lo largo de las 2 primeras semanas; se considera empeoramiento el deterioro progresivo del malestar general, la aparición de fiebre o el aumento de la tos y/o de la dificultad respiratoria.

Las estrategias de prescripción diferida de antibióticos y la no prescripción reducen notablemente el consumo de antibióticos en infecciones respiratorias bajas no complicadas. La prescripción diferida puede considerarse en los casos de bronquitis agudas que empeora clínicamente, y se aconseja su uso si el empeoramiento es progresivo tras las 2 primeras semanas de inicio de la bronquitis.

En los casos de prescripción se recomienda la utilización de claritromicina, 500 mg/ 12 h/5-7 d, o azitromicina, 500 mg/d/3 d, o amoxicilina, 500 mg/8 h/5-7 d. En casos de exposición a un brote documentado de tosferina por *B. pertussis*, el tratamiento con macrólidos orales (azitromicina, 500 mg/d/3 d, o claritromicina, 500 mg/12 h/7 d) es efectivo en la erradicación del germen y control de la transmisión, aunque no altera el curso clínico del proceso.

Seguimiento y evolución

En caso de bronquitis agudas con criterios clínicos de gravedad se recomienda derivación para valoración hospitalaria.

Exacerbación infecciosa en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Cambio agudo en la situación clínica basal del paciente más allá de la variabilidad diaria, que cursa con un aumento de la disnea, expectoración, expectoración purulenta, o cualquier combinación de estos tres síntomas y que precisa un cambio terapéutico.

H. influenzae es la etiología más frecuente, seguida de *S. pneumoniae* y *M. catarrhalis*. Los virus pueden encontrarse en más del 50% de los casos. *Pseudomonas aeruginosa* debe sospecharse en los pacientes afectados de bronquiectasias, y en EPOC grave y muy grave y ante reagudizaciones frecuentes (tabla 3.1). Los gérmenes atípicos (*M. pneumoniae* y *C. pneumoniae*) se presentan más raramente (en menos del 10% de los casos).

Diagnóstico

Clínico

Presencia de aumento de la disnea, expectoración y/o expectoración purulenta (criterios de Anthonisen), que precisa un cambio terapéutico.

Laboratorio y pruebas complementarias

En general, en las exacerbaciones sin datos de gravedad no es necesario recurrir a pruebas complementarias (analítica y radiología). No se recomienda el estudio bacteriológico por la baja fiabilidad del cultivo de esputo. Diferentes estudios sobre el uso de la PCR han demostrado que una concentración elevada (> 40 mg/L) no permite distinguir la etiología de la exacerbación, pero sí predice la mala evolución clínica.

Tratamiento

Ante una exacerbación de un paciente con EPOC es importante identificar las situaciones que requieren un ingreso en el hospital. Las diferentes reglas predictivas de severidad no son útiles en Atención Primaria (AP).

Tratamiento sintomático

En toda exacerbación, la prioridad es ajustar el tratamiento broncodilatador con agonistas β_2 -adrenérgicos de acción corta con o sin anticolinérgicos de acción corta y dejar el tabaco. Los corticoides orales son beneficiosos para acelerar la recuperación de los síntomas, mejorar la función pulmonar y disminuir los fracasos terapéuticos. Se recomienda administrar corticoterapia oral en las exacerbaciones moderadas (disnea significativa, comorbilidad cardiaca no grave, o bien, historia de dos o más exacerbaciones en el año previo) y en todas las exacerbaciones en la EPOC grave o muy grave (0,5 mg/kg/d de metilprednisolona o equivalentes durante 5 días).

Tratamiento antibiótico

El uso de los antibióticos en las exacerbaciones ambulatorias y hospitalarias produce una pequeña, aunque significativa, mejoría clínica. Pero no están indicados para el tratamiento de la colonización de las vías aéreas en la EPOC estable. Sin embargo, en EPOC leve-moderada, el tratamiento con antibióticos en el medio comunitario produce un mayor beneficio frente a placebo, tanto en términos de evolución clínica como en número de recurrencias posteriores.

Los casos de esputo purulento son los que se benefician del tratamiento antibiótico principalmente. También se ha visto que el uso de la purulencia del esputo como guía para administrar antibióticos puede ser una buena estrate-

gia en pacientes hospitalizados. La curación clínica es similar en pacientes sin purulencia no tratados con antibióticos frente a pacientes con purulencia que sí lo han sido. De este modo, podemos simplificar la toma de decisión a la presencia o no de purulencia en el esputo, frente a los criterios clásicos de Anthonisen.

En ausencia de esputo purulento, en caso de duda sobre la necesidad de administrar antibióticos, se recomienda realizar una determinación de PCR y tratar con antibióticos con valores > 40 mg/L. El tratamiento de elección es amoxicilina/ácido clavulánico. Los casos leves podrían recibir tratamiento con amoxicilina, pues el *H. influenzae* presenta una prevalencia de resistencias frente a amoxicilina muy bajas.

Seguimiento y evolución

Se requiere un control estricto en caso de edad avanzada y cuando hay comorbilidad asociada. En pacientes tratados con antibiótico a nivel ambulatorio debe evaluarse la evolución clínica entre 48-72 horas después. Los resultados de estudios publicados en los últimos años muestran que un tratamiento con antibióticos (macrólidos o fluoroquinolonas), continuado (diario) o intermitente (solo unos días a la semana), podría ser beneficioso en algunos pacientes con EPOC muy grave y frecuentes exacerbaciones. No obstante, su uso podría asociarse a un aumento de resistencias y de efectos secundarios y no debería instaurarse en AP.

Neumonía adquirida en la comunidad

La neumonía adquirida en la comunidad es una infección aguda del parénquima pulmonar que se manifiesta por signos y síntomas de infección respiratoria de vías bajas que se presenta en pacientes no hospitalizados o institucionalizados y que no hayan sido ingresados en un hospital en los 14 días previos al inicio de los síntomas.

La edad y la comorbilidad (EPOC, diabetes, enfermedad cardiovascular y renal, principalmente) son factores de riesgo importantes de neumonía. La edad es el factor más determinante, por lo que es previsible un aumento de la incidencia en la próxima década debido al envejecimiento poblacional y al consiguiente aumento de las comorbilidades.

La mortalidad global por neumonía oscila entre 5-10%, y en pacientes atendidos en AP es inferior al 1%.

Diagnóstico

Clínica compatible con infección respiratoria baja en presencia de un infiltrado (alveolar o intersticial) en la radiografía de tórax, no atribuible a otra causa.

Diagnóstico de sospecha

En pacientes > 18 años con clínica de infección respiratoria baja, aumenta la probabilidad de neumonía (área bajo la curva de 0,79; IC 95%: 0,74-0,85) si en ausencia de rinorrea existe: fiebre (temperatura > 37,8 °C), disnea, auscultación patológica (crepitantes, hipofonesis) y taquicardia (100 > l pm).

El cuadro típico (fiebre, escalofrío, fiebre, dolor pleurítico y semiología de condensación) es más frecuente en neumonía neumocócica o por H. influenzae. El síndrome atípico (presentación subaguda con tos irritativa, síntomas extrarrespiratorias y auscultación frecuentemente normal) se asocia más a Mycoplasma o Chlamydia. Legionella pneumophila puede originar formas clínicas combinadas con frecuentes manifestaciones gastrointestinales y neurológica. En ancianos los cuadros son más tórpidos y pueden cursar sin fiebre, con cuadro confusional y deshidratación.

Proteína C reactiva

La PCR en sangre capilar es uno de los diversos biomarcadores con valor diagnóstico y pronóstico en neumonía disponibles hoy en día, que puede usarse en AP.

Radiología

La realización de radiografía postero anterior y lateral de tórax ante la sospecha de neumonía permite realizar el diagnóstico diferencial y conocer el grado de afectación, lo que tiene implicaciones pronósticas.

El control radiológico debe realizarse a partir de las 6-8 semanas del tratamiento y solamente ante la persistencia de síntomas o signos clínicos o si existe riesgo de enfermedad maligna de base (fumadores).

Tratamiento

El tratamiento debe ser siempre la administración precoz de un antibiótico de forma empírica. La elección del tratamiento empírico se basa en la posible etiología, nivel de resistencias locales, teniendo en cuenta la gravedad de la neumonía y las comorbilidades.

En el caso de una neumonía que no requiere ingreso hospitalario, el tratamiento de elección, en la mayoría de los casos, es amoxicilina a dosis elevadas (cubre adecuadamente las cepas de neumococo con sensibilidad intermedia a penicilinas). La amoxicilina/ácido clavulánico o las fluoroquinolonas estarían indicadas en casos de sospecha de etiología por gramnegativos. En estos casos, las fluoroquinolonas serían el tratamiento de segunda elección para reducir el riesgo de resistencias.

En pacientes menores de 50 años, sin comorbilidad crónica y con elevada sospecha de neumonía por *M. pneumoniae*, podría iniciarse el tratamiento con macrólidos en monoterapia. Aunque debe considerarse la posibilidad de patógenos atípicos, no existe la necesidad de cubrir su presencia en todos los casos, excepto cuando existan factores de riesgo para *L. pneumophila*. Diferentes estudios indican que el tratamiento con β -lactámicos en monoterapia no es inferior al uso de β -lactámicos con macrólido o fluoroquinolonas con respecto a la mortalidad, probabilidad de reingresos por complicaciones o prolongación de la estancia en UCI en neumonía grave.

En cuanto a la duración del tratamiento, las evidencias a favor de pautas cortas (5- 7 días) en el tratamiento de la neumonía no grave están aumentando.

En todos los casos se aconseja reevaluar clínicamente a los pacientes a las 48-72 horas de inicio del tratamiento.

Tuberculosis pulmonar

La TB se origina por bacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis* que pertenecen a la familia *Mycobacteriaceae* y al orden *Actinomycetales*. El complejo incluye *M. tuberculosis* (el agente más frecuente en humanos), *M. bovis* (resistente a pirazinamida y a veces causa de la TB transmitida por leche no pasteurizada), *M. africanum*, *M. caprae*, *M. microti*, *M. pinnipedii* y *M. canetti*. El *M. tuberculosis* es una bacteria aerobia fina, no esporógena, bacilar, que mide 0,5 por 3 mm y no capta la tinción de Gram.

Se define como cepas de TB multirresistentes a fármacos (MDR) a aquellas que son resistentes al menos a isoniazida (H) y rifampicina (R). Son cepas de extrema resistencia a fármacos (XDR) aquellas que, además de ser MDR, presentan resistencia a alguna fluoroquinolona y a uno o más de los fármacos de segunda línea inyectables (amikacina, capreomicina o kanamicina). El estudio de sensibilidad se basa en la detección en el cultivo de un porcentaje $\geq 1\%$ de bacterias resistentes en comparación con crecimiento sin antibióticos.

La TB tiene como característica diferencial, respecto a otras enfermedades, la obligación de separar dos situaciones que se pueden dar en una persona al entrar en contacto con el *Mycobacterium*:

- Primero se produce la «infección tuberculosa latente».
- Después se produce la enfermedad tuberculosa pulmonar (o extrapulmonar a veces).

La infección tuberculosa ocurre cuando la persona entra en contacto con el *M. tuberculosis* y desencadena en su organismo una respuesta inmune que, en la mayoría de los casos, consigue detener la multiplicación de los bacilos que se traduce en un control de la infección inicial. Sin embargo, algunos persisten en estado de latencia a nivel intracelular, ya que no se destruyen en su totalidad. Habitualmente, esta infección pasa desapercibida por no desencadenar ninguna sintomatología y puede pasar un tiempo variable, desde semanas hasta años, hasta que se desarrolla la segunda fase. El mayor riesgo de desencadenar esta enfermedad se sitúa en los dos primeros años de la infección tuberculosa, tras haber tenido un contacto con un enfermo tuberculoso bacilífero.

También es posible que una persona pase toda su vida con una infección tuberculosa latente hasta que, en la vejez o coincidiendo con una disminución de su sistema inmunitario, desarrolla la enfermedad.

Diagnóstico

Clínica

La sintomatología clínica de la enfermedad tuberculosa puede ser muy variada e inespecífica. Primero es necesario diferenciar entre infección tuberculosa latente y enfermedad tuberculosa. La prueba de la tuberculina y la radiología torácica son los pilares fundamentales en el estudio diagnóstico.

Principales síntomas y signos de la tuberculosis

- Puede ser asintomática (primoinfección tuberculosa, en ancianos).
- El inicio suele ser insidioso y poco específico con astenia, anorexia, fiebre, pérdida de peso, febrícula vespertina y/o sudoración nocturna.
- Tos seca y persistente con esputo escaso y no purulento.
- Esputo hemoptoico (en ocasiones).
- Dolor torácico, disnea (si hay derrame pleural).
- Disfonía (fases avanzadas).

Infección tuberculosa latente

- Existen bacilos en el organismo, pero controlados por la inmunidad adquirida.
- La infección tuberculosa no produce síntomas clínicos.
- Se diagnostica a través de la positividad de la prueba de la tuberculina, tras descartar la enfermedad tuberculosa.
- Tanto las pruebas de imagen como las bacteriológicas son negativas.

Enfermedad tuberculosa

- La inmunidad adquirida fracasa en sus mecanismos de control del bacilo
- Suelen existir síntomas clínicos
- Ante la sospecha de enfermedad, la radiología es el método más sensible
- Existe gran variedad de lesiones radiológicas
- Es necesario confirmar siempre por medios microbiológicos y, en ocasiones, histopatológicos

Las imágenes radiológicas de esta enfermedad son muy variables y deben entrar en el diagnóstico diferencial de la mayoría de las enfermedades pulmonares.

Los casos diagnosticados al inicio de la presentación de síntomas suelen ser bastante anodinos. Algunas formas de TB torácica pueden tener radiografías normales, por ejemplo, formas endobronquiales o con exclusiva afectación ganglionar en niños. En estos casos, solo la tomografía computarizada, la broncoscopia y la bacteriología positiva en las muestras bronquiales permitirán llegar al diagnóstico. La tomografía también es útil para diferenciar entre lesiones residuales y activas.

En la TB denominada postprimaria, o también de reactivación, es bastante característico observar afectación radiológica en uno o ambos lóbulos superiores, con más frecuencia en los segmentos apical y posterior, o en el segmento apical del lóbulo inferior. La cavitación es frecuente, puede ser única o múltiple y es posible que presente nivel hidroaéreo.

Signos radiológicos más comunes en la tuberculosis pulmonar primaria

- Ausencia de signos radiológicos (como en el caso de las fases iniciales de la enfermedad miliar).
- Infiltrados alveolares con/sin adenopatías locales (en cualquier lóbulo, aunque algo más frecuente en los superiores).
- Afectación ganglionar hiliar o mediastínica sin repercusión parenquimatosa.
- Derrame pleural (más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes); la mayoría son unilaterales, pero pueden ser bilaterales.
- Tuberculosis miliar que se suele acompañar de adenopatías hiliares en niños.
- Atelectasias o cavitaciones (estas últimas muy poco frecuentes).

Cultivo de micobacterias

El cultivo de micobacterias resulta imprescindible por su mayor sensibilidad respecto a los exámenes microscópicos y las técnicas genéticas, porque permite identificar la especie de micobacteria aislada y, finalmente, indica la eficacia del tratamiento en el seguimiento de la enfermedad. Hoy día, se prefieren los medios de cultivo líquidos, frente a los más antiguos medios sólidos, por ser más sensibles y detectar el crecimiento bacteriano de forma precoz. La mayoría de las micobacterias crecen en 3-4 semanas en medios sólidos y en 2-3 semanas en la mayor parte de los medios líquidos.

Diagnóstico anatomopatológico

En general, el diagnóstico anatomopatológico se lleva a cabo cuando existen indicaciones para realizar biopsia, es decir, cuando hay sospecha de neoplasia o ante casos de difícil interpretación con bacteriología repetidamente negativa y, por lo general, en caso de TB extrapulmonar.

El diagnóstico se basa en la presencia de granulomas epitelioides con necrosis caseificante (granulomas tuberculoides). Se utilizan técnicas de tinción histoquímica para la demostración de bacilos ácido-alcohol resistentes; la más empleada es la de Ziehl-Neelsen a pesar de su baja sensibilidad.

Tratamiento de la tuberculosis pulmonar

El tratamiento antituberculoso debe cumplir tres condiciones básicas:

- Incluir tres o cuatro fármacos en la fase inicial para evitar la aparición de resistencias.
- Mantener el tratamiento un tiempo suficiente para eliminar las diferentes poblaciones bacilares y evitar las recaídas.
- Cumplimiento correcto con un mínimo de intolerancia.

Los fármacos de elección para el tratamiento de los casos nuevos son los denominados de primera línea o esenciales: son bactericidas, matan los bacilos en replicación activa y esterilizantes porque eliminan también los bacilos en fases latentes. Los de segunda línea son menos potentes, con más efectos secundarios, han sido menos evaluados y su manejo es más difícil; por tanto, se reservan para los casos de resistencia o intolerancia a los fármacos de primera línea.

Fármacos para el tratamiento de la tuberculosis

Fármacos de primera línea o esenciales

- Isoniazida (H)
- Rifampicina (R)
- Pirazinamida (Z)
- Etambutol (E)
- Estreptomina (S)

- Rifabutina (Rbt)
- Rifapentina (Rpt)

Fármacos de segunda línea

- Fluoroquinolonas: altas dosis de levofloxacino o moxifloxacino
- Capreomicina, kanamicina, amikacina (inyectables)
- Linezolid, bedaquilina, delamanid
- Cicloserina/ terizidona, etionamida/ protionamida, clofazimina
- Tioacetazona
- Ácido paraminosalicílico

La tasa de resistencia primaria a la H y el resto del fármaco ha aumentado en los últimos años. Por consiguiente, en pacientes previamente no tratados (o con antecedentes de tratamientos inferiores a 1 mes), se recomienda el régimen terapéutico de 6 meses, que consiste en la administración de H, R, Z y E durante 2 meses (fase inicial), seguida de H y R durante los cuatro restantes (fase de continuación). Es la pauta 2 HRZE + 4 HR. Si hubiera contraindicación para usar etambutol se puede sustituir por estreptomina (S). Solo se puede retirar E si se dispone de un antibiograma que muestre sensibilidad a todos los fármacos.

En caso de no poder utilizar alguno de los fármacos de primera línea mencionados, es obligado el control por profesionales con experiencia, ya que el tratamiento es más complejo y se prolonga hasta los 18-24 meses. Fármacos como Linezolid, bedaquilina y delamanid demuestran a través de ensayos clínicos su papel en el tratamiento de TB resistentes (TB-MDR y TB-XDR), y muy posiblemente, en un futuro cercano, en el tratamiento de la TB sensible.

Antes de iniciar el tratamiento, es preciso descartar la presencia de patologías o situaciones que impidan utilizar la pauta estándar. Debe tenerse en cuenta el peso del paciente, considerar las posibles interacciones con los fármacos antituberculosos y valorar la necesidad de derivación a otro nivel asistencial. Deben respetarse las normas de aislamiento respiratorio, principalmente durante los primeros 21 días.

Una vez iniciado el tratamiento, el seguimiento durante este es esencial para controlar la evolución clínica y bacteriológica, detectar efectos secundarios de los fármacos y estimular el cumplimiento (tablas 4.18 a 4.21). Es

importante recordar al paciente que la toma regular de la medicación es imprescindible para obtener la curación, que la desaparición de los síntomas no implica la curación de la enfermedad y que, en ningún caso, se debe abandonar total o parcialmente el tratamiento. En caso de interrupción del tratamiento durante más de 2 semanas (considerado como abandono), el enfermo debe ser remitido a una unidad especializada para decidir la pauta terapéutica más adecuada en función del tiempo transcurrido y del resultado del estudio microbiológico.

Tabla 3. Pautas terapéuticas antituberculosas actualmente recomendadas.

Pauta estándar*	2 HRZE/4 HR. A.B.C.D.	A. Se puede suspender el E si el antibiograma muestra sensibilidad a todos los fármacos. B. La fase de continuación debe durar 7 meses en pacientes con cavitación en la radiografía de tórax y cultivo positivo al final de la fase inicial. C. M. bovis es resistente a la Z. D. En situaciones de resistencia primaria a la H, al 4 % de las cepas, se puede utilizar la pauta 2 HRZ/4 HR. E. Los subíndices indican el número de veces por semana que se administra la medicación. F. Pauta contraindicada en VIH positivos, cavitación en la radiografía de tórax o tuberculosis extrapulmonar. G. La S está contraindicada durante el embarazo. Algunos autores aconsejan la pauta 2 HRE/7 HR a causa de la falta de experiencia amplia sobre posible teratogenicidad de la Z. H. La duración del tratamiento puede ser de 6 meses (2 HRZE/4 HR) si el cumplimiento es estricto y la respuesta clínico-microbiológica correcta. Si esta es más lenta o el paciente se encuentra en situación de inmunodeficiencia (especialmente si CD4 < 200), el tratamiento debe durar 9 meses (2 HRZE/7 HR) o hasta 4 meses después de la negativización de los cultivos. I. Si el paciente recibe fármacos antirretrovirales (inhibidores de la proteasa o inhibidores de nucleósidos de la transcripta
Pautas alternativas	Si no se puede utilizar Z: 2 HRE/7 HR 2 HRS/7 HR Si no se puede utilizar H: 6 RZE 2 RZE/10 RE Si no se puede utilizar R: 2 HZE/10-16 HE Si no se puede utilizar E: 2 HRZ/4 HR	
Pautas de administración intermitente	2 HRZE/4 H ₂ R ₃ A. 2 HRZE/4 H ₃ R ₃ A. 2 HRZE/4 H ₁ R _{pt} F. 2 HRZE/4 H ₃ R ₃ A.F. 2 H ₃ R ₃ Z ₃ E ₃ /4 H ₃ R ₃	
Embarazo	2 HRZE/4 HRA.G	
VIH/sida	2 HRZE/4-7 HR A.H.I.	
Silicosis	2 HRZE/6HR 2 HRE/10 HR	
	2 HRE/7 HR	
Hiperuricemia sintomática		

Nota: Adaptado Alastrué (17)

Tabla 4. Dosis de los fármacos antituberculosos de primera línea.

		Formas de administración	
		Intermitentes	
Diaria		2 veces por semana	3 veces por semana
H	5 mg/kg (máx. 300 mg/d)	Adultos: 15 mg/kg (máx. 900 mg) 15	15 mg/kg (máx. 900 mg)
R	10 mg/kg (máx. 600 mg/d)	10 mg/kg (máx. 600 mg)	10 mg/kg (máx. 600 mg) 10 mg/kg (máx. 600 mg)
Z	30 mg/kg (máx. 2 g)	50-70 mg/kg (máx. 3,5 g)	50-70 mg/kg (máx. 3 g)
E	15-25 mg/kg (máx. 1,6 g)	50 mg/kg (máx. 3 g)	25-30 mg/kg (máx. 2,5 g)
S	10-15 mg/kg (máx. 1 g)	25-30 mg/kg (máx. 1,5 g)	25-30 mg/kg (máx. 1,5 g)

A Si el período de administración supera los 2 meses: 25 mg/kg los dos primeros meses y después, 15 mg/kg.

B Dosis máxima 750 mg/d si el paciente tiene más de 50 años.

E: etambutol; H: isoniazida; R: rifampicina; S: estreptomina; Z: pirazinamida.

Nota: Adaptado Alastrué (17)

Estudio de contactos

Se considera contacto a cualquier individuo que haya tenido relación con un enfermo de TB. Los contactos de un enfermo con TB bacilífera constituyen un grupo de alto riesgo para infectarse y enfermar de TB. Todas las personas contactos de un enfermo tuberculoso bacilífero pueden, potencialmente, contagiarse. El riesgo de infección depende tanto de factores propios del caso índice (localización de la enfermedad, estado bacteriológico, intensidad y duración de la clínica, retraso diagnóstico) como de las personas expuestas (edad, estado inmunológico) y ambientales (proximidad y duración del contacto, ventilación, hacinamiento).

Se debe realizar siempre un estudio convencional de contactos ante la sospecha o confirmación de una TB (pulmonar o laríngea). Los contactos de los enfermos con baciloscopia de esputo o cultivo positivo presentan un riesgo más alto de infectarse con M. tuberculosis. También se debe estudiar a los contactos de los niños tuberculino-positivos y de los conversores recientes de la prueba de la tuberculina para detectar la fuente de infección responsable y comprobar si esta ha infectado a otros individuos.

Tratamiento preventivo de la tuberculosis: tratamiento preventivo de infección (o quimioprofilaxis primaria) y tratamiento de la infección tuberculosa latente

Ambos tratamientos se basan en administrar medicación con la finalidad de prevenir dicha infección o bien evitar el desarrollo de enfermedad tuberculosa activa en los pacientes ya infectados.

Tratamiento preventivo de la infección (o quimioprofilaxis primaria)

Está recomendada en contactos de muy alto riesgo (niños, adolescentes, coinfección por VIH o inmunodeprimidos) con prueba de la tuberculina negativa. El fármaco de elección es la H, en dosis única, preferentemente en ayunas. Si no se puede utilizar la H se empleará la R.

Antes de iniciar el tratamiento preventivo debe descartarse la enfermedad tuberculosa activa mediante radiografía torácica.

Siempre ha de hacerse una segunda prueba de la tuberculina a las 8-10 semanas después de la interrupción del contacto o la negativización de la baciloscopia (del caso índice). En caso de persistir un resultado < 5 mm, en la prueba de la tuberculina, se suspende la H. Si la prueba resulta ≥ 5 mm, hay que descartar enfermedad y una vez hecho esto se sigue el TITL.

Tratamiento de infección tuberculosa latente

Está indicado en todos los contactos de un enfermo tuberculoso infectado recientemente (estudio convencional de contactos), conversores (se documenta infección en los 2 últimos años) especialmente en los menores de 65 años. También se indica en personas afectadas por VIH pertenecientes a colectivos con riesgo para desarrollar una TB independientemente del resultado de la prueba de la tuberculina.

La infección tuberculosa latente se define como la respuesta inmunitaria persistente a antígenos de *M. tuberculosis* adquiridos con anterioridad sin manifestaciones clínicas de TB activa.

El estudio y TITL deben practicarse sistemáticamente en personas infectadas por el VIH, adultos y niños en contacto con enfermos de TB pulmonar, pacientes que vayan a comenzar tratamientos con anti-TNF, enfermos sometidos a diálisis, personas que se preparan para recibir trasplantes de órganos o

hemáticos y enfermos de silicosis. También es una necesidad a tener en cuenta en presos, personal sanitario, inmigrantes procedentes de países con una carga elevada de TB, personas sin hogar y consumidores de drogas ilícitas.

El TITL no genera inmunidad y tiene una eficacia entre el 60-90% dependiendo del grado de adherencia del paciente, entre otros factores. Es importante señalar que las personas infectadas no están enfermas y no pueden contagiar a otros individuos.

Las indicaciones del TITL

- Contacto reciente estrecho y continuo con un enfermo tuberculoso bacilífero
- Primoinfección en menores de 5 años o infección reciente (conversores de PT en 2 años)
- Inmunodeprimidos por enfermedad (VIH), o bien, secundariamente a tratamiento. Trasplante de órgano sólido. Neoplasia hematológica. Quimioterapia. Paciente en hemodiálisis por insuficiencia renal crónica. Bypass yeyunoileal. Gastrectomizados. Tratamiento con anti-TNF u otros agentes biológicos
- Inmigrantes procedentes de países con alta endemia de tuberculosis. Poblaciones socialmente desfavorecidas, refugiados (si se puede hacer seguimiento)
- Residentes o personal laboral de residencias o centros sociosanitarios, albergues para personas sin techo, prisiones, personas institucionalizadas
- Usuarios de drogas ilegales
- Cooperantes, personal sanitario que puedan contactar con enfermos tuberculosos
- Silicóticos.

Se recomienda evitar el alcohol o disminuir su ingesta en los pacientes bebedores escogiendo la pauta menos hepatotóxica. Si el paciente ya ha recibido TITL o tratamiento antituberculoso, en alguna ocasión, se aconseja la derivación a una unidad de atención especializada sobre todo en los inmunodeprimidos.

Pautas de TITL

- Para el TITL se recomienda: H durante 6 meses, H durante 9 meses, R + H durante 3 meses o bien R durante 4 meses. El tratamiento de 6 meses con H es el más habitual, pero la pauta más efectiva es la de 9 meses.
- En los pacientes VIH positivos, inmunodeprimidos, niños y adolescentes, se recomienda siempre la pauta de 9 meses. En la tabla 4.24 se especifican las pautas de tratamiento y las dosis de fármacos.
- Se recomienda H + R durante 3 meses en caso de sospecha de incumplimiento de una pauta larga, R durante 4 meses: en caso de intolerancia a la H o si el caso índice presenta una resistencia a la H.

Tabla 5. Pautas de tratamiento de la infección tuberculosa latente.

Tratamiento	Dosis en función del peso corporal	Dosis máxima
Isoniazida diaria durante 6 o 9 meses	Adultos = 5 mg/kg Niños = 10 mg/kg	300 mg
Rifampicina diaria durante 3 o 4 meses	Adultos = 10 mg/kg Niños = 10 mg/kg	600 mg
Isoniazida más Rifampicina diarias durante 3 o 4 meses	Isoniazida: Adultos = 5 mg/kg Niños = 10 mg/kg Rifampicina: Adultos y niños = 10 mg/kg	Isoniazida = 300 mg Rifampicina = 600 mg
Rifapentina más isoniazida semanales durante 3 meses (12 dosis)	Adultos y niños Isoniazida: 15 mg/kg Rifapentina (en función del peso corporal) 10,0-14,0 kg = 300 mg 14,1-25,0 kg = 450 mg 25,1-32,0 kg = 600 mg 32,1-49,9 kg = 750 mg ≥ 50,0 kg = 900 mg	Isoniazida = 900 mg Rifampicina = 900 mg

Nota: Adaptado Alastrué (17)

Seguimiento del TITL

Antes de iniciar el tratamiento se debe realizar el estudio de enzimas hepáticas e informar a los pacientes de los síntomas de toxicidad. Para el seguimiento se recomienda un control clínico y analítico mensual los 2 primeros meses y luego bimestral, pero si hay factores de riesgo hepático o sospecha de toxicidad se hará más a menudo. Se debe suspender el tratamiento si ALT/AST aumentan más de cinco veces o si hay clínica de toxicidad hepática con un incremento de transaminasas superior a tres veces. Si la elevación es inferior de tres veces, se puede seguir el tratamiento con controles más frecuentes.

En los pacientes que no toleran el tratamiento se recomienda hacer seguimiento clínico y radiológico durante dos años.

Valorar siempre la posibilidad de incumplimiento: preguntar y monitorizar la recogida de recetas.

Criterios de derivación

- Contactos de pacientes con TB resistentes.
- Contactos en los que deban realizarse pruebas diagnósticas no accesibles (broncoscopia, aspiración jugo gástrico, etc.).
- Reacciones adversas graves al tratamiento preventivo.

Tratamiento de infección tuberculosa latente en embarazo y lactancia

Administrar TITL en embarazadas en las indicaciones prioritarias, ya que el riesgo de TB congénita es alto a pesar de que en este grupo hay más problemas de hepatotoxicidad. El tratamiento de elección es H y se hará un seguimiento más estrecho de la función hepática. La lactancia no se contraindica y se recomienda administrar vitamina B6 al lactante. Los estudios realizados hasta el momento con H descartan teratogenia.

Infecciones oculares

Conjuntivitis aguda

Es la inflamación de la mucosa que recubre la superficie posterior de los párpados (conjuntiva palpebral), los fondos de saco superior e inferior y la superficie anterior del globo ocular (conjuntiva bulbar) hasta el limbo esclero-corneal, cualquiera que sea el proceso que la cause.

Agentes causantes de conjuntivitis

- Agentes mecánicos: por cuerpos extraños (pestañas, polución atmosférica, lentes de contacto), por roce de estructuras oculares (entropión).
- Agentes químicos: ácidos/álcalis, naftaleno, tetracloruro de carbono.
- Radiaciones: arcos eléctricos, lámparas solares, luz reflejada (nieve), entre otros.
- Procesos alérgicos: rinoconjuntivitis alérgica, alergia de contacto.
- Secundario a enfermedades sistémicas: artritis reactiva o lupus eritematoso sistémico.
- Agentes infecciosos: bacterias, virus y otros agentes, como hongos y protozoos.

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico y suele iniciarse con síntomas unilaterales y de carácter leve, como sensación de cuerpo extraño (arenilla), picor, escozor y secreción, que habitualmente se extiende en pocos días al otro ojo. No afecta a la agudeza visual, no produce normalmente dolor, ni fotofobia, a no ser que se afecte también la córnea (queratoconjuntivitis).

Para establecer el diagnóstico es muy útil la valoración de:

- Confirmación de la presencia de ojos pegados (unilateral o bilateral).
- Secreción purulenta.
- Enrojecimiento moderado.
- No tener antecedentes de conjuntivitis.
- Ausencia de prurito ocular.

Tratamiento

Cuando un paciente acude a la consulta con ojo rojo es necesario:

Confirmar la existencia de conjuntivitis.

- Excluir otros procesos que requieren la actuación del oftalmólogo, como el glaucoma, la iritis o epiescleritis y la queratitis grave.

- Hacer una aproximación al agente etiológico de la conjuntivitis (bacteria o virus) y poner el tratamiento adecuado.

En Atención Primaria resulta poco útil la toma de frotis para cultivo, ya que ocasionaría un retraso en el diagnóstico y el tratamiento.

Medidas generales

El lavado frecuente de los ojos con suero fisiológico ayuda a eliminar las secreciones y con ello los mediadores de la inflamación, así como a mejorar los síntomas y facilitar la actividad del tratamiento antibiótico tópico. Debe recomendarse el lavado frecuente de manos.

Criterios de derivación urgente al oftalmólogo

- Presencia de visión borrosa/opacidad corneal
- Dolor ocular
- Asimetría pupilar
- Fotofobia intensa
- Sospecha de infección grave: celulitis orbitaria y endoftalmitis
- Necesidad de tratamiento sistémico

Tratamiento específico

La mayoría de las conjuntivitis se resuelven de forma espontánea. El tratamiento antibiótico tópico aporta un beneficio muy escaso, acortando en 2-3 días el tiempo de evolución de la conjuntivitis bacteriana y disminuyendo levemente la incidencia de complicaciones.

Podría recomendarse iniciar el tratamiento antibiótico solamente en el caso de que a los 2-3 días no se hubiera producido una mejoría clínica notable con las medidas generales. Está muy cuestionada la administración de antibióticos tópicos en las conjuntivitis con secreción no purulenta, dado que la mayoría son de origen vírico. No obstante, pueden prevenir la sobreinfección de las secreciones y la queratitis bacteriana, con el riesgo de producir alergia y toxicidad. En caso de utilizar antibióticos tópicos, se recomienda que sean de amplio espectro, con cobertura frente a grampositivos, como estafilococos y estreptococo, y gramnegativos, como *Haemophilus* spp. Y *Proteus* spp.

Todos los antibióticos tópicos con actividad frente a estos patógenos demuestran una eficacia similar, pero se deben reservar las fluoroquinolonas y las asociaciones de antibióticos para conjuntivitis bacterianas graves, y el cloranfenicol como tratamiento de segunda opción por su toxicidad.

La conjuntivitis hiperaguda causada por *N. gonorrhoeae* tiene alto riesgo de complicaciones graves y requiere tratamiento antibiótico precoz por vía sistémica. El tratamiento de elección es la ceftriaxona, 1 g im, repitiendo la dosis a los 5 días si es necesario. El tratamiento se complementa con aplicación tópica de ciprofloxacino o bacitracina y lavados frecuentes con suero fisiológico durante 2 semanas.

El tratamiento de elección de las dos formas clínicas de conjuntivitis por *Chlamydia spp.* es tetraciclina o doxiciclina por vía oral, asociado a eritromicina tópica.

Se recomienda no utilizar corticoides tópicos como norma general, porque elevan la presión intraocular y por el riesgo de diseminación en caso de queratitis herpética.

Orzuelo

Es la infección de las glándulas palpebrales en forma de nódulo subcutáneo bien definido y palpable. Según su localización, se clasifican en internos (glándulas sebáceas de Meibomio) y externos (glándulas sebáceas de Zeiss y sudorípara de Moll).

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico.

Los orzuelos producen dolor y sensación de cuerpo extraño.

Estos pueden ser:

- Externos: los síntomas son más intensos y hay una pústula o absceso en el borde palpebral.
- Internos: se aprecia un nódulo en el párpado y al evertirlo se ve un microabsceso rodeado de hiperemia de la conjuntiva tarsal.

La evolución es hacia el drenaje espontáneo en 24-48 horas, aunque los orzuelos internos tienen más tendencia a enquistarse formando un chalazión.

Si la infección se propaga, puede derivar en una conjuntivitis o en una celulitis palpebral.

Tratamiento

En el orzuelo externo se aplicará calor seco durante 5-10 minutos, 3-4 veces al día. Se recomienda higiene del borde palpebral con champú de neutro o solución de bicarbonato de sodio o suero salino 1-2 veces al día.

Aunque es frecuente el uso de antibióticos en el tratamiento del orzuelo, hay pocas evidencias de que mejoren la evolución. En pacientes con orzuelos frecuentes en el contexto de patología de base como la blefaritis, debe valorarse el manejo correcto de esta, así como beneficiarse del tratamiento agudo con antibióticos y corticosteroides.

En los orzuelos internos puede valorarse el tratamiento antibiótico de entrada por riesgo de conjuntivitis secundaria.

En caso de antibióticos tópicos, deben utilizarse los que cubran la etiología infecciosa (estafilococo): ungüento de Ác. fusídico/12 h/7 d o de eritromicina tópica/8 h/7 d.

En caso de que no se resuelva espontáneamente y se enquiste en forma de chalazión, puede intentarse inyección intralesional de corticoides como el acetato de triamcinolona (0,2 ml/5-10 mg) si las lesiones son menores de 6 mm y evaluar respuesta pasados 2 meses. Si no hay respuesta, puede ser necesario derivar al paciente para que se le haga una incisión y drenaje.

Hepatitis viral

Son un grupo de enfermedades caracterizadas por producir inflamación del hígado.

Hepatitis A

Es la inflamación aguda del hígado causada por el virus de la hepatitis A (VHA), un virus ácido ribonucleico (ARN) monocatenario carente de envoltura que pertenece a la familia de los Picornaviridae.

El mecanismo más frecuente de transmisión del virus es fecal-oral. Se excreta por las heces del enfermo desde 2-3 semanas antes de la aparición

de ictericia hasta 1 semana después. Se suele transmitir por el consumo de aguas y alimentos contaminados, como algunos moluscos y por el contacto directo con un paciente. El contagio sexual es posible, principalmente entre homosexuales.

Diagnóstico

Clínico

- Tras un período de incubación con o sin síntomas inespecíficos durante aproximadamente 1 mes (rango entre 15 y 50 días) se inicia una clínica aguda que es más frecuente y florida a mayor edad.
- Solo se presentará en menos del 10% de los niños menores de 5 años, en los que la enfermedad suele ser subclínica.
- La clínica es indistinguible de cualquier otra hepatitis aguda, con artralgias, malestar general, fiebre, náuseas, vómitos y dolor en hipocondrio derecho, coluria y acolia.
- Los pacientes adultos desarrollarán ictericia unos días después; está indicada la ecografía abdominal.
- Prurito, exantema y hepatoesplenomegalia pueden estar también presentes.
- Esta fase dura entre 2 y 4 semanas y se resuelve completamente el cuadro, dado que se trata de una infección aguda y autolimitada

Laboratorio

- Se detecta elevación acusada de fosfatasa alcalina, bilirrubina (total y directa) y transaminasas en rangos de 500-5.000 U/l, especialmente ALT.
- El diagnóstico se realiza al detectar anti-VHA IgM en la serología, con sensibilidad y especificidad del 95%, aunque al existir falsos positivos, esta determinación solo debe realizarse en presencia de sintomatología compatible.
- Los anti-VHA IgG aparecen también durante el período sintomático. Los Ac anti-VHA permanecerán indefinidamente.

Tratamiento

- Es sintomático y de soporte, sin indicación de antivíricos.
- Se aconseja reposo durante el período sintomático, así como evitar fármacos que pudieran alterar el nivel de nivel de conciencia y enmascarar el diagnóstico de hepatitis fulminante.
- La única limitación dietética es la abstinencia total de alcohol. Deben controlarse especialmente a las gestantes infectadas, por mayor riesgo de complicaciones y partos prematuros.

Hepatitis B

El hombre es el único reservorio de VHB con capacidad infectiva. La mayor concentración del virus se encuentra en la sangre y aunque se ha detectado en otras secreciones corporales, no hay evidencia firme de transmisión a través de fluidos distintos de sangre o semen.

Los mecanismos de transmisión son:

- Vía parenteral: compartir jeringas y agujas, transfusiones, tatuajes o acupuntura.
- Vía sexual: más frecuente en países desarrollados; es mayor el riesgo en homosexuales y heterosexuales (conductas de riesgo).
- Vía perinatal: en el útero, en el momento del parto o después de este; es el mecanismo principal en zonas de elevada prevalencia. El riesgo aumenta si la madre es HBsAg positivo, HBeAg positivo y ADN VHB1.
- Vía horizontal: al compartir objetos en los que el virus puede permanecer hasta 7 días (cepillos de dientes, maquinillas de afeitarse, juguetes o material sanitario).

Diagnóstico

Hepatitis B aguda

- Asintomática en la mayoría de los casos, especialmente niños y jóvenes; algunos presentan ictericia, fatiga, náuseas, vómitos y dolor abdominal durante semanas y meno del 1%, hepatitis fulminante.

- Presenta manifestaciones extrahepáticas frecuentes (artralgias, urticarias).
- Período de incubación 1-4 meses. Elevación de transaminasas unas diez veces por encima del límite superior normal y predomina ALT sobre AST.
- Síntomas e ictericia desaparecen en 1-3 meses.
- Confirmación diagnóstica por HBsAg positivo y IgM antiHBc positivo. Al inicio, HBeAg positivo, luego se negativiza y aparece el antiHBe positivo.
- El HBeAg suele ser un marcador de replicación intensa del VHB y su presencia indica alta contagiosidad.

Hepatitis B crónica

- Se basa en la persistencia de HBsAg positivo durante más de 6 meses (con o sin presencia de HBeAg positivo), IgG antiHBc positivo con IgM antiHBc negativo.
- Son asintomáticos. Se sospecha por elevación de transaminasas o pertenencia a grupos de riesgo.
- Pueden aparecer manifestaciones extrahepáticas (10-20%), como panarteritis nodosa y glomerulonefritis.
- La persistencia de HBsAg positivo es el principal marcador de riesgo de sufrir hepatitis crónica y carcinoma hepatocelular.
- Las diferentes etapas de la infección por VHB son un proceso dinámico condicionado por la interacción entre la replicación del virus y la respuesta inmune del huésped.

Consta de cinco fases evolutivas que pueden no ser consecutivas:

1. Inmunotolerancia: caracterizada por HBeAg positivo, altos niveles ADN-VHB (≥ 20.000 UI/ml), valores normales o casi normales de ALT y mínima actividad histológica. Muy contagiosa.

2. Inmunoactividad (inmunoeliminación): presenta descenso de ADN-VHB, aumento de ALT y necroinflamación moderada o grave y más rápida progresión a fibrosis. Puede ocurrir después de varios años de tolerancia inmune;

se llega con más frecuencia y/o rapidez en infectados durante la edad adulta. Puede durar desde varias semanas a varios años. Se produce seroconversión de HBeAg a anti-HBe con mayor frecuencia si el contagio ha ocurrido en mayor en la edad adulta (90-99%).

3. Portador inactivo (no replicativa): tras la seroconversión, los niveles de ADN-VHB son bajos (< 2.000 UI/ml), se normaliza ALT y remite la inflamación hepática. Algunos pueden tener niveles de ADN-VHB >2.000 UI/ml (>20.000 UI/ml) con ALT persistentemente normal. En 1-3% de casos/año puede ocurrir seroconversión espontánea de HBsAg a antiHB, después de varios años con ADN-VHB indetectable. Buen pronóstico.

4. Reactivación o hepatitis B crónica HBeAg negativo: una parte de pacientes HBeAg negativo pueden desarrollar niveles altos de ADN vírico y progresar a hepatitis crónica HBeAg negativo, debido a la selección de cepas con mutaciones en el core. Se caracteriza por antiHBe1, ADN-VHB1 (>20.000 UI/ml) y afectación necro inflamatoria. Baja tasa de remisión espontánea.

Es importante distinguir los verdaderos portadores de VHB inactivos de los pacientes con HBeAg negativo y hepatitis crónica activa en los que pueden producirse fases de remisión espontánea. Los infectados de larga evolución tienen buen pronóstico; los de infección reciente tienen enfermedad hepática activa con alto riesgo de progresión a fibrosis hepática avanzada, y sus complicaciones.

5. HBsAg negativo: etapa caracterizada por ausencia de replicación vírica, normalidad de ALT y presencia de anti-HBs1, asociada a buen pronóstico clínico. En algunos casos persiste una discreta actividad replicativa del VHB y puede detectarse ADN-VHB en el hígado. Generalmente, el ADN-VHB no es detectable en el suero, mientras que los antiHBe con o sin antiHBs son detectables. La relevancia clínica de esta infección oculta por el VHB no está clara, dado que se han descrito casos de reactivación de la enfermedad en pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor.

Cirrosis hepática

Mayor incidencia en pacientes hepatitis crónica HBeAg negativo que en hepatitis crónica HBeAg positivo.

Carcinoma hepatocelular

El factor etiológico más frecuente asociado es la infección por el VHB, seguido por las coinfecciones del VHC y virus de la hepatitis D (VHD), consumo de alcohol y la infección por el genotipo C.

El riesgo varía en función de factores geográficos, duración de la infección, gravedad de la lesión hepática y niveles del ADN-VHB.

Laboratorio

Deberá determinarse la fase de infección, gravedad y necesidad de tratamiento.

El ADN-VHB es el primer y principal indicador de infección, aparece 2-4 semanas antes que el HBsAg.

Se correlaciona con la concentración del virus tanto en sangre como en hígado, siendo el mejor indicador de replicación.

Es imprescindible para evaluar el pronóstico de la enfermedad.

La prueba PCR proporciona información rápida, sensible y permite la medición de valores extremos del ADN vírico.

Manejo

Hepatitis B aguda: tras determinar anti-HBc IgM se hará seguimiento periódico para detectar posibles complicaciones. Debe realizarse una ecografía abdominal al diagnóstico, si se sospechan otras causas o presenta ictericia. Evitar relaciones sexuales sin protección mientras dure la fase infectiva, si su pareja todavía no está vacunada.

Infección B crónica por VHB: se evaluará siempre:

- Anamnesis: antecedentes de hepatitis, prácticas de riesgo, historia familiar de carcinoma hepatocelular.
- Exploración física: estigmas de hepatitis crónica y signos de descompensación hepática.
- Hemograma, recuento de plaquetas, AST, ALT, gammaglutamiltransferasa, fosfatasas alcalinas, tiempo de protrombina, albúmina, alfa-fetoproteína.

- Serología: HBeAg/anti-HBe, ADN-VHB, anti-VHC, anti-VHA. Considerar anti-VHD y VIH en UDVP.
- Ecografía hepática.
- Biopsia hepática: ante dudas diagnósticas.
- Genotipificación.

Tratamiento

Hepatitis B aguda

No se indica tratamiento salvo en caso de insuficiencia hepática grave, en los que se evitaría paso a hepatitis fulminante y trasplante hepático.

Hepatitis B crónica

El principal objetivo sería erradicar el VHB para reducir el riesgo de transmisión, paso a cronicidad y sus complicaciones. Se consigue en muy pocos casos, por lo que las actuaciones se centran en la mejora de la calidad de vida y supervivencia.

Cirrosis hepática

Se indica tratamiento cuando se deteriora la función hepática, en presencia de ADN vírico, mediante ETV o TDF. El PEG-INFa tiene escasa eficacia y puede producir descompensaciones.

Hepatitis C

El virus responsable de la hepatopatía por VHC es un flavivirus RNA con gran variabilidad genética, con siete genotipos de distribución geográfica variable, cuya diferenciación tendrá implicaciones pronósticas y terapéuticas.

El 46% de los contagios se relacionan con el genotipo 1, seguido del 3 (22%) y del 2 y 4 (13% cada uno).

Presenta gran tropismo por hepatocitos y linfocitos B y T, lo que podría explicar su asociación con crioglobulinemia mixta y linfomas no Hodgkin.

Población prioritaria en la que se recomienda realizar la prueba diagnóstica de la infección por el virus de la hepatitis C.:

- Personas que se inyectan/inhalan drogas, incluyendo las que lo han hecho una sola vez

- Personas con antecedentes de transfusión de sangre o hemoderivados anteriores a 1992
- Personas con antecedentes de cirugía, procedimientos invasivos, intervenciones u odontológicas antes de la utilización de material de inyección de un solo uso (1980)
- Personas con antecedentes de hemodiálisis crónica
- Recién nacidos de madres infectadas por el virus de la hepatitis C, a partir de los 18 meses
- Personas con infección por VIH o virus de la hepatitis B
- Convivientes y parejas sexuales de personas infectadas por el virus de la hepatitis C
- Hombres que tienen sexo con hombres
- Trabajadores sexuales
- Personas con antecedentes de internamiento en instituciones penitenciarias
- Trabajadores tras una exposición accidental reconocida con material biológico posiblemente infectado
- Personas con antecedentes de tatuajes, piercings o procedimientos con instrumental punzante (manicura, pedicura, acupuntura) realizados sin las debidas precauciones de seguridad.
- Personas con hipertransaminasemia o enfermedad hepática aguda o crónica

Diagnóstico

Hepatitis C aguda

Aproximadamente un 80% de los casos no presentan síntomas y pasa desapercibido. El período de incubación es variable, entre 15 y 160 días. Cuando es sintomática, la ictericia puede estar precedida de anosmia, disgeusia, cefalea, dolor en hipocondrio derecho, mialgias, vómitos y astenia durante las 2 semanas previas. Entre 10-20% de pacientes puede presentar adenopatías y esplenomegalia, además de la hepatomegalia habitual.

Las transaminasas suelen elevarse unas diez veces por encima de su valor normal.

El diagnóstico de la infección aguda por el VHC precisa la presencia del ARN del VHC por PCR junto con la seroconversión de Ac anti-VHC, mediante técnicas de ELISA.

Hepatitis C crónica

Se considera cronicidad la detección de la viremia (ARN-VHC) en sangre durante más de 6 meses. Una prueba de viremia positiva se repite de modo rutinario en los laboratorios mediante una segunda técnica serológica y se obtiene una especificidad superior al 99%. Inmunodeprimidos o hemodializador pueden presentar falsos negativos.

La carga vírica elevada del VHC no predice evolución más tórpida de la enfermedad, y sus oscilaciones carecen de significación clínica, pero orienta sobre la respuesta al tratamiento.

La mayor parte de los afectados permanecen asintomáticos y el diagnóstico suele ser casual, tras investigación de una elevación de transaminasas (un tercio presentan valores de transaminasas normales) o por cribado en bancos de sangre.

La hepatitis C crónica suele ser paucisintomática: astenia, anorexia, náuseas, artromialgias, debilidad o pérdida de peso. Por lo general, es una enfermedad lentamente progresiva; sin embargo, alrededor del 20-30% de los pacientes desarrollarán cirrosis en los siguientes 20-30 años, que una vez establecida es impredecible y puede mantenerse indolente muchos años o progresar a carcinoma hepatocelular (5% de casos), insuficiencia hepática (3-6%) y muerte (15-20% al año de una primera descompensación).

Puede progresar más rápidamente en hombres, mayores de 40 años en el momento de la infección, inmunodeprimidos, coinfección por VIH o VHB, consumo de alcohol —aunque se consuma en cantidades moderadas— de cannabis, obesidad, resistencia a insulina y síndrome metabólico.

Tratamiento

La curación de la infección por el VHC o respuesta vírica sostenida, definida como un nivel de ARN vírico indetectable después de la finalización de

la terapia antivírica, es coste-efectiva en todos los pacientes infectados, independientemente del grado de fibrosis que presente el mismo.

Por este motivo todo paciente con hepatitis crónica debería ser candidato a ser tratado con fármacos antivíricos. Detiene la progresión de la enfermedad hepática, reduce (no elimina) el riesgo de hepatocarcinoma en estadios avanzados (F3 o F4), disminuye la mortalidad hepática y no hepática, y elimina la fuente de infección.

Para la hepatitis C aguda no existen recomendaciones sólidas en cuanto a su manejo, ni existe consenso respecto a cuándo debería iniciarse el tratamiento.

El objetivo en esta fase es evitar el paso a cronicidad. La opción más utilizada es la de esperar al menos 12 semanas, dado que entre 15-50% negativizarán espontáneamente el ARN vírico (mujeres, jóvenes, ictericia y determinados polimorfismos).

Se recomienda interferón pegilado durante 12-24 semanas, con tasas de respuesta vírica sostenida cercanas al 90%. La adición de ribavirina (RBV) solo se recomienda en coinfectados VIH.

Estas pautas están siendo sustituidas por el uso de combinaciones de sofosbuvir y un inhibidor NS5A durante 8 semanas, con una eficacia superior al 90%.

No existen indicaciones ni pautas establecidas de pautas de profilaxis post-exposición.

El médico de AP tiene un papel clave en la adherencia y correcta cumplimentación del tratamiento antirretroviral por parte de su paciente y ha de insistir en la no interrupción o modificación de la pauta del mismo.

Hepatitis D

Está causada por el virus de la hepatitis delta, formado por genoma ARN asociado a una lipoproteína proporcionada por el VHB, por lo que la presencia de este es imprescindible para provocar infección. Puede presentarse como coinfección (contagio simultáneo de ambas) o sobreinfección (infección en presencia previa de VHB).

En los casos de coinfección aparece hepatitis aguda similar a la que ocasiona VHB por sí solo, generalmente autolimitada y transitoria, con mayor riesgo de hepatitis fulminantes entre UDVP.

Las sobreinfecciones pueden ser fatales y pueden agravar hepatopatías paucisintomática. Casi todos los pacientes evolucionan a cronicidad. Un 5% de portadores por el VHB están infectados por el VHD; la mayoría son UDVP.

La infección por el VHD es endémica en la cuenca mediterránea, donde tiende a contagiarse precozmente entre niños y adultos jóvenes y donde predomina el genotipo.

Hepatitis E

Su principal vía de contagio es enterofecal, a partir de aguas residuales en regiones en vías de desarrollo. En menor medida se han descrito contagios postransfusionales, por vía materno-fetal, tras exposición profesional y por consumo de carnes poco cocinadas. En España ha destacado el genotipo 3, que ha afectado al ganado porcino y moluscos bivalvos contaminados por vertidos fecales.

La hepatitis aguda E es habitualmente asintomática y autolimitada y es muy similar a la infección por el VHA. Solo un 5% presentará clínica; en este sentido, cabe destacar el riesgo elevado de hepatitis fulminante en mujeres gestantes (tasas de mortalidad del 25%) y la sobreinfección por este virus de pacientes hepatopatías crónicas (75% de mortalidad).

En caso de inmunosupresión (receptores de trasplantes de órgano sólido, neoplasias hematológicas, VIH grave) destaca la rápida aparición de cirrosis.

Son frecuentes las manifestaciones extrahepáticas, como síndrome de Guillain-Barré, encefalitis, mielitis transversa, neuritis, polirradiculopatías, glomerulonefritis, pancreatitis, trombocitopenia o anemia aplásica.

Debe descartarse infección por el virus de la hepatitis E (VHE) en caso de elevación persistente de transaminasas no explicadas por otras causas en presencia de factores de riesgo: viajes a zonas endémicas o contacto con aguas o alimentos contaminados.

Se diagnostica mediante la detección de Ac IgM anti-VHE, que duran unos 6 meses. La presencia de Ac IgG antiVHE no parece conferir inmunidad permanente.

Solo se indica tratamiento en casos graves, y puede usarse ribavirina e interferón pegilado. Debe detenerse también el tratamiento inmunosupresor si lo hubiera.

Infecciones de la cavidad oral

Infecciones odontogénicas

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico. La radiología sirve para ver la progresión de la enfermedad hacia las estructuras adyacentes.

Son generalmente leves, localizadas y autolimitadas.

Caries y pulpitis. La caries destruye en un principio el esmalte dental y finalmente todo el diente. De curso crónico, es asintomática hasta que alcanza tejidos dentales profundos con dolor intenso al cepillado dental, a cambios térmicos o azúcares cuando las bacterias alcanzan la pulpa (pulpitis).

Pericoronaritis. Infección de la mucosa que recubre la corona del diente parcialmente erupcionado. Frecuente en el tercer molar inferior entre los 20 y 30 años.

Gingivitis. Inflamación de la encía por acúmulo de placa dental, sin afectar a la estructura de sujeción del diente. Produce sangrado de las encías. Es un proceso reversible.

Periodontitis. La inflamación progresa a las estructuras de soporte del diente, con pérdida ósea y, finalmente, caída de este. Al inicio suele ser asintomática.

- Crónica o del adulto. Progresa lentamente. Asociada a deficiente higiene oral, estrés, tabaquismo, etc.
- Agresiva, de rápida evolución. En adultos jóvenes y sanos, en los que se ha descrito agregación familiar.
- Como manifestación de enfermedades sistémicas.

Enfermedades periodontales necrotizantes. Engloba a la antes llamada gingivitis ulcerativa necrótica con ulceración dolorosa de las papilas interdentes, la periodontitis ulcerativa necrótica al progresar y afectar a estructuras de fijación del diente— y la estomatitis necrotizante, cuando afecta a mucosa orofaríngea, labio o lengua. Se relacionan con trastornos sistémicos, estrés, algunos virus y se considera un marcador de VIH1.

Mucositis periimplantaria o «gingivitis de los implantes». Proceso reversible de inflamación de las encías peri implante con dolor, sangrado a la palpación o al cepillado suave y al sondaje profesional.

Periimplantitis. Inflamación alrededor de un implante con destrucción del hueso circundante. Cursa con dolor, inflamación y, a veces, supuración.

Abscesos periodontales. Infección localizada en los tejidos periodontales debida a necrosis pulpar, infecciones periodontales, pericoronaritis, trauma o cirugía. Se clasifican según su origen:

- Gingival. Infección dolorosa que afecta solo a la encía marginal e interdental asociada al impacto de cuerpos extraños.
- Periapical. Infección de los tejidos circundantes a la raíz dental tras la afectación pulpar por una caries; puede haber salida de exudado purulento. Cursa con dolor intenso, constante y la percusión dolorosa de la pieza dental.
- Periodontal. Infección de una bolsa profunda periodontal o de dientes parcialmente erupcionados. Puede ser agudo o crónico y asintomático si drena espontáneamente.
- Peri coronal. Infección sobre la mucosa que cubre un diente parcialmente erupcionado.

Celulitis odontogénica. Afectación de los espacios cérvico-faciales por extensión de un absceso con afectación del estado general y fiebre. La clínica dependerá de los espacios afectados e implica la derivación para tratamiento hospitalario.

Tratamiento

Se realiza un triple abordaje terapéutico: odontológico, sintomático y antibiótico.

Los colutorios están indicados en gingivitis y periodontitis durante un corto período. Los de clorhexidina son de primera elección sin diferencias entre las distintas concentraciones comercializadas. Los de aceites esenciales serían la alternativa.

La correcta praxis indica el uso de antibióticos sistémicos como terapia adjunta al tratamiento odontológico, si el riesgo de diseminación regional, a distancia o sistémico es significativo y en inmunocomprometidos.

No existen criterios establecidos con evidencia científica sólida sobre qué antimicrobiano usar, amoxicilina/Ác. clavulánico, y en los países anglosajones, penicilina V o amoxicilina. Los consensos en nuestro ámbito recomiendan an-

tibióticos de amplio espectro que cubran anaerobios y en dosis más altas que las de los anglosajones, durante 5 días y/o prolongarlo 3 días tras desaparecer la clínica. En alérgicos a β -lactámicos, la clindamicina es de elección, con estricta vigilancia por su relación con la colitis pseudomembranosa. La claritromicina es de segunda elección al ser activa frente a las cepas productoras de β -lactamasas.

Los criterios de derivación son:

- Celulitis rápidamente progresiva.
- Afectación del estado general con fiebre alta.
- Trismus intenso (distancia interincisiva < 10 mm).
- Dificultad respiratoria, deglutoria o fonatoria.
- Pacientes inmunocomprometidos.

Infecciones de la mucosa oral

Los patógenos que afectan a la mucosa oral con mayor frecuencia son virus (principalmente herpes virus) y hongos (*Cándida* spp.). Alguna infección bacteriana como tuberculosis, gonococo y sífilis puede también afectarla, pero con menor frecuencia. Debemos mencionar, asimismo, el sarampión, cuyo patrón epidemiológico ha cambiado en los últimos años. A pesar de las altas coberturas vacunales, aún quedan bolsas de individuos/adultos susceptibles, bien por falta de exposición al virus natural, bien por falta de acceso al Sistema de Salud.

Diagnóstico

Clínico

El diagnóstico de las lesiones en mucosa oral es generalmente clínico. Debemos conocer la forma de presentación de los principales patógenos.

Virus del herpes simple: tras un período de incubación de 10 a 14 días, la primoinfección herpética (gingivostomatitis) se manifiesta como un cuadro febril, malestar general y aparición de lesiones vesiculosas sobre una base eritematosa que evolucionan a lesiones exudativas y finalmente ulcero-costrosas. Esta forma clínica suele verse principalmente en niños y adultos jóvenes. Tras la primo infección, el virus queda en estado latente en los ganglios sen-

sitivos y produce, en función del estado inmunológico, posteriores reactivaciones. La forma más frecuente de reactivación del virus del herpes simple 1 es en forma de quemazón y prurito en fases iniciales y aparición posterior de lesiones ulcero-costrosas en mucosa labial (herpes labial).

Virus de la varicela-zóster: tras un período de incubación de 10 a 14 días a nivel de mucosa oral aparecen lesiones vesiculosas que posteriormente pasarán a úlceras dolorosas.

Virus de Epstein-Barr o virus del herpes humano 4: la leucoplasia oral vellosa es una lesión premaligna provocada por el virus de Epstein-Barr y asociada a la infección por VIH. Se presenta en forma de placas blanquecinas sobreelevadas en los bordes de la lengua. Habitualmente es asintomática.

Virus del papiloma humano: se manifiestan como lesiones exofíticas, de aspecto papilomatoso, que pueden ser únicas o múltiples.

Sarampión: las manchas de Koplick son un signo patognomónico de sarampión.

Se trata de un piqueteado blanco en la cara interior de las mejillas sobre una mucosa eritematosa.

C. albicans: las principales formas clínicas son:

- Candidiasis aguda eritematosa (atrófica): mucosa eritematosa, depapilada (lengua roja, lisa, brillante) y dolorosa predominantemente en dorso de la lengua.
- Candidiasis crónica pseudomembranosa: placas de aspecto cremoso, blanco-amarillentas poco sintomáticas y que se desprenden con facilidad.
- Queilitis angular: fisuras dolorosas en las comisuras bucales que pueden extenderse a piel circundante.

Tratamiento

Tabla 6. Infecciones en mucosa oral.

PATOLOGÍA	AGENTE ETIOLÓGICO	DESCRIPCIÓN	TRATAMIENTO
Estomatitis herpética Herpes labial	Virus herpes simple 1	Vesículas sobre base eritematosa que evolucionan a ulcero-costrosas	Sintomático*
Varicela	Virus varicela-zóster	Vesículas y úlceras dolorosas	Sintomático
Leucoplasia oral vellosa	Virus de Epstein-Barr	Placas blanquecinas sobreelevadas en los bordes de la lengua	Asociado a VIH Tratamiento VIH
Condilomas	Virus papiloma humano	Lesiones exofíticas, papilomatosas, únicas o múltiples	Destrucción física de la lesión
Síndrome en guante y calcetín	Parvovirus B19	Púrpura sobre mucosa labial, bucal y faríngea edematosa	Sintomático
Candidiasis	<i>Candida albicans</i>	Aguda: mucosa eritematosa depapilada dolorosa Pseudomembranosa: placas blanquinosas Queilitis angular: fisuras dolorosas en las comisuras	Nistatina ^o , 4-6 ml/6 h/7-14 d vo Alternativa: fluconazol, 100 mg monodosis Si resistencia: fluconazol, 100 mg/d/ 5-14 d vo Inmunodeprimidos: 200 mg 1 ^o día y seguir con 100-200 mg/d/ 14 d vo

Nota: Adaptado

Infecciones de las glándulas salivales

Las glándulas salivares se clasifican como:

Microscópicas (situadas en la mucosa oral), según su localización reciben el nombre de palatinas, linguales, bucales y labiales.

Macroscópicas: parótida, submandibular y sublingual. Todas ellas son productoras de saliva en porcentajes y composición diferentes. La submandibular produce el 70% de la secreción (secreción mucosa y serosa, pero mayoritariamente mucosa), parótida que produce el 25 % (secreción a través del conducto de Stenon exclusivamente serosa) y sublingual el 25% restante (secreción mixta pero mayoritariamente mucosa).

Diagnóstico

Clínico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se presenta una glándula dolorosa, dura y tumefacta. En el caso de las sialoadenitis bacterianas es característica la emisión de un contenido purulento por el orificio de drenaje.

Pruebas complementarias

Las pruebas de imagen se deben utilizar para descartar un origen tumoral, litiásico o complicaciones como abscesos.

Tratamiento

Medidas generales: hidratación, buena higiene oral, abstención del hábito tabáquico, analgésicos. Dado que la mayoría de las sialoadenitis son de origen vírico, el tratamiento es fundamentalmente sintomático. Tan solo está recomendado el tratamiento antibiótico en las sialoadenitis supuradas. En dichos casos se aconseja como primera opción amoxicilina/ácido clavulánico, 500/125 mg/8 h/7 d, o clindamicina, 300 mg/8 h 1 cloxacilina, 500 mg/6 h/7 d v.o.

Infecciones gastrointestinales

*Infección por *Helicobacter pylori**

La infección por *H. pylori* afecta a alrededor del 50% de la población mundial. En España, la prevalencia se sitúa entre el 53 y el 60% de la población adulta, y se establece una asociación estadísticamente significativa entre infección y edad. Habitualmente, la infección se adquiere durante la infancia. Una vez se ha adquirido esta, persiste en el 70% de los infectados y no presentará nunca manifestaciones clínicas. Desempeña un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades digestivas como gastritis crónica, úlcera péptica, cáncer gástrico y puede asociarse a linfoma MALT. Aumenta la posibilidad de que los pacientes tratados con antiinflamatorios no esteroideos desarrollen úlcera. La erradicación del *H. pylori* cura la úlcera y las reinfecciones son raras.

Diagnóstico

No existe un método que pueda considerarse de referencia para efectuar su diagnóstico. En Atención Primaria se aconsejan los métodos no invasivos (que no precisan de una endoscopia) y son de elección la prueba del aliento con urea marcada con ¹³C.

Se recomienda suspender los inhibidores de la bomba de protones al menos 2 semanas antes de la evaluación de la infección. La prueba del aliento presenta un alto valor predictivo positivo y negativo, pero tiene el inconveniente de que puede dar falsos negativos con la administración reciente de

inhibidores de la bomba de protones, antibióticos o bismuto.

La prueba de antígeno en heces puede ser una alternativa a la prueba del aliento para su diagnóstico siempre que se utilice un método de antígenos monoclonales. En cambio, no se recomienda el uso sistemático de la serología, dado que presenta un bajo valor predictivo positivo debido a que puede detectar una infección previa por *Helicobacter*.

Tratamiento

Las indicaciones del tratamiento erradicador

- Úlcera péptica.
- Dispepsia no investigada < 55 años y sin síntomas o signos de alarma: estrategia test and treata. Realizar una prueba no invasiva para *H. pylori* y dar tratamiento erradicador consiguiente si se demuestra la infección.
- Dispepsia funcional.
- Antecedentes de úlcera en pacientes que van a requerir tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos o ácido acetilsalicílico de manera continuada.
- Linfoma MALT gástrico de bajo grado.
- Resección quirúrgica o endoscópica de un cáncer gástrico.
- Familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico.
- Atrofia mucosa gástrica o metaplasia intestinal.
- Anemia ferropénica de causa no aclarada.
- Púrpura trombocitopénica idiopática.
- Déficit de vitamina B12 no explicable por otras causas.
- A todo paciente diagnosticado de infección por *H. pylori* (debe recomendarse en todos los casos ofrecer tratamiento erradicador).

Se recomienda que un tratamiento erradicador sea considerado efectivo cuando sea capaz de curar la infección por *H. pylori* en un porcentaje superior al 90% de los pacientes. En este sentido, el tratamiento consistente en la

triple terapia clásica con inhibidor de la bomba de protones, claritromicina y amoxicilina solo erradica, como mucho, el 75% de los casos, por lo que no se aconseja. Esto es debido a que la tasa de resistencia de *H. pylori* a claritromicina es superior al 15% en nuestro país y en estos casos no se recomienda dar la terapia triple.

El tratamiento de elección es una pauta cuádruple concomitante sin bismuto, consistente en la administración de un inhibidor de la bomba de protones, claritromicina, amoxicilina y metronidazol. No se aconseja asociar probióticos al tratamiento erradicador de forma generalizada, ya que la evidencia acerca del impacto de estos productos sobre la efectividad y la seguridad de las nuevas terapias cuádruples erradicadoras frente a *H. pylori* es escasa.

Se recomienda comprobar la curación de la infección tras el tratamiento en todos los casos. Como prueba no invasiva para confirmar la erradicación se aconseja también la prueba del aliento con urea marcada con ^{13}C o la prueba de antígeno en heces. Se sugiere que las pruebas diagnósticas para comprobar la curación de la infección se realicen al menos 4 semanas después de finalizar el tratamiento.

Gastroenteritis aguda

La gastroenteritis aguda es un cuadro clínico de menos de 2 semanas de evolución caracterizado por diarrea ocasionada por un agente infeccioso o sus toxinas.

Diagnóstico

Clínico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. La mayoría de los casos, tanto en adultos como en niños previamente sanos, son procesos leves y autolimitados que no requieren diagnóstico etiológico específico. La diarrea (> 3 defecaciones líquidas al día y/o más de 200 g al día) es la manifestación clínica principal y puede durar hasta 2 semanas. Otros síntomas que le acompañan son dolor abdominal, generalmente de tipo cólico, náuseas, vómitos, anorexia, malestar general y cefalea.

El examen físico debe evaluar los signos de deshidratación como pérdida de turgencia cutánea, sequedad de mucosas, fiebre, taquicardia y cambios posturales en la tensión arterial. En lactantes y niños pequeños valorar

la presencia de mal aspecto general, fontanelas hundidas, disminución de lagrimeo, sequedad de boca, extremidades frías y llanto débil. El aumento de ruidos intestinales, la sensibilidad abdominal y los signos peritoneales deben incluirse en la exploración.

La clínica puede ser diferente en función del mecanismo de la diarrea:

– Diarrea no inflamatoria (bacterias toxigénicas): cuadro con diarreas acuosas, escaso dolor abdominal o tenesmo y afebriles. Puede ocasionar síntomas de deshidratación, como hipotensión, taquicardia, oliguria y sequedad de piel y mucosas. La duración del cuadro suele ser inferior a 3 días.

– Diarrea inflamatoria (gérmenes invasivos): síndrome disenteriforme con deposiciones frecuentes y escasas, con moco, sangre y abundantes leucocitos, acompañadas de fiebre, dolor abdominal cólico y tenesmo rectal. La resolución total puede tardar 10-14 días. Requieren evaluación más cuidadosa.

Los signos o síntomas de severidad ante los que hay que valorar la hospitalización son:

- Diarrea invasiva con importante sangrado en heces.
- Fiebre elevada o hipotermia.
- Deshidratación grave con postración, hipotensión y taquicardia (inestabilidad hemodinámica).
- Vómitos intratables.
- Dolor abdominal intenso.
- Síntomas de más de 1 semana de duración.
- Leucocitosis (>15.000 células/uL).
- Creatinina elevada y/o alteraciones iónicas.
- Alteraciones de la coagulación (petequias).
- Estado de inmunosupresión, patología de base que pueda descompensarse o en mayores de 65 años.

Laboratorio

La mayor parte de las diarreas no inflamatorias curan espontáneamente tras tratamiento empírico y no precisan estudios complementarios. En caso de gastroenteritis inflamatorias, con signos de deshidratación, de más de 3 días de duración o en personas con enfermedades que pudieran descompensarse pueden realizarse otros estudios en función de la sospecha clínica:

Examen fresco de heces. Tinción con azul de metileno para visualizar leucocitos. Tinción de Gram: útil para detectar infecciones por *Campylobacter* o *Staphylococcus*.

– Coprocultivo. No debe realizarse si no es necesario. Las indicaciones son:

- Pacientes con diarrea que requieran hospitalización.
- En edades extremas de la vida, cuando es necesario tratamiento etiológico.
- En sospecha de gérmenes invasivos (abundantes leucocitos fecales...).
- En diarreas persistentes.
- Ingesta previa de antibióticos.
- Toxiinfección alimentaria (se ha de buscar, además, toxinas en restos de alimentos).
- Enfermedad de base o inmunodeprimidos.

Al solicitarlo, hay que orientar al laboratorio para identificar mejor el germen causal (antecedentes de viajes, hábitos personales, alimentos, fármacos, entre otros.).

Serología. Si el coprocultivo es negativo, se solicitará para *Y. enterocolitica*, *Salmonella*, *Shigella*, *C. jejuni* y *Entamoeba histolytica* (esta última en caso de viajes a países tropicales o abscesos hepáticos).

Detección de huevos y parásitos:

- En caso de diarreas persistentes.
- Viaje reciente a países de riesgo.
- Guarderías.
- Homosexualidad.

Tratamiento

La gastroenteritis aguda leve es autolimitada y su abordaje solo precisa mantener una adecuada hidratación. La terapia con soluciones de rehidratación oral es la medida menos costosa y más segura y fácil de administrar. La introducción de alimentos debe ser precoz y se debe evitar la toma de medicamentos, salvo en casos estrictamente necesarios. En los casos leves, la recuperación se consigue sin necesidad de seguir pautas alimenticias concretas ni utilizar líquidos específicos.

Medidas generales

Prevención. Dependiendo de las condiciones sanitarias del país, es imprescindible educar a la población en medidas de autocuidado:

- Vacuna pediátrica de rotavirus.
- Vigilancia de la cadena de frío y la manipulación de los alimentos.
- Evitar consumo de productos de mar, huevos y carnes crudos y hortalizas mal lavadas.
- Medidas específicas para el viajero: hervir, cocinar, pelar los alimentos

Reposición hidroelectrolítica:

Rehidratación oral. En diarrea leve sin signos de depleción de volumen es suficiente con sopas o caldos (aportan sal) y bebidas para deportistas sin cafeína.

Cuando existe riesgo de deshidratación se requieren fórmulas prefabricadas hipoosmolares (250 mm/l, con 50 mEq de sodio), incluso en los casos con vómitos de repetición en cantidad de 2-3 l/d a pequeños sorbos repetidos y a temperatura baja.

La rehidratación debe hacerse en un período de 3-4 horas, pero ante una deshidratación hipernatrémica debe rehidratarse en 12 horas para reducir el riesgo de edema cerebral y convulsiones.

Están desaconsejadas la limonada alcalina casera y otras infusiones por errores de concentración en su preparación, así como el agua de arroz, agua con azúcar, la cola y los zumos de frutas (aportan poco Na⁺ y son de osmolaridad muy alta).

Rehidratación intravenosa. Se recomienda en pacientes con deshidratación grave, íleo paralítico y vómitos incoercibles que no toleran la vía oral. Si la función cardiovascular y renal es normal, se benefician de una rápida rehidratación durante 1 hora.

Dieta. El reposo intestinal no es necesario si se tolera la vía oral. No existe una clara evidencia de los beneficios de la dieta restrictiva. Se recomienda la alimentación temprana con féculas hervidas (arroz, trigo, avena, patata), plátanos y yogures y normalizar la dieta lo antes posible, aunque evitando grasas y azúcares. Se suspenderá la leche durante los primeros días por el déficit transitorio de la lactasa de los enterocitos.

- Medidas farmacológicas
- Antieméticos
- Antidiarreicos
- Probióticos
- Antibióticos

La terapia empírica con antibióticos se indica ante riesgo de diseminación o complicaciones (inmunosupresión, patología cardiovascular, personas mayores), sospecha de bacteriemia o infección grave: fiebre elevada, hipotensión, deshidratación, insuficiencia renal, sangre o pus en heces o casos graves de diarrea del viajero.

En las salmonelosis no tifoideas con diarrea leve, los antibióticos no han demostrado acortamiento de la enfermedad, sino un aumento de efectos secundarios, de recidivas y del tiempo de permanencia de las bacterias. Solo la disentería por *Shigella* y *Yersinia* tiene una clara evidencia de mejora al ser tratada con antibióticos. En el caso de infección por *C. jejuni*, hay una leve reducción de la clínica si se trata precozmente.

El antibiótico se administrará por vía oral, debe ser absorbible y activo frente a la mayoría de los gérmenes del medio y preservar la flora comensal del colon. En las situaciones antes referidas, las quinolonas son el tratamiento de elección, tales como ciprofloxacino (500 mg/12 h v.o) u ofloxacino (400 mg/12 h v.o). Alternativas: trimetoprim/sulfametoxazol (160-800 mg/12 h v.o) o azitromicina (500 mg/24 h v.o). La duración oscila de 3 a 5 días.

Los dolores cólicos abdominales mejoran con ayuno durante las primeras horas y si se precisa tratar el dolor o la fiebre el paracetamol es el fármaco de elección.

Parasitosis intestinales

Las parasitosis intestinales suponen un importante problema sanitario con distribución mundial y alta prevalencia, especialmente en población infantil. Su incidencia está aumentando debido al incremento de la inmigración. La transmisión habitual es por vía fecal-oral directa o indirecta mediante contaminación de aguas y alimentos y son causa del 10% de los cuadros diarreicos.

Las condiciones higiénico-sanitarias deficientes, ingesta de alimentos contaminados, poco cocinados o crudos, convivencia con personas infectadas o inmunodepresión son factores que favorecen la parasitosis intestinal. Por orden de frecuencia, los principales parásitos intestinales son *G. lamblia*, *Cryptosporidium* spp. y *E. histolytica*. Parasitosis intestinales.

Diagnóstico

El primer paso es hacer una anamnesis precisa. Hay que preguntar sobre episodios previos, el tipo de alimentos ingeridos, el lugar donde se consumen, si hay otras personas afectadas, viajes, relaciones sexuales o el uso previo de antibióticos.

Es importante averiguar cómo es la diarrea su frecuencia, color, consistencia, si tiene moco, sangre o pus, los síntomas acompañantes y si hay antecedentes familiares.

El diagnóstico específico habitual es identificar al parásito en las heces mediante el examen microscópico directo. Es preciso recoger tres muestras para aumentar la sensibilidad de la prueba. Las heces deben recogerse antes de tomar cualquier medicación y se debe tener en cuenta que los antibióticos y el hierro pueden interferir en los resultados. El coprocultivo no es muy útil.

Giardia lamblia

Metronidazol (250 mg/8 h/5-7 d vo) o tinidazol (50 mg/kg, [máx. 2 g] en DU diaria) tan efectivo como metronidazol y mejor tolerado. En ambas pautas repetir el tratamiento al cabo de 1 sem

Alternativa: Paramomicina (500 mg/6 h/7 d/vo) (absorción intestinal prácticamente nula, útil en embarazadas).

Blastocystis hominis

Asintomático: ninguno.

Sintomático: metronidazol (750 mg/8 h/10 d vo)

Alternativa: tinidazol (2 g DU vo) o nitazoxanida (500 mg/12 h/3 d vo)
Blastocystis hominis Asintomático: ninguno. Sintomático: metronidazol (750 mg/8 h/10 d vo)

Alternativa: tinidazol (2 g DU vo) o nitazoxanida (500 mg/12 h/3 d vo)

- Enterovirus vermicularis (oxiuriasis)

Mebendazol (100 mg) o albendazol (400 mg), ambos en DU vo. Repetir a las 2 sem

Alternativa: pamoato de pirantel (11 mg/kg [máx. 1 g] DU vo). Elección en embarazadas.

- Cryptosporidium spp

Nitazoxanida (500 mg/12 h/3 d/vo); en inmunodeprimidos: 2-8 sem; en VIH: 500-1000 mg/12 h/2-8 sem vo

Alternativa: paromomicina (500 mg/6 h/7-14 d vo) o nitazoxamida (500 mg/12 h/2 6 sem vo) más azitromicina (500 mg/24 h/4-6 sem vo).

- Trichuris trichiura

Albendazol (400 mg/24 h/3 d vo)

Alternativa: Mebendazol (100 mg/12 h/3 d/vo) o Ivermectina (200 mcg/kg/día/3 d/vo).

- Ascaris umbricoides (ascaridiasis)

Mebendazol (100 mg/12 h/3 d vo o 500 mg en DU) o albendazol (400 mg en DU)

Alternativa: ivermectina (200 mg/kg en 1 dosis) o pamoato de pirantel (11 mg/kg

[máx. 1 g] en DU: elección en embarazadas)

También Nitazoxanida (7.5 mg/kg 12 h/3 d/vo)

Infecciones del tracto urinario

Infección urinaria en la mujer

Cistitis en la mujer

Diagnóstico

Clínico

El síntoma guía de la cistitis es la disuria (92,8%), intensa y de inicio agudo. Suele acompañarse de polaquiuria (91,9%), urgencia miccional (86,7%), tenesmo vesical y dolor suprapúbico. Raramente se encuentra febrícula y no es infrecuente la hematuria (40 %), aunque su presencia no implica peor pronóstico. Ni la apariencia de la orina (clara o turbia), ni el olor son suficientemente discriminativos, por sí mismos, para diagnosticar una ITU.

Ante una mujer con disuria, hay que hacer un diagnóstico diferencial que incluya las ITU como patología más frecuente, la vaginitis, la uretritis, la litiasis urinaria o la patología neoplásica, entre otras. La vulvovaginitis se acompaña de prurito o irritación genital externa, leucorrea y/o dispareunia. Las molestias son constantes, aunque pueden aumentar con la micción. En mujeres posmenopáusicas, es frecuente encontrar una vaginitis atrófica. Se sospechará una uretritis ante disuria de inicio gradual y de menor intensidad, antecedente de promiscuidad o cambio de pareja sexual en las dos últimas semanas, y se puede observar una descarga uretral.

Tratamiento

Un uso racional de los antibióticos aconseja utilizar, cuando sea posible, el de menor espectro bacteriano y reservar las cefalosporinas. Su uso puede incrementar la selección de cepas de *E. coli* productoras de BLEE, que tienen una resistencia cruzada a quinolonas, cotrimoxazol y β -lactámicos y son poco resistentes a fosfomicina y nitrofurantoína. Se recomienda el uso de uno de estos dos últimos (fosfomicina trometamol o nitrofurantoína). La fosfomicina puede disminuir su eficacia si no se toma 2-3 horas antes de las comidas porque estas interfieren mucho.

En pacientes con factores de riesgo de ITU complicada se recomienda seguir tratamiento con la pauta de la pielonefritis aguda.

Algunas de las estrategias para disminuir la utilización del tratamiento antibiótico podrían ser realizar una prescripción diferida o la utilización de un tratamiento antiinflamatorio, ya que los síntomas se pueden autolimitar en unos días y las complicaciones son muy poco frecuentes. Actualmente, los diversos autores no tienen una postura unitaria al respecto.

En los casos de ITU sintomática por *Candida albicans*, se debe cambiar la sonda vesical si existe y, si es persistente, administrar fluconazol (50 mg/d/7-10 d vo).

Pielonefritis aguda no complicada en la mujer

Las pacientes con pielonefritis aguda no complicada, jóvenes, sanas, no embarazadas y que toleran la vía oral, con un adecuado manejo y seguimiento, pueden tratarse en AP, considerando los criterios de derivación hospitalaria.

Diagnóstico

Clínico

Dolor lumbar, fiebre y escalofríos. Puede haber cefalea, vómitos y diarrea. La disuria y polaquiuria, tan sugestivos de ITU, no siempre están presentes. En algunos casos puede no haber fiebre. La ausencia de dolor lumbar obliga a replantear el diagnóstico. A la exploración destaca el puño percusión positiva. Se debe hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías, tanto de etiología infecciosa como abdominales (neumonía basal, colecistitis, litiasis renal)

Tratamiento

Medidas generales

Se asegurará una buena hidratación por vía oral y se administrarán anti-térmicos.

Tratamiento antibiótico

El tratamiento empírico se debe iniciar con alguno de los antibióticos que se enumeran a continuación, y ha de revisarse la prescripción según el resultado del antibiograma.

En la elección se tendrán en cuenta las tasas de resistencias bacterianas de las cepas de E. coli y las alergias medicamentosas. La duración del tratamiento será de 7-14 días:

- Ciprofloxacino, 500 mg/12 h/7 d vo
- Levofloxacino, 500 mg/24 h/7 d vo
- Amoxicilina/Ác. clavulánico, 500-125 mg/8 h/14 d vo
- Cefuroxima acetilo, 500 mg/12 h/14.

- Cefixima, 400 mg/24 h/14 d vo

Las quinolonas se consideran de elección en áreas donde las resistencias de *E. coli* a dichos antibióticos estén por debajo del 10%; asimismo, se recomienda ser prudentes en su utilización empírica en el resto.

El cotrimoxazol, 160-800 mg/12 h/10-14 d vo, también se puede administrar si previamente se ha comprobado que el germen es sensible. La nitrofurantoína o la fosfomicina no se deben emplear, ya que no alcanzan suficiente nivel plasmático ni tisular.

Cuando las resistencias a quinolonas sean superiores al 10% o si no se tolerase bien la vía oral, se puede administrar un antibiótico de amplio espectro, por vía intramuscular, durante 2-3 días y posteriormente pasar a otro por vía oral según el resultado del antibiograma, hasta completar el tratamiento:

- Ceftriaxona, 1 g/24 h/2-3 d im
- Cefonicid, 1 g/24 h/2-3 d im

Infecciones de orina en mujeres embarazadas

Tratamiento

Tanto la cistitis como la bacteriuria asintomática se tratan de igual modo.

Deben seleccionarse los antimicrobianos que tengan categoría A o B en la clasificación de la FDA para el embarazo, en pautas de 5-7 días o monodosis.

Bacteriuria asintomática

Diagnóstico

El abordaje clínico de las personas con bacteriuria asintomática ha cambiado bastante en los últimos años. La evidencia científica disponible apoya que el cribado y el tratamiento solo deben realizarse en mujeres embarazadas y aquellas personas que vayan a someterse a procedimientos urológicos que atraviesen las mucosas. En estos casos debe realizarse urocultivo.

No se han observado diferencias entre el tratamiento antimicrobiano y no tratar la bacteriuria asintomática en el desarrollo de ITU sintomáticas, complicaciones o muerte en el resto de las situaciones.

Tratamiento

Únicamente se tratarán aquellos pacientes citados previo urocultivo, y han de dirigirse según antibiograma,

Indicaciones de tratamiento en la bacteriuria asintomática

Únicamente se indica tratar en:

Embarazadas

- Antes y después de cirugía urológica-prostática
- Previo a una manipulación urológica mayor en los procedimientos que causen sangrado de mucosa
- Mujeres asintomáticas con bacteriuria asociada a sondaje vesical en las que persiste la bacteriuria 48 h después de la retirada de la sonda

Tratamiento con cualquiera de los antibióticos (guiado por antibiograma):

- Fosfomicina trometamol, 3 g/monodosis vo
- Amoxicilina/Ác. clavulánico, 500-125 mg/8 h/7-10 d vo
- Cefuroxima, 250 mg/12 h/5-7 d vo
- Cefalexina, 250 mg/6 h/5-7 d vo
- Nitrofurantoína, 50 mg/6 h/7 d vo
- Norfloxacino, 400 mg/12 h/7 d vo
- Ciprofloxacino, 250 mg/12 h/7 d vo

Infección del tracto urinario en el hombre

Cistitis en el hombre

Diagnóstico

Clínico

Con mayor frecuencia, disuria, polaquiuria y urgencia miccional, seguidos de tenesmo vesical y dolor suprapúbico y/o hematuria. Debe hacerse el diagnóstico diferencial en los hombres jóvenes con la uretritis, en la que predomina la disuria; y en mayores de 50 años, con la patología prostática con distintas patologías.

Laboratorio

- Tira reactiva: solo útil para detectar hematuria y proteinuria, no para diagnóstico.
- Urocultivo, siempre antes y después del tratamiento

Tratamiento

Tratamiento de elección: Amoxicilina/Ác. clavulánico, 500-125 mg/8 h/7-14 d vo,

Pielonefritis

Diagnóstico

Clínico

El diagnóstico y el manejo del paciente se basan fundamentalmente en la clínica: lumbalgia unilateral o bilateral (puño percusión positiva), dolor irradiado hacia trayecto ureteral (si alcanza la ingle, cabe sospechar obstrucción ureteral), acompañado o no de síndrome miccional, fiebre > 38 °C, escalofríos, náuseas, vómitos, dolor a la palpación abdominal y, en algunos casos, tacto rectal doloroso.

Laboratorio

La presencia de cilindros leucocitarios en el sedimento urinario sugiere infección de vías altas. Se debe pedir urocultivo antes y después del tratamiento.

Pruebas complementarias

En todos los varones con pielonefritis aguda hay que solicitar radiografía simple de abdomen y ecografía renovesical para descartar una alteración previa de la vía urinaria.

Tratamiento de elección

- Amoxicilina/Ác. clavulánico, 500-875/125 mg/8 h/10-14 d vo
- Cefixima, 400 mg/24 h/10-14 d vo

- Ciprofloxacino, 500 mg/12 h/10-14 d vo
- Levofloxacino, 500 mg/24 h/10-14 d vo

Se puede iniciar tratamiento con gentamicina, 240 mg/24 h im, o tobramicina, 200 mg/24 h im, o cefonicid, 1 g/24 h im, o ceftriaxona, 1 g/24 h im, los 2 o 3 primeros días si no tolera la vía oral (en función de la disponibilidad de estos fármacos en Atención Primaria)

Prostatitis bacteriana aguda y crónica en el hombre

Diagnóstico

Clínico

La prostatitis bacteriana aguda puede manifestarse con un síndrome miccional, disuria, dolor lumbar, perineal, rectal, fiebre, escalofríos, taquicardia, artralgias o con síntomas obstructivos como el goteo de orina. Puede, asimismo, cursar con posibles complicaciones como retención aguda de orina, abscesos prostáticos, epididimitis y pielonefritis.

La prostatitis crónica se puede presentar como una ITU recurrente y cursar con disuria, eyaculación dolorosa, hematospermia o dolor genital y pélvico. En cuanto al tacto rectal (contraindicado masaje prostático con próstata caliente y dolorosa) solo debe realizarse si se requiere para el diagnóstico. En un paciente con disuria y fiebre, en el que se descarta una orquitis (testes normales) y una pielonefritis aguda (puño percusión renal negativa) se puede establecer el diagnóstico de prostatitis aguda sin necesidad de hacer tacto.

Laboratorio

En la prostatitis aguda hay que pedir un urocultivo antes del tratamiento y requiere un seguimiento con urocultivo postratamiento a los 15, 30 y 180 días. Aunque no es una prueba que haya que solicitar sistemáticamente para el diagnóstico de prostatitis, conviene saber que el antígeno específico prostático (PSA) se eleva en la prostatitis bacteriana aguda. Si se encuentra elevado en el contexto de una prostatitis, se deben hacer controles posteriores tras el tratamiento hasta comprobar su normalización.

Manejo y tratamiento

Puede ser ambulatorio si es una prostatitis no complicada, en ausencia de síntomas de sepsis y de factores de riesgo de complicación. En cuanto a medidas generales, hay que recomendar reposo, hidratación, antipiréticos, analgésicos y laxantes. El tratamiento antibiótico precoz puede evitar complicaciones y la evolución a cronicidad. En caso de objetivar que no hay resistencias, las quinolonas tienen mayores tasas de penetración en fluidos prostáticos que los β -lactámicos o la nitrofurantoína.

La duración óptima del tratamiento no está bien establecida. Se considera adecuado 4 semanas en la prostatitis aguda bacteriana para reducir el riesgo de evolución a crónica, aunque en publicaciones recientes se propugna ampliar a 6 semanas. Hay que realizar estudio para descartar alteraciones estructurales de la vía urinaria. No se requiere tratamiento de la pareja sexual.

En caso de retención aguda de orina, se debe practicar sondaje inmediato. Si no hay respuesta al tratamiento hay que descartar un absceso prostático, que requiere tratamiento quirúrgico.

Orquiepididimitis

Diagnóstico

Clínico

Dolor, enrojecimiento e inflamación a nivel escrotal —se nota induración al tacto—.

Su comienzo es agudo y se acompaña con frecuencia de síntomas urinarios, escalofríos y fiebre. Puede coexistir una hidrocele reactiva.

Laboratorio

Solicitar urocultivo antes de iniciar el tratamiento empírico y considerar el antecedente epidemiológico.

Diagnóstico diferencial

Torsión testicular, fascitis necrotizante del periné, trauma, cáncer de testículo, hernia inguinal, púrpura de Schönlein Henoch.

Tratamiento

Elevación escrotal, aplicación de frío local, analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos y antibiótico según antibiograma o empíricamente (v. ta-

bla 9.14). Únicamente cuando se sospecha etiología de transmisión sexual la pareja sexual debe ser evaluada y tratada (ver capítulo 10). Se recomienda abstinencia de relaciones sexuales hasta la resolución del problema y utilizar preservativo en las relaciones sexuales de riesgo.

Infecciones cutáneas

Infecciones bacterianas

Infecciones de la epidermis

Eritrasma

Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Puede ayudar la luz de Wood (azul intenso). Se observa una placa marrónácea, bien delimitada, de tacto suave, que afecta en su totalidad al pliegue, de crecimiento excéntrico (sin haber curación central) y produce una descamación furfurácea. Suele ser asintomática, aunque con la maceración aguda puede aparecer prurito. Las recidivas estivales acostumbran a ser habituales y de lenta evolución sin tratamiento. Localización más frecuente es la inguinal.

El diagnóstico diferencial se realiza mediante la tiña inguinal. En esta existe crecimiento centrífugo con curación central y bordes activos con descamación. En el Eritrasma, la lesión es homogénea.

Tratamiento

Poco extensas imidazólicos, clindamicina o Ác. Fusídico tópicos

Tratamiento alterno

Extensas o recidivas: eritromicina, 500 mg/6 h/7 d vo; o claritromicina, 500 mg/12 h/ 7 d vo-

Forunculosis y ántrax

Diagnóstico

Nódulo subcutáneo doloroso, fluctuante y con tapón necrótico central, a veces con drenaje espontáneo. Aparece en cualquier región con pelo: zona de la barba, parte posterior de cuello, cuero cabelludo, axilas, ingles, nalgas. Único o múltiple. La afectación de varios folículos y su coalescencia se deno-

mina ántrax, con abscesos dérmicos y subcutáneos, y afectación del estado general. Se puede hacer cultivo del exudado purulento al drenar la lesión.

Tratamiento

Corregir factores predisponentes.

En forunculosis, incisión y drenaje en fase de fluctuación, calor húmedo facilita drenaje.

Infección por *S. aureus* resistente a la meticilina adquiridos en la comunidad (SARM-AC)

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico; las más frecuentes son foliculitis, abscesos y ocasionalmente celulitis. Las infecciones invasivas graves se observan en el 5-10% de los casos (gangrena de Fournier, piomiositis, neumonía necrotizante, osteomielitis, infecciones urinarias, endocarditis, tromboflebitis o sepsis).

Microbiológico: se recomienda la toma de muestras microbiológicas si hay sospecha clínica.

Tratamiento

Se recomienda cubrir SARM-AC ante hallazgos clínicos sugestivos: traumatismo penetrante, pacientes inmunocomprometidos, mala respuesta a tratamiento, mal estado general, infecciones graves (piomiositis, fascitis necrotizante). Se puede asociar o no a β -lactámicos según cuadro clínico.

Abscesos, impétigo, celulitis, foliculitis, paroniquia: tratamiento vía oral con doxiciclina (100-200 mg/d), minociclina (100 mg/12 h), clindamicina (150-450 mg/6 h), trimetoprim/sulfametoxazol (800-160 mg/12 h), ciprofloxacino (500 mg/12 h) o levofloxacino (250-500 mg/d). No existe consenso sobre la duración del tratamiento antibiótico. En general, se recomienda reevaluar a los 7 días y prolongar a 14 días en caso necesario. En infecciones complicadas se requiere tratamiento parenteral.

Infecciones víricas

Varicela

Generalmente los pacientes adultos no suelen tener una varicela grave, pero sí es frecuente que desarrollen neumonía, en ocasiones motivo de hospitalización, la mortalidad alcanza hasta el 10-30% de casos. Deja inmunidad permanente.

Causada por el virus varicela zoster.

Diagnóstico

Generalmente el diagnóstico es clínico. El período de incubación es de 2-3 semanas.

Tratamiento

Se recomienda el tratamiento con aciclovir oral en todos los casos con la condición de que el tratamiento se inicie dentro de las primeras 24 horas tras la aparición de las lesiones cutáneas. Si hay signos de sobreinfección bacteriana, tratar con antibiótico (tópico u oral, según la severidad). Conviene utilizar los mismos que para el impétigo.

Herpes simple

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, con pequeñas vesículas arracimadas sobre base eritematosa, con prurito y/o dolor, que afectan la zona oro-facial (o genital). En la primoinfección existe una gingivoestomatitis aguda (aunque lo más frecuente es que sea asintomática), de aproximadamente 1 mes de duración; las dos primeras semanas es contagiosa.

La forma asintomática es la más frecuente. La gingivoestomatitis cursa con lesiones mucocutáneas diseminadas vesiculosas y úlceras dolorosas.

En la forma ocular, en la mitad de los casos causa queratitis dendrítica y/o blefaritis ulcerosa. El paciente debe ser derivado al oftalmólogo.

En la forma genital, en el 95% de los casos por VHS-2.

La forma cutánea puede cursar con un herpes simple por inoculación (panadizo herpético) y una dermatitis herpética primaria (placa eritemato-vesiculosa y habitualmente afectación del estado general).

El herpes simple diseminado se produce en casos graves cuando son inmunodeprimidos, malnutridos.

El virus se multiplica localmente, migra al ganglio regional a través de un nervio sensitivo y allí permanece en estado latente, con reactivaciones clínicas, contagiosas, de unos 5 días de duración.

Tratamiento

Medidas generales: antisépticos y astringentes tópicos, fotoprotección. El tratamiento tópico con aciclovir (u otros inhibidores del ácido desoxirribonucleico-polimerasa) no ha demostrado eficacia para la reducción del dolor ni en la disminución de la duración de las lesiones; tampoco en la supresión de la propagación o en la reducción de las recidivas.

Herpes zoster

Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se trata de una afectación neurológica y cutánea secundaria a un ganglio radiculitis aguda. Existe pró-dromo de 48-72 horas, con fiebre, mal estado general, náuseas, cefalea y síntomas locales de neuritis aguda: dolor, sensación urente y disestesias en el área del dermatoma afectado. Después aparece el exantema, con placas eritematosas algo sobreelevadas, de forma ovalada, con eje mayor siguiendo la dirección del dermatoma y aparición de vesículas, superpuestas, en racimo. Posteriormente pasan a costras, las cuales caen en unos 10-15 días y dejan una cicatriz eucrómica o discrómica.

Se pueden dar complicaciones: neuralgia postherpética; sobreinfección bacteriana; afectación oftálmica; síndrome de Ramsay-Hunt; zoster necrótico y gangrenoso; angeítis granulomatosa de arterias cerebrales; meningoencefalitis; parálisis motora; zoster generalizado.

Tratamiento

Medidas generales con soluciones astringentes:

- Solución de Burow (1:40), alcohol alcanforado.
- Evitar los polvos antipruriginosos que predisponen a la sobreinfección de las lesiones.

Analgésicos (paracetamol con o sin codeína); los antiinflamatorios son menos efectivos para controlar el dolor neuropático. Se recomiendan los anti-histamínicos orales, si hay prurito, y los antibióticos orales, si hay sobreinfección bacteriana.

El tratamiento sistémico está indicado en:

- Pacientes mayores de 50 años por un componente de depresión de la inmunidad celular.
- Inmunodeprimidos: diabetes mellitus, quimioterapia.
- Herpes zoster oftálmico. Añadir aciclovir tópico cada 6 horas para aumentar la concentración del fármaco, que por vía sistémica no es óptima.
- En determinadas situaciones especiales, como en herpes sacro y síndrome de Ramsay Hunt.
- Dolor grave

Los antivíricos reducen el dolor agudo y la duración del exantema siempre que el tratamiento se inicie dentro de las primeras 48-72 horas tras la aparición de las lesiones. Los corticoides orales en la fase aguda también alivian el dolor.

Atención a las necesidades de salud de poblaciones específicas en atención primaria

La atención primaria para poblaciones específicas es una combinación de servicios, programas y políticas diseñadas para satisfacer las necesidades específicas de esos grupos. Donde se incluye a niños, ancianos, pacientes rurales, indígenas y minoría raciales o étnicas y enfermos crónicos.

Como por ejemplos los ancianos, niños tienen necesidades de atención primaria específicas en función de su desarrollo o su envejecimiento. Lo pacientes rurales y los indígenas pueden tener dificultades de acceso a la atención primaria y los enfermos crónicos pueden tener necesidades específicas en función de su condición.

Donde es importante señalar a Torres (18), el cual cita a la Organización Panamericana de la Salud en el marco del Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas, se ha desarrollado y ampliado hacia la necesidad de incorporar el enfoque intercultural, concibiendo a la salud como un derecho y tomando en cuenta la manera que estos pueblos tienen de entender la vida. Aún en situaciones de emergencia donde está en juego la vida de la persona,

debemos tomar en cuenta las características específicas del paciente, de su familia, comunidad y pueblo.

Especialmente, si el objetivo, es el desarrollo de procesos y modelos que enfaticen en la prevención de la enfermedad, en la rehabilitación y en la promoción de la salud individual y colectiva tomando en cuenta las necesidades de salud de los pueblos.

La atención primaria proporciona una plataforma ideal para integrar las medidas dirigidas a combatir las desigualdades sanitarias que afectan a las poblaciones que sufren discriminación racial, ya que constituye un programa de cambio social, tiene el compromiso de no dejar a nadie atrás, incluye acciones de largo alcance para abordar los determinantes sociales más amplios de la salud y se centra explícitamente en la lucha contra la inequidad y sus causas profundas.

En el cual la Organización Mundial de la Salud (19), menciona que la atención primaria de salud constituye una plataforma ideal para integrar las medidas destinadas a combatir las desigualdades sanitarias que sufren las poblaciones que se enfrentan a la discriminación racial e impulsar el cambio del sistema de salud. Está bien situada para hacerlo, debido a que:

- La atención primaria de salud es un programa para el cambio social.
- La atención primaria de salud forma parte de la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y del compromiso de no dejar a nadie atrás.
- La atención primaria de salud se centra explícitamente en la lucha contra las desigualdades y sus causas profundas.
- La atención primaria de salud incorpora medidas de gran alcance para afrontar los determinantes sociales más amplios de la salud.
- La atención primaria de salud implica servicios de salud accesibles y de gran calidad.
- La atención primaria de salud incorpora a las comunidades locales y las dota de capacidad de acción y decisión.

Las poblaciones específicas como los ancianos, los niños, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidades y las personas en situación de calle. Estas personas pueden tener necesidades de salud específicas como medicamentos, cuidados preventivos, tratamiento y apoyo psicológico.

La atención a las necesidades de salud de poblaciones específicas es crucial para garantizar que todos tengan acceso a la atención médica que necesitan.

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Capítulo

III

Atención centrada en el paciente en atención primaria



Introducción

La atención centrada en la paciente también conocida como atención centrada en la persona es una práctica de atención médica que se basa en darle a los pacientes un papel activo en su cuidado. Una característica importante de la atención centrada en el paciente es la información y comunicación. Es decir, se trata de asegurarse de que los pacientes tengan la información necesaria para entender su salud y su enfermedad. Por otro lado, se fomenta la información y comunicación abierta entre el profesional de la salud y el paciente.

Relación médico-paciente y enfermera-paciente en atención primaria

Relación médico-paciente

La comunicación es el mejor indicador de la calidad de una relación, y esto es especialmente cierto en el caso de las interacciones entre los médicos y sus pacientes. Estos últimos carecen de conocimientos médicos, por lo que se valen de la calidad de su interacción humana para definir la calidad de su atención.

La habilidad para comunicarse eficientemente no solo consiste en saber expresarse, sino también en saber escuchar.

La entrevista médica es la herramienta fundamental para obtener una anamnesis fidedigna y establecer una relación médico-paciente sólida, perdurable y productiva. La habilidad para conducirla debe aprenderse y debe perfeccionarse mediante el estudio, la práctica y la autoobservación. Una entrevista tiene valor terapéutico cuando el enfermo encuentra en el médico capacidades de respeto, interés, autenticidad y conexión

Un aforismo hipocrático ya lo manifestaba hace 2500 años: “Muchos pacientes se curan con la satisfacción que le produce un médico que los escucha”. En la práctica profesional, en múltiples ocasiones se tiene esta experiencia, la cual es más satisfactoria cuando se toca al paciente, durante la realización del examen físico.

El paciente necesita y espera que se trate su enfermedad, la cual es parecida en todas las personas, para ello es necesario que se utilicen los conocimientos científico-técnicos existente al alcance (complementarios, técnicas de imagen, así como tratamientos novedosos y de última generación), pero lo más valorado y sensible para el paciente-familia es el juicio individualizado y

humanístico del médico puesto en función del paciente, el altruismo, el sentido de servir a los demás, el sentido de cumplir con lo que se debe hacer en cada momento y en distintas situaciones.

Un momento especial de esta relación es cuando se produce al final de la vida, momento en que existe una enfermedad avanzada, progresiva, e incurable, con síntomas múltiples y multifactoriales, intensos y cambiantes, con impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y en los propios miembros del equipo de salud, con pronóstico de vida limitado por causa de cáncer, SIDA, enfermedades crónicas evolutivas discapacitantes y otras enfermedades y condiciones relacionadas con la edad avanzada; cuando las tecnologías no tienen sentido de aplicación, pero que en ese momento se debe asistir al paciente y la familia, darle apoyo y ayudarlo a morir con tranquilidad o a tomar decisiones, para ello se le dará los cuidados paliativos que permitan aliviar el dolor, vómitos si existieran, consolar al paciente y su familia, ser empático.

La consulta es el escenario fundamental de la actividad asistencial del médico. Las decisiones que se toman en ella marcan el destino de un paciente. El médico necesita tiempo para escuchar atentamente al paciente, examinarlo minuciosamente, redactar una historia clínica completa y explicarle a él y sus familiares su enfermedad, la evolución del cuadro clínico, los exámenes complementarios y el tratamiento. Médicos y pacientes se han acostumbrado a consultas de corta duración; esto daña a ambas partes. El médico sabe que está perjudicando su profesión y se expone a cometer errores y el paciente no se siente satisfecho y tiene, muchas veces, la certeza de no haber sido correctamente evaluado.

Es preciso crear una red de confianza del paciente para con su médico y viceversa, indispensable para conseguir el efecto terapéutico que por sí sola tiene la entrevista clínica. Esto solo es posible en un marco de organización que permita, en primer lugar, dedicar a cada paciente el tiempo que necesite, sin que por ello el médico muera en el intento, y por otra parte que el médico pueda ocupar parte de su horario de trabajo en tareas no asistenciales, entre ellas la revisión de historias clínicas y su superación.

La relación médico-paciente es una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas, que no puede propiciarse si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, solidaria y profesional, en la que el desgaste laboral del médico puede repercutir en muchos casos de forma negativa en su salud física y mental, y sus consecuencias comprometer su trato con los pacientes.

La relación médico-paciente negativa facilita la comisión de yatrogenia (cualquier efecto, adverso para la salud del paciente secundario a una actuación médica), errores médicos y la infracción o falta médica.

Relación enfermera-paciente

La relación enfermera paciente es clave para alcanzar un plan de cuidados individualizado y humanizado con el fin de mejorar el estado de salud del paciente, reduciendo su posible miedo o ansiedad.

Durante el proceso asistencial se establece una relación enfermera paciente fundamental. El profesional sanitario cuenta con la formación necesaria para ayudar al enfermo en su recuperación, así como a la hora de dar respuesta a posibles necesidades que puedan surgir. La comunicación efectiva representa una estrategia más en el cuidado: una relación de respeto e informar al paciente de forma correcta y veraz redundará en una mayor calidad de la asistencia.

La relación enfermera paciente debe centrarse en el propio paciente. Según la International Alliance of Patients Organizations (20), “la asistencia sanitaria centrada en el paciente es necesaria porque consigue mejores resultados sanitarios, una mejor calidad de vida y un alto rendimiento en las inversiones sanitarias al hacer un uso óptimo del sistema”.

Para ello, los pacientes tienen derecho a una asistencia basada en el respeto a sus necesidades y preferencias, a su independencia y a su autonomía. Además, hay que añadirle el derecho y la responsabilidad de participar en las decisiones sanitarias que se adopten en función de sus capacidades y preferencias personales.

Precisamente, la enfermera debe ejercer su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente, sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueja. Además, administrará sus cuidados “en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.

El profesional de enfermería está obligado a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, edad, religión, sexo, nacionalidad, condición social, estado de salud u opinión política.

A su vez, debe proteger a los pacientes mientras se encuentren bajo su cuidado frente a posibles tratos humillantes, degradantes o que puedan afec-

tar a su dignidad personal. Además, está obligado a respetar su libertad a elegir y controlar la atención que recibe y contar con su consentimiento previo ante cualquier intervención (o de sus allegados en caso de que no esté en condiciones de poder hacerlo).

La relación enfermera paciente debe ser bidireccional, es decir, el sanitario cumplirá con sus deberes como profesional de la salud; pero el enfermo tiene que involucrarse igualmente en sus cuidados, facilitar los mismos y seguir las indicaciones de todos los profesionales, a los que podrá indicar igualmente su opinión e impresiones sobre todos los procesos.

En esta atmósfera, la comunicación efectiva entre la enfermera y el paciente representa una estrategia más en el cuidado. No se entiende un adecuado proceso asistencial sin una información correcta y veraz.

Es responsabilidad de la enfermera el mantener informado al enfermo, empleando siempre un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

Comunicación efectiva y habilidades de empatía en la atención primaria

Comunicación asertiva

Implica expresar los propios sentimientos, necesidades y derechos sin amenazar los derechos de las otras personas.

Actitudes básicas para comunicarse mejor

Congruencia

Existe autenticidad y congruencia cuando se da la exacta adecuación entre lo que sentimos, lo que pensamos y lo que expresamos. Cuanto mayor sea la congruencia en nuestra relación con los demás, mayor será la probabilidad de que nuestra comunicación sea captada sin ambigüedades.

Aceptación

La aceptación incondicional exige aceptar a la otra persona como un ser único, tal como es, aquí y ahora y teniendo en cuenta todos los aspectos de su persona: edad, sexo, actitudes, ideas, valores, entre otros. Cuando una persona es capaz de sentir y comunicar aceptación genuina de otra persona, posee la capacidad de ser un poderoso agente de ayuda para esa persona. Cuando una persona siente que es aceptada por otra, entonces se siente libre

de tomar esa aceptación como punto de partida y empezar a pensar cómo quiere cambiar, crecer, entre otros.

Empatía

Comprender al otro y manifestar un deseo de ayuda. Ponerse en los zapatos del otro.

Habilidades de comunicación

La empatía es la capacidad de comprender los sentimientos y emociones de los demás, basada en el reconocimiento del otro como similar. Desarrollar la empatía es un arma poderosa para fomentar las relaciones sociales y la aceptación de que todos somos diferentes y son estas diferencias las que nos enriquecen como seres humanos.

En el mismo orden de ideas es relevantes mencionar a Motta (21), donde expone:

La empatía, la comunicación efectiva y el asertividad en la práctica médica actual representan habilidades y herramientas necesarias y vigentes en un mundo de grandes avances y realidades tecnológicas que no superan, en nuestra perspectiva, lo indispensable para mantener y fortalecer la relación del profesional de la salud con el paciente, específicamente la relación médico-paciente. Es conveniente identificar y reconocer el hecho de que estas relaciones interpersonales deben ser modificadas mediante el reconocimiento de su bidireccionalidad y deben centrarse en un carácter educativo, de retroalimentación y atención mutua, con una mejora continua de la regla de las “15 C”: comunicación, cercanía, comprensión, compasión, confianza, capacidad, consistencia, certificación, creatividad, cooperación/coordiación, compromiso bidireccional y conexión, con las resultantes calidad y calidez.

La empatía facilita el cumplimiento terapéutico y resulta imprescindible ante cualquier enfermedad crónico-degenerativa o cáncer, ya que tanto el paciente como sus familiares se sienten más confiados en el vínculo con su médico, ocupado al igual que ellos por su salud, y se sienten más motivados para hacer frente al tratamiento y a los efectos que este puede llegar a provocar.

El profesional de la salud es el responsable de garantizar el cumplimiento del derecho a la información al paciente y debe comunicarle todo lo que sea relevante sobre el diagnóstico, opciones de tratamiento y sus beneficios, efectos secundarios ciertos o posibles, así como su gravedad, amén de aclarar cualquier duda o prejuicio sobre todo lo concerniente a la RMP. La información debe incluir la orientación sobre cómo gestionar una segunda opinión médica

si esa es la petición del enfermo y, en ocasiones, sin que él lo solicite Carvajal (22).

La empatía puede estar motivada por un deseo altruista de aliviar el estado de necesidad en que se encuentra una persona y no sólo el deseo egoísta de cumplir los requerimientos fríos del sistema en el que estamos insertos, que insertan nuestras actividades sólo desde un punto conductista, irrefutable, impositivo. La empatía nos entrega las herramientas necesarias para insertar al usuario dentro del contexto constructivista, nos permite muchas veces que el usuario se haga participe en nuestras temáticas, ya sean asistenciales. (p. 12)

Los médicos de la familia o el equipo de salud en AP, desde el nivel de influencia que ejercen en las personas, las familias y la comunidad, deben convertirse en comunicadores por excelencia, y les es necesario interiorizar y aplicar de manera adecuada las formas de comunicación efectiva, ya sean oral o escrita, según los niveles en que se desarrolla: interpersonal, grupal, organizacional y masiva.

De la misma forma se puede señalar que para todas las actividades de la vida cotidiana es imprescindible establecer una fluida comunicación para el cumplimiento de los objetivos y programas, así como para lograr cambios positivos en indicadores del cuadro de salud,

Incorporación de las preferencias y valores del paciente en la toma de decisiones

Actualmente se puede considerar que existen tres modelos de toma de decisiones (TD) que se diferencian por los distintos roles que profesional sanitario y paciente asumen en la selección final del tratamiento.

Modelo paternalista: el profesional sanitario decide por el paciente y lo deja fuera del proceso de la toma de decisión.

Decisión informada: el profesional sanitario informa sobre todas las opciones posibles, pero no aconseja, correspondiendo al paciente la responsabilidad de decidir. El sanitario es un mero transmisor de información.

Toma de decisiones compartida: las decisiones se adoptan de manera conjunta entre el profesional sanitario y el paciente.

Los diferentes modelos no son compartimentos estancos, ni inalterables. El paciente puede necesitar pasar de un modelo a otro en función del momento.

La decisión compartida incluye tres elementos esenciales:

- Intercambio de información (personal y médica) entre el paciente y el sanitario
- Deliberación sobre las distintas opciones
- Llegar a una decisión consensuada.

En este proceso interactivo, el profesional sanitario aporta sus conocimientos, así como información acerca de los riesgos y beneficios de una intervención diagnóstica o terapéutica, mientras que el paciente lo hace sobre sus valores, preferencias, preocupaciones y su experiencia con el problema de salud.

Los beneficios de la toma de decisiones compartida incluyen:

- Permitir que la evidencia y las preferencias de los pacientes se incorporen a una consulta.
- Mejorar el conocimiento del paciente, la precisión de la percepción del riesgo y la comunicación médico-paciente.
- Reducir el conflicto decisional, sintiendo el uso inadecuado y desinformado de pruebas y tratamientos.

Pellegrino citado Sogi (23), por al momento de la toma de decisiones, expone:

“La condición moralmente óptima es aquella en la cual la decisión proviene del médico y el paciente. Por su parte, el médico debe tomar la decisión por y con el paciente, por no significa en lugar del paciente, sino por sus intereses. Esta formulación preserva el derecho legal a la integridad, el derecho moral a la autonomía y el derecho moral más profundo a la integridad de las personas”. (p. 20)

En relación a la capacidad de decisión (competencia), en una situación clínica la capacidad de un paciente para consentir o rechazar un tratamiento requiere de habilidad para comprender la información relevante, evaluar la situación médica y sus posibles consecuencias, para comunicar una elección y participar en una deliberación racional. En otras palabras, la capacidad de

decisión se refiere a acciones específicas de comprender, evaluar y hacer una elección entre opciones realistas.

La forma más eficaz de tomar una decisión médica

El significado de cómo alcanzar una decisión óptima surge de integrar la mejor evidencia disponible (sobre riesgos/ beneficios) procedente de la investigación clínica, la pericia clínica, y las preferencias del paciente.

Este modelo es coincidente con el de la buena práctica de la salud basada en la evidencia. Solo la integración de estos componentes tomando además en consideración el contexto social, familiar, económico, cultural y científico asistencial asegura una adecuada toma de decisiones. Ninguna decisión debería adoptarse considerando solo alguno de los dominios aislados.

Ilustración 5. La forma más eficaz de tomar una decisión médica



Nota: Adaptado Barani (24)

Dada la necesidad de sopesar posibles beneficios y daños, la necesidad de orientación del paciente será cada vez más desafiante a medida que aumenten las opciones terapéuticas.

Para tomar decisiones eficaces es fundamental tener en cuenta el deseo del paciente, también lo que la evidencia científica aporta acerca de la necesidad o no de determinada intervención, y también si el contexto (ya sea tanto el contexto directo del paciente como del sistema de salud en el que está inmerso) lo permiten.

Cuando los pacientes se sienten mejor informados sobre el proceso de decisión es más frecuente que sus decisiones coincidan con sus propias preferencias, valores y preocupaciones. Por lo mismo, son más proclives a adherir al tratamiento y muchas veces califican más positivamente su salud después del tratamiento.

El médico tiene que explorar cuál será el rol que adoptará el paciente frente a la propuesta de tomar la decisión en forma conjunta, y saber generar empatía para lograr el involucramiento del paciente en la toma de decisión.

La decisión debería surgir sola después de haber integrado y discutido la evidencia científica con los valores de los pacientes. Es particularmente importante que el médico manifieste apoyo al paciente cualquiera sea la opción que elija.

Definitivamente, el proceso de tomar decisiones en forma conjunta implica involucramiento e interacción entre el médico y el paciente.

Enfoque holístico y atención integral en la atención primaria

La salud holística es aquella que representa al ser humano como la unión de la mente, el cuerpo y el espíritu. Se aleja del concepto de salud definido como la ausencia de enfermedad y lo relaciona con un estado de bienestar, tanto físico, mental, emocional, espiritual y social, siendo espiritual la parte que da energía al resto para que estén en armonía con la naturaleza. La salud holística entiende que el ser humano es como una entidad formada por varias partes y considera que, solo si todas ellas se encuentran sanas, el ser humano también lo estará.

De este modo la salud holística es un estado armónico en equilibrio de los componentes espiritual, psicológico, orgánico, social y energético del ser humano.

El enfoque holístico consiste en ayudar a los pacientes con los efectos de la enfermedad en el cuerpo, la mente, las emociones, la espiritualidad, la religión y las relaciones personales, a través de una atención integral que también implica tomar en consideración las diferencias sociales y culturales existentes. Se trata en definitiva de promover un ambiente psicológico, emocional y espiritual saludable.

Este tipo de atención y cuidados, junto a una visión global del paciente respecto de su enfermedad y sus hábitos en la vida diaria, le reportarán gran-

des ventajas y beneficios como la mejora a nivel psicológico y de salud mental, el reconocimiento de sus dolencias y la toma conciencia de las posibles soluciones y tratamientos integrales, la mejora de la autoestima y la relación con el entorno durante y después de la enfermedad y sobre todo genera una visión global y positivista del proceso

Es relevante señalar a García (25), donde expone:

Una concepción holística de la salud, debe crear conciencia que la salud es un problema de todos, y que la solución empieza con el cambio de los estilos de vida y las circunstancias medioambientales del hábitat, pues la atención primaria, la promoción y la educación en salud no es sólo un problema de los profesionistas de la salud. Carecería de valor un programa integral de salud, si la población no se esfuerza por cambiar sus estilos de vida. Precisamente, una holística de la salud vincula en su integralidad sistémica sentimiento y razón, ciencia y conciencia, teoría y praxis. En primer lugar, porque no concibe a la salud como un subsistema puramente autónomo, al margen de la sociedad y el hombre; en segundo lugar, porque comprende la esencia del hombre en el conjunto de sus relaciones sociales y su conciencia (la del hombre) como el ser consciente, y el ser de los hombres, como un producto de su vida real y práctica. (p. 889)

El enfoque holístico en la salud se relaciona con el funcionamiento del ser humano de una manera integral, es decir, conociendo los aspectos físicos, mentales, emocionales y sociales que forman parte de cada persona.

Dentro del mismo orden de ideas, según Zebiene (26), la definición de:

El enfoque holístico es la atención prestada a la persona como un todo en el contexto de sus valores personales, creencias familiares, estructura familiar y la situación cultural y socioecológica de la comunidad en la que vive, y que tiene en cuenta un abanico de terapias basada en la evidencia de sus costes y beneficios». (p. 51)

Factores que influyen en el Enfoque Holístico de la Salud

Si bien es cierto que el ser humano está condicionado por su historia, su cultura y sus motivaciones intrínsecas, no se puede decir que están determinados de manera fatal por sus contradicciones, incertidumbre, inseguridad y conflictos, ya que esto puede cambiar y desaprenderse en el momento en que la persona lo decida por medio de un trabajo del equipo de salud en AP.

- El enfoque holístico posee las siguientes características:
- Se vislumbra la salud desde una perspectiva positiva.
- Se enfatiza el bienestar en vez de la enfermedad.
- El ser humano se desempeña como una unidad entera.
- No existe salud si una de las dimensiones no se encuentra saludable.
- Su filosofía/propósito principal es la enseñanza de prácticas básicas de una vida saludable.

Algunos de los valores que contribuyen a la salud holística son:

- Autonomía individual
- Autonomía familiar
- Autonomía institucional
- Respeto
- Solidaridad
- Compromiso social
- Integridad
- Responsabilidad individual y colectiva.

Dado que el enfoque holístico se centra principalmente en el individuo, incluso las terapias de intervención aplicadas al paciente tendrán un significado distinto para distintas personas. El carácter individual de este enfoque lo coloca en estrecha relación con la medicina de familia en AP, por tres razones: en primer lugar, incluye la base biológica de la medicina que define la naturaleza holística de los órganos; en segundo lugar, desde un punto médico incorpora un enfoque de sistema, y finalmente, como disciplina orientada a la persona otorga un papel fundamental al holismo que considera a la persona como un todo.

La perspectiva holística reconoce las explicaciones científicas objetivas de la psicología, pero admite también que las personas tienen experiencias interiores de carácter subjetivo, místico y (para algunos) religioso, que pueden afectar a su salud y a sus creencias sobre la salud.

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Capítulo

IV

*Promoción de estilos de vida
saludables y prevención de
enfermedades en
atención primaria*



Introducción

La promoción de la salud se basa en ayudar y orientar a las personas a adoptar hábitos saludables, como hacer ejercicios regularmente, comer alimentos saludables, dejar de fumar y tomarse en serio la prevención de enfermedades. Frecuentemente los profesionales de la salud de atención primaria trabajan en grupos de apoyo y actividades comunitarias para promover la salud.

Asesoramiento en dieta y nutrición en atención primaria

Según Terrero (27), la orientación nutricional de la población forma parte del proceso de educación y asesoramiento para la Salud, cuya finalidad es garantizar que la población conozca qué debe hacer para proteger la salud, tanto individual como colectiva. Los hábitos nutricionales adecuados constituyen un elemento fundamental para el desarrollo físico y mental del individuo, así como también para reducir la prevalencia de los factores de riesgo que influyen en su estado de salud.

Los hábitos alimentarios son uno de los principales determinantes del estado de salud tanto de las poblaciones como de los individuos. Sin embargo, los principales problemas de salud se manifiestan en: enfermedad coronaria, hipertensión arterial, cáncer, diabetes mellitus, obesidad, osteoporosis, caries dental, anemia, bocio endémico y hepatopatía; y las principales causas de muerte: enfermedades del aparato circulatorio y neoplasias están relacionadas con la alimentación.

Así mismo, un estado de desnutrición crónica afecta de igual forma tanto a la calidad de vida como al estado físico y mental de las personas; de ahí la importancia de valorar el estado nutricional de los pacientes en atención primaria.

Donde se entiende por desnutrición cualquier trastorno nutricional que comporte alteraciones en el crecimiento, desarrollo y mantenimiento de la salud. Los trastornos de la nutrición son las diferentes situaciones patológicas provocadas por un exceso o por un defecto en el consumo o aprovechamiento de macro y micronutrientes. En atención primaria su función es prevenir y tratar una vez establecido para evitar la aparición de complicaciones relacionadas con la desnutrición.

La patogénesis de la desnutrición en la comunidad es múltiple y sus causas.

1.Reducción de la ingesta alimentaria.

- Anorexia
- Episodios de ayuno
- Dolor en la ingesta o deglución
- Dificultad en la masticación
- Incapacidad para ser independiente en la vida diaria
- Dificultad en la deglución o disfagia
- Falta de medios económicos

2. Malabsorción o enfermedades que afectan a la digestión, absorción o favorezcan las pérdidas excesivas de nutrientes.

- Pancreatitis
- Resección intestinal
- Enfermedades que afectan a la mucosa intestinal

3. Modificaciones del metabolismo que afectan a la movilización y utilización de los nutrientes.

- Enfermedad renal
- Enfermedad pulmonar
- Enfermedad hepática
- Diabetes
- Infecciones crónicas
- Traumas
- Neoplasias

Consecuencias de la malnutrición

La malnutrición se refiere a una alimentación desequilibrada, ya sea por exceso o por la escasez de diversos componentes o nutrientes que el organismo necesita, como las vitaminas, los minerales u otros.

- Alteración de la inmunidad celular y humoral
- Aumento en la incidencia de infecciones
- Hipoproteinemia-hipoalbuminemia
- Retraso de crecimiento y desarrollo sexual en los niños
- Dificultad en la cicatrización y curación de heridas y fístulas
- Aumento en la dehiscencia de suturas
- Hipotonía y atrofia de la mucosa intestinal
- Retardo en la consolidación de callos de fractura
- Alteración en la eritropoyesis y aparición de anemia
- Atrofia muscular
- Úlceras de decúbito
- Pérdida de fuerza muscular
- Alteración de la capacidad respiratoria
- Afectación del funcionamiento cardíaco
- Depresión del sistema inmunitario
- Mayor riesgo de infecciones y enfermedades asociadas
- Recuperación más lenta
- Aumento de la morbilidad y mortalidad

Ilustración 6. Enfermedades relacionadas con la nutrición

Enfermedades cardiovasculares <ul style="list-style-type: none">• Cardiopatía isquémica (infarto, angor)• Arteriosclerosis• Aneurisma• Otras enfermedades cardíacas (miocardiopatías, insuficiencia cardíaca)	Enfermedades del tracto digestivo <ul style="list-style-type: none">• Caries (presentes en un 80% de los niños y favorecidas por el consumo frecuente de sacarosa)<ul style="list-style-type: none">• Diverticulosis• Cirrosis• Colelitiasis• Pancreatitis
Enfermedades endocrinas y metabólicas <ul style="list-style-type: none">• Ediabetes mellitus• Dislipemia• Gota• Sobrepeso/obesidad	Morbimortalidad causada por el alcohol <ul style="list-style-type: none">• Psicosis etílica• Dependencia de alcohol
Enfermedades carenciales <ul style="list-style-type: none">• Bocio• Osteoporosis	Cáncer <ul style="list-style-type: none">• Cánceres del aparato digestivo (esófago, estómago, intestino, hígado, vesícula biliar, páncreas)<ul style="list-style-type: none">• Cáncer de mama• Cáncer de útero• Cáncer de próstata• Cáncer de tiroides
Enfermedades vasculocerebrales e hipertensión: <ul style="list-style-type: none">• Hipertensión arterial y enfermedades relacionadas• Enfermedades vasculocerebrales	

Nota: Adaptado Gómez (28)

Valoración del Estado Nutricional

La actitud prioritaria debería ser la valoración del estado nutricional de cada uno de los pacientes para poder detectar precozmente cualquier problema nutricional e iniciar su tratamiento, ya sea con alimentación oral o nutrición artificial.

Para poder detectar cualquier alteración del estado nutricional es prioritario realizar una valoración del estado nutricional completa y rigurosa que nos permitirá, además de determinar el estado nutricional de un individuo, valorar sus requerimientos nutricionales, la posibilidad de aparición de complicaciones en su enfermedad de base secundarias a una desnutrición y evaluar la eficacia de una terapia nutricional.

La valoración propiamente dicha se realizará mediante parámetros antropométricos y analíticos, pero previamente es conveniente estudiar sus hábitos alimentarios para detectar cualquier déficit alimentario que comporte un déficit nutricional y poder corregirlo.

Es conveniente realizar una valoración del estado nutricional a todos los pacientes, en especial a aquellos que padezcan alguna enfermedad crónica y que pertenezcan a un grupo de riesgo nutricional.

Por grupos de edad:

- Primera infancia
- Preescolar
- Adolescente
- Adulto/embarazo y/o lactancia
- Vejez

Por nivel socioeconómico:

- Pobreza
- Inmigración

Por hábitos alimentarios:

- Servicios, restauración
- Algunos alimentos preparados

Hospitalización

Por estado de salud:

- Alcoholismo
- Obesidad
- Neoplasia tubo digestivo
- Fístula entero cutánea
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Hepatopatía
- Síndrome del intestino corto

- Enteritis postirradiación
- Pancreatitis
- Diabetes
- Sepsis
- Cirugía mayor
- Cáncer
- SIDA
- EPOC
- Insuficiencia renal
- Traumatizado/quemado

Valoración del consumo alimentario

Existen varios métodos para valorar el consumo alimentario: registro alimentario por pesada y por estimación, recuerdo de 24 horas, historia dietética y frecuencia de consumo. La historia dietética es el de más fácil aplicación en atención primaria; nos permitirá estimar la ingesta habitual a través de uno o varios registros de 24 horas, un cuestionario de frecuencia de consumo de los alimentos de mayor interés y un registro dietético estimado de 3 días de duración. Es importante realizar una serie de preguntas que nos podrán indicar si puede existir algún tipo de desequilibrio alimentario.

Valoración del estado nutricional

a. Parámetros antropométricos

Estas medidas son fáciles de realizar, rápidas y de bajo coste y nos evalúan las reservas proteicas y grasa del individuo. Para obtenerlas sólo necesitamos una balanza vertical con tallímetro, una cinta métrica y un calibrador de pliegues cutáneos mediante los que obtendremos el peso, la talla, el pliegue tricípital y la circunferencia del brazo que nos permitirá determinar la circunferencia muscular del brazo. Los resultados obtenidos se compararán con unos estándares o con los valores previos individuales pudiendo obtener una serie de parámetros que nos indicarán el estado nutricional.

Tabla 7. Parámetros antropométricos.

Índice de masa corporal	IMC = Peso (Kg) / (altura (m)) ²	
	Obesidad: 30 Kg/m ²	
	Sobrepeso: = 25-30 Kg/m ²	
	Normalidad: = 19-25 Kg/m ²	
	Desnutrición leve: = 17-19 Kg/m ²	
	Desnutrición moderada: = 16-16,9 Kg/m ²	
Desnutrición severa: = 16 Kg/m ²		
Porcentaje de peso ideal PPI (%) = (peso actual Kg/peso ideal Kg) x 100		
Porcentaje de peso habitual PPH = (peso actual Kg/peso habitual Kg) x 100		
Porcentaje de pérdida de peso (%) = [(peso habitual - peso actual)/peso habitual] x 100		
Tiempo	Pérdida de peso significativa	Pérdida de peso severa
1 semana	1-2%	> 2%
1 mes	5%	> 5%
3 meses	7.5%	> 7.5%
6 meses	10%	> 10%

Nota: Adaptado Gil (29)

b. Parámetros bioquímicos e inmunológicos

De todos los parámetros existentes, según las posibilidades del laboratorio, en atención primaria determinaremos la albúmina (indicador de desnutrición a largo plazo), la transferrina (indicador de desnutrición más agudo por la vida media más corta de la proteína) y los linfocitos ya que en la desnutrición disminuyen el número de linfocitos T. Es importante recordar que éstos pueden alterarse por otras causas: enfermedades infecciosas, tratamientos quimioterápicos o con corticoides, post cirugía y la propia edad avanzada.

La creatinina/altura, sólo se determinará en circunstancias especiales, también es un indicador el cual se requiere recogida de orina durante 3 días consecutivos para ser fiable.

Tabla 8. Parámetros Bioquímicos e Inmunológicos.

	Normal	Desnutrición leve	Desnutrición moderada	Desnutrición severa
Albúmina (g/dl)	3,6-4,5	2,8-3,5	2,1-3,7	< 2,1
Transferrina (mg/dl)	250-350	150-200	100-150	< 100
Linfocitos (células/mm ³)		1200-2000	800-1200	< 800

Nota: Adaptado (29)

Valoración del estado nutricional de los ancianos

Se realiza en dos niveles.

El primero consiste en la determinación del índice de masa corporal y la realización de un pequeño cuestionario por parte del propio paciente sobre sus hábitos alimentarios, condiciones de vivienda, situación económica, social y física que nos permitirán detectar signos de alarma del estado nutricional.

El segundo nivel se realizará por parte del personal sanitario a aquellos ancianos en los que se ha detectado una posible situación de desnutrición.

Causas favorecedoras de malnutrición en el anciano

- Causas fisiológicas

Cambios en la composición corporal:

- Aumento de la masa grasa 18-36% en varones - 33-45% en mujeres
- Reducción de la masa magra, principalmente en músculo y hueso
- Disminución del agua corporal total
- Disminución de la masa ósea
- Menor gasto energético por disminución del metabolismo basal y de la actividad física (31% a los 74-99 años)
- Deterioro de los sentidos del gusto, olfato y vista
- Disminución de la dentición (50% >65 años, 65% >75 años)

Alteraciones digestivas

- Causas psico-sociales
- Soledad, aburrimiento, depresión

- Limitaciones de recursos económicos
- Ingreso en instituciones (residencias, asilos, hospitales)
- Aislamiento, dificultad para el transporte
- Causas patológicas

Enfermedades agudas y crónicas

Polimedicación continuada que interfiere con la ingesta, absorción y metabolismo de algunos nutrientes

Discapacidades que limitan la preparación de los alimentos y comportan una menor actividad física.

Consejo Nutricional en la Práctica diaria

El consejo nutricional es el que se dirige a un individuo en particular y es competencia tanto de médicos, enfermeras, farmacéuticos, dietistas, psicólogos y dentistas, pero es en el médico y en el equipo de AP en quién el paciente más confía como fuente de información fidedigna y válida sobre los aspectos nutricionales.

El médico de familia debe insistir en el consejo dietético: cuáles han de ser los hábitos alimentarios saludables para poder disminuir todos aquellos factores de riesgo relacionados con la alimentación.

Para poder realizar el consejo educativo en AP el profesional sanitario ha de tener en cuenta los siguientes puntos.

Establecer una alianza educativa con el paciente. El médico es consciente de la importancia de su papel como educador sanitario y quiere que el paciente se beneficie de él, para lo cual el paciente ha de ser receptivo a la acción educativa y deberá responsabilizarse de su propia salud.

- Aconsejar a todos los pacientes.
- Investigar los hábitos insanos de los pacientes.
- Seleccionar la conducta de salud que se ha de modificar.
- Diseñar el plan educativo orientado a lo que los pacientes han de hacer y no sólo a lo que han de saber.
- Ejecutar el plan educativo teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- Los mensajes han de ser informativos y motivadores.
- El lenguaje utilizado ha de ser adaptado a la edad, sexo y nivel de instrucción de los pacientes.
- El mensaje ha de ser repetido frecuentemente.
- Debe combinarse la comunicación verbal y la escrita.
- Debe promoverse la modificación de los factores ambientales que se oponen al cambio de conducta.
- Monitorizar los progresos del paciente.

Para que el consejo dietético y nutricional sea efectivo y los cambios alimentarios sean permanentes, es necesario que éste se introduzca de forma paulatina y progresiva. La actitud y motivación de la población sobre alimentación son la base para incrementar los conocimientos que provocarán la adquisición de habilidades que favorecerán el cambio de conducta que mejorará el estado nutricional y su mantenimiento en el tiempo.

Alimentación básica adaptada

Existen situaciones en las que ciertos pacientes no pueden cubrir sus requerimientos nutricionales con su dieta oral habitual o dietéticamente modificada bien porque su ingesta es insuficiente, bien porque precisan un aporte superior de energía y/o proteínas.

En estos casos están indicados la Alimentación Básica Adaptada y/o los Suplementos Nutricionales (SN).

La Alimentación Básica Adaptada (ABA) es un conjunto de desayunos, comidas, meriendas y cenas ricos en proteínas, energía, vitaminas y minerales. Son alimentos fáciles de masticar y deglutir y sencillos de preparar.

Con ABA, el paciente se nutre a través de sus comidas habituales, por lo que no percibe cambio en sus costumbres. ABA puede sustituir a la alimentación oral convencional o alternarse con ésta.

Tipos de productos ABA

- Dietas trituradas de alto valor nutricional

Desayunos y Meriendas: papillas para adultos, (ej. Resource Cereales).

- Comidas y Cenas: purés de carnes y pescados como Resource Puré (listo para su uso), Resource Puré (instantáneo) y Vegetales (para hervir al fuego).

Postres: purés de frutas (Resource Compota de Frutas).

- Modificaciones de textura

Para hidratar y nutrir en caso de disfagia o dificultad de deglución (ej. Resource Espesante, Resource Agua Gelificada, Nutilis).

Enriquecedores de la dieta

Leches sin lactosa para adultos, fibra, módulos de hidratos de carbono, entre otros.

Los suplementos nutricionales

Son fórmulas nutritivas integradas por uno o varios nutrientes (proteínas, vitaminas, minerales, fibras) administrados por vía digestiva (en general oral) destinados a cubrir deficiencias alimentarias. Pueden tener formulación de dieta completa (si contienen en cantidad suficiente todos los nutrientes esenciales) o bien de dieta incompleta.

Los suplementos incompletos están disponibles en distintas texturas y composiciones se han demostrado útiles en muchas situaciones fisiopatológicas o en el curso de determinados tratamientos y además no suponen un coste elevado para el paciente.

Los suplementos nutricionales están indicados en cualquier situación clínica en la que mediante los alimentos naturales el individuo no cubre la totalidad de sus necesidades nutritivas. Ello comporta un deterioro nutricional con los consiguientes riesgos para su salud.

Indicaciones de los suplementos nutricionales

Disminución de la ingesta oral

- Anorexia o dificultad para la ingesta como consecuencia de la patología de base: caquexia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Apetito insuficiente o anorexia secundaria debida a: quimioterapia, radioterapia, efecto medicamentoso
- Anomalías mecánicas o físicas de la masticación y deglución (disfagia)
- Ancianos: dentición inadecuada
- Psicológicas: anorexia nerviosa, depresión, enfermedad de Alzheimer
- Enfermedades neurológicas: accidente vasculocerebral, traumatismo

craneoencefálico, tumor cerebral, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, cualquier enfermedad neuro degeneradora.

Trastornos de la digestión y absorción de los nutrientes

- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Síndrome de intestino corto
- Diarreas crónicas
- Pancreatitis
- Gastrectomías
- Fibrosis quística

Los ancianos son el colectivo que, sin ninguna duda presentan con mayor frecuencia indicación de suplementación, los déficits nutritivos en este colectivo favorecen la aparición o empeoramiento de patologías tales como fracturas óseas, anemia, úlceras de decúbito y además contribuyen a enlentecer los procesos de recuperación.

Tabla 9. Ingestas diarias recomendadas de energía y algunos nutrientes para los ancianos.

Años		51	60-69	+ 70
Energía Cal		1900 / 2300	1875 / 2400	1700 / 2100
Proteínas	g	50 / 63	41 / 54	
	g/kg	0.8		
Lípidos % Cal		30	30 -35	
Ac Grasos saturados % Cal		< 10	10	10
Colesterol mg		< 300	< 300	< 300
Hidratos de carbono % Cal		50	50 - 55	50 - 55

Nota: Adaptado (29)

Otro colectivo que ha de tenerse muy presente es el constituido por los pacientes oncológicos, ya que en ellos una correcta nutrición facilitará una mejor respuesta a los distintos tratamientos a los que han de someterse y en los que habitualmente es necesaria una suplementación energética y/o proteica.

Existen diversos estudios clínicos que avalan la eficacia de los suplementos nutricionales en distintos grupos de individuos demostrando que con el uso de los mismos se consigue:

- Aumentos de peso.
- Mejoría en la evolución de determinadas enfermedades.
- Mejoría de la capacidad funcional.
- Beneficios inmunológicos.
- Aumento de la supervivencia y disminución de la incidencia de complicaciones en el postoperatorio

Actualmente se dispone de distintos suplementos que pueden adaptarse a las diversas situaciones clínicas.

Los suplementos más utilizados se clasifican en dos categorías:

- Proteicos
- Energéticos

Los suplementos proteicos aportan cantidades elevadas de proteínas, junto con calorías, vitaminas y minerales.

Los suplementos energéticos pueden ser fórmulas equilibradas, con mayor o menor cantidad de proteínas, pero siempre con un elevado contenido calórico o módulos.

Pauta de suplementación nutricional

- Valoración del estado nutricional y práctica de encuesta dietética
- Iniciar suplementación si:
 1. Se prevé que el paciente va a ser sometido a situaciones de estrés o disminución de la ingesta (cirugía, tratamientos quimio o radioterapia).
 2. Presencia de anorexia o restricción dietética secundaria a enfermedades crónicas (diabetes, insuficiencia renal o hepática, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias, SIDA...)
 3. Presencia de dificultades mecánicas o funcionales para la deglución (neoplasias de cabeza y cuello, falta de dentición...)
 4. Ingesta energética inferior a 1200 – 1500 Calorías/día en ausencia de prescripción de dieta hipocalórica
 5. Ingesta proteica inferior a 0,8 g/Kg/día
 6. Índice de masa corporal inferior a 17 kg/m²

7. Pérdida de peso severa respecto al tiempo sin ninguna causa subyacente
8. Cifra de albúmina sérica inferior a 2,7 g/dl
9. Presencia de desequilibrios alimentarios (ausencia de ingesta de alimentos de uno o varios grupos con especial atención a los grupos de alimentos ricos en proteínas o energía)

En todos estos casos y, en especial, cuando la masticación y deglución están más comprometidas, suplementar en paralelo con la Alimentación Básica Adaptada ABA.

- El tipo de suplementación –energética, proteica o mixta, se adecuará a la situación específica de cada paciente:
- Proteica: si la cifra de albúmina es inferior a 2,7 g/dl o si la ingesta proteica es inferior a 0,8 g/Kg/día
- Energética: si la ingesta energética es inferior a 1200-1500 Cal/día
- Mixta: en presencia de déficits mixtos o IMC < 17
- El tipo de suplemento nutricional estará en función de la enfermedad de base, con módulos o fórmulas específicas para enfermedad renal, hepática, diabetes, entre otros.
- La formulación del suplemento, ya sea líquida o con textura modificada, se adaptará, al igual que su sabor, al gusto de cada paciente.
- El horario de la suplementación se pactará con cada paciente siempre procurando que se administre cuando el apetito sea mayor (primeras horas de la mañana) y que no interfiera con las comidas habituales (1 h. antes o después de las comidas).
- Monitorización de la suplementación con controles de peso semanales al inicio y, posteriormente y según la evolución de cada paciente, quincenales; controles de laboratorio con detección de cifra de albúmina y linfocitos mensual, o de transferrina inicialmente y a los quince días.
- Retirar la suplementación cuando:
 - Ha desaparecido la situación causante del déficit alimentario y/o nutricional.
 - Se ha restaurado un adecuado equilibrio alimentario.

- Cuando el peso y la cifra de albúmina estén en rango de normalidad y se mantengan en el tiempo.

Existen suplementos específicos para diferentes patologías: pacientes diabéticos, pacientes renales, pacientes con SIDA.

La elección del suplemento deberá basarse en la patología de base, en el tipo y cantidad de alimentación oral que esté tomando el individuo, en sus requerimientos específicos y en la tolerancia del paciente.

Suplementos proteicos: en polvo, sopa, líquidos, natillas.

Suplementos energéticos.

Las distintas características de presentación (líquidos, polvo, natillas, sopas) así como los sabores deberán adecuarse a cada caso concreto.

Nutrición Artificial

Cuando un paciente no puede, no quiere o no debe comer o no alcanza a cubrir sus necesidades energéticas con la alimentación habitual suplementada se utilizará como método alternativo la nutrición artificial.

Existen dos modalidades de nutrición artificial: la nutrición enteral (NE), administración de fórmulas enterales por vía digestiva y la nutrición parenteral (NP), que consiste en el aporte diario de nutrientes necesarios por vía endovenosa. Esta última se administra a pacientes con un tracto gastrointestinal no funcionante. La NE es un método seguro y eficaz que puede realizarse en el domicilio del paciente (Nutrición Enteral Domiciliaria).

Nutrición Enteral Domiciliaria

Las principales patologías que se pueden beneficiar de esta técnica en Atención Primaria, son las neoplasias y las enfermedades neurológicas (accidentes cerebrovasculares).

Criterios de selección de pacientes

- Incapacidad de cubrir todas sus necesidades nutricionales con alimentación oral, con función gastrointestinal conservada
- Enfermedad de base controlada para seguir el tratamiento en el domicilio
- Tolerancia al tratamiento nutricional comprobada
- Capacidad para el manejo y cuidados correctos requeridos en el domicilio por parte del paciente y/o familiares.

- Mejora en sus expectativas de calidad de vida
- Disposición de un ambiente sociofamiliar favorable y posibilidad de apoyo adecuado en medios técnicos (fórmulas, bombas, sistemas de infusión, etc.)

Indicaciones clínicas de la NED

Enfermedades gastrointestinales

- Enfermedad inflamatoria intestinal en fase no aguda
- Síndrome de intestino corto
- Fístulas digestivas de bajo débito y estables

Enfermedades neoplásicas

- Anomalías de la deglución por neoplasias de boca, laringe, faringe, esófago y estómago
- Obstrucción intestinal parcial
- Soporte nutricional pretratamiento quirúrgico de la neoplasia
- Soporte nutricional durante tratamientos quimioterápicos
- Soporte nutricional en el enfermo neoplásico terminal, sin otras posibilidades terapéuticas y siempre que esté consciente
- Anorexia y caquexia neoplásica

Enfermedades neurológicas

- AVC
- Demencia senil
- Miastenia gravis
- Distrofias musculares y polimiositis.
- Tumores, infecciones y cualquier alteración del SNC que afecten la deglución.

Enfermedades sistémicas

- Insuficiencia renal crónica (hemodiálisis y diálisis peritoneal)
- Insuficiencia hepática crónica
- Insuficiencia cardíaca crónica

- EPOC
- SIDA
- Anorexia nerviosa

Las fórmulas más utilizadas en NE domiciliaria son las de tipo “standard” con fibra. En pacientes oncológicos o que sean portadores de úlceras de decúbito se suelen pautar dietas hiperproteicas. En enfermos diabéticos están indicadas fórmulas específicas.

Respecto a las vías de acceso puede utilizarse para la NED cualquier tipo de acceso al tubo digestivo. La vía oral (de gran utilidad en atención primaria) es la más adecuada para trastornos severos de la masticación.

La sonda nasogástrica o duodenal es la más utilizada cuando se prevé que la NE no se alargará más de 4- 6 semanas. Cuando la duración de la NE es superior a 4-6 semanas, es preferible el acceso por ostomía, siendo la más habitual la gastrostomía.

La técnica más difundida actualmente es la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Se coloca mediante un procedimiento sencillo, en unos quince minutos, que se puede realizar en la sala de endoscopias o incluso, en la propia cama del paciente, precisando sólo una sedación ligera y anestesia local. Las ventajas que ofrece la PEG es el confort físico y psicológico del paciente, la sencillez de los cuidados de enfermería que requiere no superiores a los de las sondas nasogástricas, las pocas complicaciones que suelen aparecer y su facilidad de resolución.

Los pacientes con lesiones esofágicas o gástricas y en los sometidos a cirugía gastrointestinal alta no son adecuados para esta técnica.

El paciente y la familia reciben educación referente a:

- Necesidad y motivación de su uso
- Vía de acceso
 - Cuidados de la vía
 - Manejo de conexiones
 - Mantenimiento de la vía tras la infusión
- Fórmulas y pautas de administración
 - Manipulación y almacenaje

- Mantenimiento del equipo y de los sistemas de administración
- Normas de infusión individualizada
- Reconocimiento, prevención y tratamiento de las complicaciones
- Estructura sanitaria de apoyo

Respecto a la administración de las fórmulas, lo más habitual y fisiológico es la pauta intermitente en la que se alternan periodos de alimentación con reposo.

Puede hacerse mediante bolus, gravedad o bomba, aunque lo más seguro es la administración por gravedad. Cuando se infunde por gravedad lo adecuado es no tener que superar los 80 ml/h pero esta cifra puede incrementarse en función de la tolerancia, hasta llegar a infundirse 500 ml en un periodo de 2-3 horas.

Es interesarse señala a Alegre (30), la cual expone la importancia de la nutrición en AP.

- La valoración del estado nutricional de los pacientes debe ser una práctica habitual en la consulta del médico de familia en Atención Primaria; donde de igual manera se debe realizar la antropometría.
- Conocer el estado nutricional permite detectar el riesgo de desnutrición o la desnutrición, pautar una adecuada intervención nutricional y evitar los riesgos sobreañadidos por la propia malnutrición.
- Tanto la escala MUST como el Mini Nutritional Assessment pueden y deben emplearse en Atención Primaria.
- La intervención nutricional debe ser individual, adaptando la dieta y, si es necesario, el aporte de suplementos al estado nutricional, enfermedad concomitante, capacidad funcional del tubo digestivo, situación sociofamiliar y capacidad cognitiva.

Para una orientación correcta no basta con recomendar una alimentación rica en nutrientes esenciales y en cantidades apropiadas a cada persona, también resulta muy importante saber combinar adecuadamente los distintos alimentos según el medio químico en que son digeridos, para así evitar que fermenten o provoquen reacciones desagradables al organismo.

Muchos de los hábitos alimentarios que tenemos hoy en día son incorrectos y aunque no notemos sus efectos de inmediato, van produciendo alteraciones químicas en el organismo que a la larga conducen al desequilibrio del estado de salud.

Es fundamental que, en atención primaria, sepan promover hábitos alimentarios que garanticen una asimilación nutricional óptima, para de esta forma prevenir y controlar muchas enfermedades.

Para finalizar y en el mismo orden de ideas es relevante considerara a Pineda (31), la cual expone

- Entre los avances terapéuticos de las últimas décadas se encuentran las medidas de soporte nutricional. Al tener un mayor protagonismo la nutrición enteral, ha permitido, conjuntamente con el desarrollo de la medicina familiar, abrir nuevas perspectivas en la búsqueda de alternativas para el uso de soporte nutricional.
- La desnutrición energético nutrimental afecta a un número importante de pacientes, por lo que prevenirla y tratarla contribuyen a disminuir la morbilidad, mortalidad y a elevar la calidad de vida.
- Se recomienda una sistematicidad en la implementación del soporte nutricional: evaluación nutricional, determinación de las recomendaciones energético-nutrimientales y elaboración de un plan de intervención alimentario nutrimental que considere inicio-mantenimiento-retiro.

Fomento de la actividad física y la prevención de enfermedades crónicas

En primer lugar, es relevante señalar a Sánchez (32), el cual expone:

La actividad física (AF) se ha utilizado con éxito para la prevención y tratamiento de la obesidad, la hipertensión y otras enfermedades crónicas. Asimismo, el hábito de vida sedentaria se ha relacionado con enfermedades de gran morbimortalidad en la edad adulta (hipertensión, diabetes y arteriopatía coronaria entre otras). (p. 1)

Los beneficios de la actividad física de intensidad baja a moderada constituyen la base del estilo de vida físicamente activo, que debe incorporar su realización durante un mínimo de 30 minutos diarios, ya sean de ocio y tiempo libre, laborales, tareas del hogar planificadas o no, y que formen parte de la vida cotidiana, sustituyendo horas de TV, ordenadores y juegos sedentarios, por otras de mayor gasto energético. Entre los beneficios aportados, está la disminución de la mortalidad por todas las causas, con independencia de sus efectos sobre el peso.

Promover la actividad física y el ejercicio, desde etapas tempranas, lograría mantener una mejor salud física y emocional, aumentar la calidad de vida

y tener mayor rendimiento en el empleo. Además, se ha registrado un mayor puntaje en las escalas de salud y calidad de vida en personas que se ejercitan de manera regular.

La actividad física se lleva a cabo por diferentes razones, como el fortalecimiento muscular, la mejora del sistema cardiovascular, lograr desarrollar habilidades atléticas, práctica de deporte, control de los niveles de pérdida de peso, (masa grasa) o mantenimiento del peso corporal con iguales fines de preservar el buen estado de salud de la persona, así como además incluye la actividad recreativa, sin fines ni propósitos específicos y que no está relacionada con el ejercicio ni con el deporte.

La actividad física incluye un conjunto de movimientos del cuerpo que provoca como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal. Los componentes del gasto energético total incluyen la tasa metabólica basal, que puede alcanzar entre el 50 y el 70 % del total de la energía consumida; el efecto térmico de los alimentos (entre el 7 y 10 %) y la actividad física.

Se debe siempre recordar que la actividad física es una conducta que ocurre en un contexto cultural específico. Por lo tanto, la actividad física tiene componentes fisiológicos (energía), biomecánicos (movimiento), y psicológicos (conducta).

Múltiples estudios han determinado que la actividad física y el ejercicio regular pueden ser efectivos en la prevención y el tratamiento de estas enfermedades crónicas porque puede minimizar los síntomas de la enfermedad, e influenciar positivamente en la calidad de vida de la persona. Es por eso que las intervenciones sobre estas patologías pueden prevenirlas o retrasarlas.

El ejercicio puede ayudar con algunas enfermedades

Artritis

El ejercicio puede aliviar el dolor, desarrollar la fuerza muscular en las articulaciones y disminuir la rigidez articular. También puede ayudar a las personas con artritis a moverse mejor y mejorar la calidad de vida.

Asma

A menudo, el ejercicio puede ayudar a controlar la frecuencia con la que ocurren los ataques de asma y su intensidad.

Dolor de espalda

El ejercicio aeróbico de bajo impacto es ejercicio regular que aumenta el ritmo cardíaco y que no requiere un esfuerzo adicional del cuerpo. Puede fortalecer la espalda y hacer que los músculos funcionen mejor.

Los ejercicios para los músculos abdominales y de la espalda, también conocidos como ejercicios de fortalecimiento del tronco del cuerpo, pueden ayudar a reducir los síntomas al fortalecer los músculos que rodean la columna vertebral.

Cáncer

El ejercicio puede mejorar la calidad de vida de las personas que han tenido cáncer. También puede mejorar su estado físico. Y puede reducir el riesgo de morir de cáncer de mama, colorrectal y de próstata.

Demencia

El ejercicio puede mejorar las habilidades de pensamiento en personas con demencia. Las personas que se mueven con regularidad tienen menos riesgo de tener demencia y problemas con el aprendizaje y el pensamiento.

Depresión y ansiedad

El ejercicio regular ayuda a mejorar los síntomas de ambas afecciones.

Diabetes

El ejercicio regular puede ayudar a reducir los niveles de glucosa sanguínea. El ejercicio también puede ayudar a controlar el peso y a aumentar la energía. En las personas con diabetes tipo 2, el ejercicio puede reducir el riesgo de morir de enfermedad cardíaca.

Enfermedad cardíaca

El ejercicio regular ayuda al corazón. El ejercicio puede reducir el riesgo de morir de enfermedad cardíaca. Y puede disminuir el riesgo de que la enfermedad cardíaca empeore.

Osteoporosis

Esta afección hace que los huesos se vuelvan más delgados y se debiliten. Algunos ejercicios, como caminar rápido y levantar pesas, ayudan a fortalecer los huesos y retardan la pérdida ósea.

Rojas (33)

La actividad física (AF) regular se asocia a menor riesgo de enfermedad cardiovascular, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, mortalidad cardiovascular y total⁶. Se ha estimado que el sedentarismo puede ser responsable de 12,2% de los infartos al miocardio en la población mundial y así, una de las principales causas prevenibles de mortalidad^{7,8}. Si bien no están totalmente claros los mecanismos por los cuales la AF ejerce protección cardiovascular, sus efectos benéficos se han atribuido principalmente a la disminución del índice de masa corporal (IMC), de la resistencia a la insulina, al aumento del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (HDLc) y mejoría de la hipertensión arterial (HTA) y función endotelial, junto con una disminución de los niveles de factores inflamatorios, como la proteína C-reactiva ultrasensible (PCRus). (p. 1)

Recomendaciones para actividad física para la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (34), ha elaborado las recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud:

Jóvenes (5 a 17 años)

Para los niños y jóvenes de este grupo de edades, la actividad física consiste en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT, se recomienda que:

- Los niños y jóvenes de 5 a 17 años inviertan como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa.
- La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud.
- La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.
- Adultos (18 a 64 años).

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT y depresión, se recomienda que:

- Los adultos de 18 a 64 años dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.
- Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.
- Adultos mayores (de 65 años en adelante)

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de ENT, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

- Los adultos de 65 en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
- Que, a fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades dediquen hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.

- Que los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida realicen actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.
- Convendría realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
- Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

Promoción de la salud mental y prevención de trastornos emocionales en atención primaria

La OMS (35) define la salud mental como «un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad».

Buitrago (36)

La atención primaria de salud (APS) es un ámbito idóneo para el abordaje preventivo de los conflictos psicosociales y los trastornos mentales por 3 razones. La primera, porque probablemente sea, junto con la escuela, el dispositivo social con el que contactan mayor número de ciudadanos a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos. En segundo lugar, porque múltiples investigaciones apuntan que los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos suelen consultar de forma repetida con los diversos dispositivos de APS. Y, en tercer lugar, porque, a niveles pragmático y sanitario, los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los profesionales de APS tienen una peor evolución. De ahí la importancia de una perspectiva biopsicosocial real, desde una aproximación de la atención sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad; es decir, desde una perspectiva en la cual lo “psicológico” y lo “emocional” no resulten “apeados” del modelo teórico o práctico, sino integrado en una visión holística del ser humano-consultante y comprendiendo que esa interpretación no es un adorno “humanístico” y sensible, sino un componente tecnológico, además de humano, indispensable para una aproximación asistencial de calidad. (p. 1)

Cualquier persona se enfrenta a lo largo de la vida con situaciones difíciles y estresantes, pero la vivencia de estas situaciones y el impacto en el individuo van a depender de la interacción de varios factores: la circunstancia

que acontece (causa, agente o motivo del estrés), de los rasgos de personalidad del sujeto y momento vital en que lo sufre, del grado de vulnerabilidad genética, de la capacidad de afrontamiento o resiliencia, del resultado obtenido en experiencias previas y del soporte sociofamiliar percibido. Si las vivencias estresantes se mantienen en el tiempo y/o son muy intensas y/o son muy frecuentes, hasta el punto de superar los mecanismos de compensación del organismo, repercutirán en los sistemas del individuo (cardiovascular, neuropsiquiátrico, endocrino, inmunológico, metabólico) alterando su homeostasis.

El médico de familia de APS, es capaz de detectar precozmente situaciones estresantes de sus pacientes como pueden serlo el afrontamiento de un duelo, de separaciones y rupturas, pérdida de trabajo, acoso laboral, entre otros e identificar qué personas son las más vulnerables al estrés, aunque en ese momento no lo estén sufriendo, o aunque no sea el motivo principal de consulta. Conseguir una relación de confianza, en la relación médico-paciente, es una oportunidad para mejorar la salud de la población, vinculada tanto a la actitud del médico como al comportamiento del paciente.

En atención primaria, una vez detectadas las situaciones estresantes y/o las personas vulnerables, es importante promover la salud mental favoreciendo el desarrollo de la resiliencia y ofreciendo técnicas cognitivo-conductuales.

Las terapias cognitivo-conductuales, es facilitadora en resolución de problemas, de aceptación y compromiso y de mindfulness (es la focalización de la atención en el momento presente, es un método para conseguir la atención plena, centrándonos en lo que está sucediendo “aquí y ahora”, aceptándolo sin más, sin intentar cambiar, ni juzgar nada. Su significado es plena consciencia. Concentrarse en lo que sucede en nosotros y en nuestro alrededor y saber renunciar al ruido y a las distracciones), porque se ha demostrado su efectividad en la mejora de factores que influyen en la resiliencia.

Son herramientas muy adecuadas para paliar el malestar emocional y muchos síndromes orgánicos inespecíficos que tras su aparente organicidad encubren trastornos psicológicos y psiquiátricos. Estas enfermedades psicósomáticas tan habituales en las consultas de los médicos de atención primaria.

En esta promoción de la salud mental es importante, también, la implicación proactiva del paciente que aporta una intervención creativa desde sus prioridades e intereses aceptando y desarrollando las recomendaciones médicas.

En este sentido el médico de atención primaria se encuentra en un escenario idóneo para establecer un vínculo interpersonal con el paciente que

sea terapéutico y que conlleve el empoderamiento de la persona, principal responsable de su propia salud.

En atención primaria se debe orientar a las personas que acudan a consulta posean una buena salud mental favoreciendo el desarrollo de una resiliencia adecuada para afrontar el estrés y una capacidad de tener flexibilidad cognitiva y emocional, que le permite mantener relaciones adecuadas en su ámbito familiar, profesional y social.

Cuando se habla de promoción de la salud mental, se pone en manifiesto las acciones que favorecen a las personas a la creación de condiciones de vida y ambientes saludables y promuevan la adaptación y el mantenimiento de estos estilos de vida.

La promoción de la salud mental, está ligada a fomentar en las personas la capacidad de controlar su salud, manteniéndola y mejorándola pues la salud mental es abordada desde los determinantes de la salud, los cuales son potencialmente modificables. Por esto, se busca que las personas sin importar su contexto, puedan ser capaces de reaccionar y dinamizar los recursos que mejoran sus habilidades como personas, grupos o comunidades que permita ganar más salud y ayudar a la reducción de inequidades.

Las intervenciones de promoción y prevención se centran en identificar los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental, para luego intervenir a fin de reducir los riesgos, aumentar la resiliencia y crear entornos favorables para la salud mental. Pueden ir dirigidas a individuos, grupos específicos o poblaciones enteras.

En el mismo orden de ideas es relevante menciona a Buitrago (36):

El Grupo de Trabajo del PAPPs para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención de sus Trastornos considera, desde su constitución, que los profesionales de la APS, no solo los médicos, también los enfermeros y los trabajadores sociales, pueden jugar un papel relevante tanto en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de la salud mental como en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes en los ámbitos familiar y comunitario, facilitando la continuidad de los cuidados y evitando la perpetuación futura de trastornos psicosociales graves, y a veces irreparables. Además, la accesibilidad y el conocimiento de la familia y del contexto que aportan los profesionales de APS facilitan la coordinación con los dispositivos especializados y los servicios sociales, tan importante en este tipo de pacientes. (p. 1)

Donde un programa que se plantea para abordar la situación de salud mental diagnosticada, es una respuesta a todas las necesidades que tiene la población en salud mental, por lo tanto, no existen problemas, enfermedades ni grupos o personas excluidas de la atención. Sin embargo, para cada etapa del desarrollo de sus acciones, tanto de promoción y prevención como de recuperación y rehabilitación, se definen énfasis estratégicos o prioridades sobre la base de criterios como la magnitud del problema, su epidemiología, su impacto social, su costo económico, la eficacia de las intervenciones posibles y la disponibilidad real de recursos humanos con las capacidades necesarias para realizarlos.

Promoción de Salud Mental y Prevención de Riesgos:

- Trastornos Mentales Asociados a la Violencia: Maltrato Infantil, Violencia Intrafamiliar y Represión.
- Trastornos de Hiperactividad / de la Atención en niños y adolescentes en edad escolar
- Depresión
- Trastornos Psiquiátricos Severos – Esquizofrenia
- Alzheimer y otras Demencias.
- Abuso y Dependencia a Alcohol y Droga
- Recomendaciones

Prevención de enfermedades mediante la vacunación y detección temprana en atención primaria

La Atención Primaria de Salud tiene una lógica de funcionamiento en la que se incluye una respuesta preventiva a los fenómenos de salud-enfermedad. Su objetivo es incrementar el bienestar, la calidad de vida y la salud de las personas, brindando atención de manera integral. Dado que es la institucionalidad más cercana a la población y está presente en todo el territorio, independiente de su administración (municipal o de servicios de salud), los equipos de la APS tienen un conocimiento privilegiado de sus comunidades y sus necesidades, lo cual permite optimizar la forma de intervenir.

La APS desarrolla importantes funciones en aspectos como la inmunización, así como en programas de alimentación, destinados a mejorar la calidad de vida de las personas.

Las vacunaciones son el procedimiento médico que más ha contribuido a prevenir enfermedades, una medida sanitaria de actuación sobre la comunidad que busca la protección o inmunidad colectiva o de grupo.

La disminución importante de la incidencia de algunas infecciones, muchas de ellas llamadas enfermedades propias de la infancia, constituye una prueba evidente de la eficacia de las vacunas. En el caso concreto de la viruela se ha conseguido su erradicación, lo que demuestra la efectividad de los programas de vacunaciones masivas.

El efecto final (efectividad) de un programa de vacunaciones está condicionado tanto por la propia eficacia de la vacuna como por la cobertura vacunal (porcentaje de la población diana correctamente vacunada).

Las actividades de inmunización no son exclusivas de la infancia, sino que deben proseguirse a lo largo de toda la vida, con un calendario vacunal que contemple las diferentes características de cada individuo (edad, condiciones laborales, viajes, enfermedades concomitantes, entre otras).

El beneficio más importante es la protección contra la enfermedad. Pero hay mucho más que eso. En realidad, existen diferentes tipos de beneficios en la vacunación (personales, para la comunidad y para las futuras generaciones) y existe también un objetivo final de la vacunación sistemática, que es la erradicación, eliminación y control de enfermedades inmunoprevenibles.

A pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, las vacunas continúan siendo la acción de prevención más activa para conseguir una vida más saludable. Gracias al descubrimiento de las vacunas, enfermedades como la viruela se han erradicado y la poliomielitis está en vías de erradicación, y enfermedades actuales como la gripe o la del virus del papiloma humano (VPH) se enfrentan con el objetivo de disminuir los casos de enfermedad para mejorar la calidad de vida e intentar erradicarlas en algún momento.

Es relevante señalar a la OMS (37):

Las vacunas son una prestación sanitaria básica que protege a la población de enfermedades prevenibles mediante vacunación. Al inmunizarse, las personas y las comunidades quedan protegidas y se reduce la probabilidad de que haya un brote epidémico de este tipo de patologías. Evitar epidemias de enfermedades prevenibles mediante vacunación salva vidas, emplea menos recursos que la respuesta ante un brote y disminuye la presión que soportan unos sistemas sanitarios que ya se ven abrumados debido a la pandemia

de COVID-19. Al tiempo que mantienen los programas de vacunación, los países han de respetar el principio de “no hacer daño” y hacer lo posible para limitar el contagio de COVID-19 durante la administración de vacunas. (p. 1)

Los tres pilares de información sobre los que se sustentan los programas de vacunación son:

- La vigilancia epidemiológica de las enfermedades sujetas a control (enfermedades de declaración obligatoria, sistemas de información microbiológica, conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria, etc.).
- Conocimiento de las coberturas vacunales.
- Estudios de seroprevalencia

Esto junto a estrategias generales de inmunización existen estrategias específicas dirigidas a grupos de riesgo. Estos suelen caracterizarse por bajas coberturas vacunales y donde suelen encontrarse los grupos a los que hay que dirigirse de forma específica, a veces relacionadas con falta de información sobre vacunaciones: viajeros, inmigrantes, poblaciones marginales, profesiones de riesgo, discapacitados, enfermos (inmunodeprimidos, enfermedades metabólicas, cardiópatas,) y sujetos con condiciones de riesgo (drogadicción, promiscuidad sexual).

En cualquier intervención en materia de vacunaciones, se hace imprescindible la coordinación entre los diferentes profesionales del equipo de Atención Primaria: médicos de familia, pediatras, enfermeros/as y trabajadores sociales.

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Capítulo

V

Gestión de cuidados y coordinación de servicios en atención primaria



Introducción

La gestión de cuidados en atención primaria se refiere a la organización y coordinación de los servicios de salud, como los tratamientos, los procedimientos médicos y los medicamentos. La idea es de asegurarse de que los pacientes reciban la atención adecuada y no haya vacíos en sus cuidados.

Organización y gestión de la atención primaria

En primer lugar, es relevante indicar a Otero citado Redondo (38), el cual menciona que:

Gestionar la salud es lograr el máximo provecho posible, de los recursos que se disponen, haciendo que éstos alcancen de la mejor manera al mayor número de personas. Cuando nos referimos al mayor provecho posible estamos expresando que siempre debemos tratar de lograr los mejores efectos posibles, empleando de la manera más eficiente y eficaz tanto los recursos físicos como los recursos humanos con que dispongamos. (p. 19)

La gestión de la Atención Primaria se debe de realizar en equipo, asumiendo los objetivos y sus actividades desde una perspectiva multidisciplinaria, ya que es un conjunto de personas que asumen un trabajo compartido y unos objetivos comunes. Esto debido a que todas las acciones son integrales e integradas, por lo tanto, los miembros de los equipos no deben de gestionar individualmente, ya que se perdería el enfoque propio de la Atención Primaria.

La gestión de la Atención primaria, además, debe hacer extensiva a los miembros de la comunidad, o lo que es lo mismo hacer participar a la población en el diagnóstico, en priorización de problemas y en identificación y planificación de las actividades, así como en la toma de decisiones, como parte fundamental de la autorresponsabilidad de la comunidad en su propia salud.

La atención primaria de salud es la vigilancia esencial de salud al alcance de todos los individuos y las familias. Están incluidos en ella los servicios que promueven la salud, como los destinados a mantener un ambiente limpio, un buen suministro de agua potable, la atención de las mujeres durante el embarazo y el parto, la nutrición de los niños, las inmunizaciones y el tratamiento temprano de las enfermedades.

Para dar resultado, esos servicios dependen de la participación activa o la dedicación de las comunidades y los individuos.

El equipo de salud tiene un papel esencial en la prestación de esos servicios, pero no puede por sí solo asegurar el éxito.

Para lograr su objetivo, el equipo de salud debe ser capaz de alentar, estimular y apoyar la participación comunitaria, por ejemplo, ayudar a las personas a confiar en lo posible en sus propios esfuerzos y recursos para satisfacer sus necesidades de salud. Una importante manera en que la comunidad asume la responsabilidad por su salud es designando a los trabajadores de atención primaria de salud, después de lo cual es obligación del equipo de salud capacitar y apoyar a estos trabajadores.

Los integrantes del equipo de salud deberían también trabajar en estrecha colaboración con los trabajadores de otros sectores interesados en el bienestar y el desarrollo de la comunidad, tales como maestros, trabajadores de extensión agrícola, trabajadores del desarrollo comunitario y líderes religiosos.

Para trabajar bien como equipo, ser capaces de estimular y alentar la acción de la comunidad y apoyar a los trabajadores de atención primaria de salud de las aldeas, el jefe y demás integrantes del equipo de salud necesitan poseer aptitudes de liderazgo y organización. Estas técnicas pueden aprenderse.

Las personas pueden aprender a trabajar bien juntos como un grupo, pero el equipo de salud debe usar las técnicas de liderazgo y organización durante la cooperación con la comunidad en actividades de salud y desarrollo. Aquí es donde estas técnicas se aplican con mayor utilidad.

Un equipo de salud debe:

- Entender y comunicarse con la comunidad, alentar la participación de la comunidad en la identificación de problemas y la búsqueda de soluciones y trabajar dentro de la comunidad.

Para establecer relaciones con la comunidad el equipo de salud no debe decir a la gente qué hacer ni dar órdenes, sino trabajar con ellos. Para establecer buenas relaciones con la comunidad un trabajador de salud o un equipo de salud debe seguir cuatro pasos:

- Escuchar, aprender, comprender, hablar, discutir, decidir; alentar, organizar y participar e informar.

Los trabajadores de salud pueden observar y conocer a sus comunidades bajo los siguientes aspectos:

- Niveles de trabajo y de vida (recursos de la comunidad)
- Vida familiar
- Estructura social y política
- Estructura de la población
- Valores, creencias y costumbres
- Actitudes hacia la salud.

Trabajar con la comunidad significa:

- Observar, escuchar y comprender
- Discutir y decidir
- Organizar y participar
- Informar.
- Empodera a las personas, las familias y las comunidades para que se hagan cargo de su propia salud.

Es relevante mencionar a Puerta (39), el cual expone:

Los sistemas de salud basados en APS deben establecer prácticas de gestión óptimas para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad. La planeación y gestión estratégica facilitan la formación de una identidad común, aunque existen organizaciones sobregenerenciadas y pobremente lideradas. La salud universal es un impulso estratégico que requiere de un liderazgo transformador para avanzar hacia sistemas basados en APS. El liderazgo en ellos debe centrarse en identificar los desafíos adaptativos, vincular al personal y proteger el liderazgo de las bases, al igual que debe adaptarse a los momentos y combinar las lógicas de acción del estratega para lograr una transformación sectorial. Los modelos de calidad establecen criterios de liderazgo similares a otras teorías, destacando como aportes la innovación y la identidad organizacional. (p. 1)

Coordinación de la atención entre el médico y la enfermera en atención primaria

En primer lugar, es relevante reseñar a Flórez (40), el cual menciona que:

El marco de la relación profesional del médico y/o enfermera con el paciente viene delimitado por unas relaciones interpersonales específicas en las que ambos comunicantes son personas ajenas entre sí y trabajan estrecha

y conjuntamente en la resolución de un cierto problema determinado, es decir, la enfermedad. Este sistema de relación tiene un carácter terapéutico por cuanto constituye el vehículo a través del cual el enfermo es capaz de clarificar y de reconstruirlos sentimientos, pensamientos e ideas que posee. De igual manera, resulta especialmente importante y fundamental que médicos y enfermeras traten de concienciarse acerca de sus valores, juicios, sentimientos y pensamientos que, necesariamente, van a influir en este proceso terapéutico interpersonal. (p. 1)

De este modo, el personal de salud tanto como el médico y la enfermera que forman parte de una específicamente la atención primaria, debe ser prioritario y estratégico trabajar en equipo, considerando sus elementos fundamentales, tales como: la confianza, compromiso, respeto, ética profesional, donde el esfuerzo de ambos es la responsabilidad conjunta en el logro de resultados con altos estándares de calidad de la atención en salud, y donde el profesional de enfermería, como integrante de un equipo, actúa en uno de sus roles más relevantes, gestionando la calidad y seguridad en la atención de salud de los usuarios y sus familias.

Dicha coordinación entre el médico y la enfermera en atención primaria tiene varios componentes como:

- Primero el médico es la persona encargada de hacer la evaluación diagnóstica y de dar el tratamiento apropiado al paciente.
- Segundo la enfermera es la persona encargada de la ejecución del tratamiento, la educación del paciente y el seguimiento.
- Tercero el médico y la enfermera deben trabajar en equipo para asegurar que el paciente reciba la mejor atención posible.

Uno de los aspectos más importantes de la coordinación entre el médico y la enfermera es la comunicación efectiva. Para que esto ocurra ambos profesionales deben estar alineados en cuanto a los objetivos del tratamiento y tener una relación de respeto y confianza. De esta forma, se asegura que la comunicación fluya de manera libre y segura.

Donde la comunicación efectiva debe ser el pilar fundamental de las incontables interacciones que se produce entre los trabajadores sanitarios en la práctica clínica diaria. Los médicos y las enfermeras pertenecen al grupo más numeroso del personal sanitario y el trabajo en equipo y la comunicación entre ambos es esencial para la seguridad del paciente.

Además, la disposición y la capacidad de escuchar

Otros de los factores que influyen en la coordinación entre ambos profesionales es el conocimiento y la experiencia de ambos.

Donde los equipos de trabajos se caracterizan por liderazgo compartidos responsabilidades individuales y colectivos, alistan el debate abierto y reuniones activas para resolver problemas donde miden el desempeño de manera directa evaluando sus productos se debate y se toman decisiones en equipo.

La gran complejidad de la atención médica actual supone determinados riesgos para los pacientes y requiere del trabajo coordinado y armonioso de todos los profesionales que forman el equipo de salud en atención primaria. Las enfermeras, junto con el personal médico forman al grupo más numeroso de profesionales sanitarios, y juntos afrontan situaciones complejas, que muchas veces no tienen soluciones simples; por lo tanto, la comunicación efectiva entre ambos es un factor importante para solucionar exitosamente estas situaciones.

Uso eficiente de los recursos y derivación adecuada en atención primaria

Derivar, en el sentido que aquí interesa es, básicamente, trasladar temporalmente la responsabilidad sobre un paciente (o sobre un aspecto de la atención a un paciente) a otro colega.

Los médicos generales pueden necesitar derivar pacientes para realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos propios de las diferentes especialidades o que no estén disponibles en AP, para obtener una opinión sobre algún aspecto de la patología del paciente (incluso la ratificación de un diagnóstico o tratamiento que ya han establecido) o, simplemente, porque las normas de la organización sanitaria requieren que sea un especialista quien realice un determinado tipo de atención (o un determinado trámite, como sucede con algunas pruebas que no pueden ser solicitadas por médicos de AP o con la prescripción de algunos medicamentos que se reserva a especialistas).

A veces son los pacientes quienes desean ser derivados, bien para una segunda opinión, bien porque consideran que su enfermedad será mejor tratada por los especialistas o bien porque buscan pruebas diagnósticas que deben ser solicitadas por especialistas. Incluso en aquellos casos en que consideran la derivación inapropiada-da (clínicamente innecesaria) los médicos generales pueden considerarla justificada para preservar la relación médico-paciente.

Cabe considerar a Arroyo (41), donde expone que las funciones básicas del médico en atención primaria (AP) son dos: resolver la mayor parte de los problemas de salud de la población y derivar al especialista las patologías que requieran una mayor y especializada actuación

En el mismo orden de ideas es relevante mencionar a Delgado (42), donde expone que la derivación es un proceso de relación formal entre profesionales de distintos niveles asistenciales para la atención de un paciente.

La derivación del paciente desde atención primaria a especializada abre las puertas para el paso del primero al segundo nivel asistencial. La función de filtro pretende adecuar la intensidad de la atención a la gravedad y/o rareza de la enfermedad. Así, a través del filtro, los recursos tecnológicos se reservan para quienes probablemente los necesitan, y se evita su uso innecesario por quienes no los necesitan (se evitan el despilfarro económico y el daño a la salud que provoca el uso indebido de los recursos: prevención cuaternaria).

El objetivo es prestar servicios de máxima calidad, mínima cantidad, con tecnología apropiada, tan cerca del domicilio del paciente como sea posible.

El aspecto clave es determinar dónde se atienden mejor los problemas de los pacientes, y cuándo se necesita el concurso del especialista.

Dentro de este orden de ideas es notable marcar a Páez (43), donde expone:

La derivación de pacientes desde AP a los servicios de AE tiene importantes implicaciones para los pacientes y el sistema sanitario. Sin embargo, existe evidencia de que el proceso de derivación es subóptimo; se producen variaciones inexplicables en las tasas de derivación¹ que sugieren que algunos pacientes se derivan de forma inadecuada, por lo que consumen recursos que podrían haberse utilizado para ofrecer otros servicios; además, algunos pacientes tratados de forma inapropiada en los ámbitos de AP podrían beneficiarse de la AE. También existe evidencia sobre lo inadecuado de los documentos de derivación, así como sobre la escasa comunicación en el momento de la derivación. (p. 1167)

Seguimiento de pacientes y gestión de casos en atención primaria

La gestión de casos se define como un proceso de atención médica en el que un profesional ayuda a un paciente o cliente a desarrollar un plan que coordina e integra los servicios de apoyo que el paciente necesita para optimizar los posibles objetivos y resultados de atención médica y psicosocial.

En primer lugar, es importante mencionar a Valverde (44), la cual menciona:

El modelo de gestión de casos es una forma de avanzar y mejorar la atención integrada, coordinada y continuada, centrado en la responsabilidad compartida de coordinar los cuidados, recursos, servicios y profesionales. La enfermera es líder de este proyecto por tener una visión integral orientada a cubrir necesidades y fomentar el autocuidado. Significa un agente de cambio en este nuevo escenario de gestión y liderazgo dentro del sistema sanitario. (p.1)

La gestión de la atención, utilizada con frecuencia en el contexto del pagador, es algo así como un término general y describe un programa compuesto por un amplio conjunto de actividades y tareas que incluyen los aspectos relacionados con la atención médica de la gestión de casos, pero también se extiende a una amplia gama de servicios, apoyos, beneficios y derechos que abarcan muchos dominios a los que el paciente puede tener acceso, incluyendo programas de estilo de vida saludable, actividades recreativas y programas de enriquecimiento social dentro de un plan de beneficios.

La coordinación de la atención también abarca las actividades y tareas incluidas en el manejo de casos, pero se ve en un contexto programático más amplio y con frecuencia se discute en el contexto de la salud de la población como un medio para que una organización o institución que persigue estrategias de salud de la población maneje las muchas necesidades de una población de pacientes, a menudo determinando subgrupos específicos que deben recibir servicios de administración de casos.

A diferencia del manejo de la atención y la coordinación de la atención, el manejo de la enfermedad es una forma más estrecha de manejo de casos. Por lo general, es el manejo de casos dirigido a grupos de pacientes particulares que comparten un diagnóstico o afección común.

Por ejemplo, a los pacientes con artritis o a los pacientes después de una cirugía de reemplazo articular se les puede ofrecer un programa discreto de manejo de enfermedades durante un período específico.

Los componentes de la gestión de casos son muchos, se describen seis elementos centrales que incluyen la identificación del paciente y la determinación de elegibilidad, la evaluación, la planificación de la atención junto con el establecimiento de objetivos, la implementación del plan, el monitoreo del plan y la transición y el alta.

Dado que la gestión de casos es tan abarcadora como un concepto y un conjunto de actividades y tareas en la atención de la salud, hay muchas perspectivas desde las cuales comprender y ver la gestión de casos.

La administración de casos puede ser utilizada por aseguradoras o pagadores de salud, hospitales, sistemas de salud, consultorios médicos y organizaciones de salud comunitarias. Además, el manejo de casos puede estar dirigido a amplias poblaciones de pacientes en atención primaria con diversas afecciones crónicas o a una población más estrechamente definida de pacientes afectados por una circunstancia clínica o enfermedad específica, como pacientes con lesión cerebral.

La gestión de casos va desde la identificación y el compromiso de los pacientes / clientes a través de los pasos de evaluación y planificación de la atención y culmina en el monitoreo de la atención descrita en el plan de atención y, en última instancia, el logro de los resultados específicos de una manera medible.

El ingrediente fundamental para el manejo de casos es la planificación de la atención, que resulta en un plan de atención que esencialmente es la hoja de ruta para que un paciente determinado navegue.

Dependiendo del sector de servicios y el entorno de servicio, la gestión de casos ocurre a través de un continuo de participación que va desde una interacción de tipo episódico relativamente breve que podría ofrecerse a un paciente durante y después de un procedimiento ortopédico para pacientes hospitalizados hasta una interacción longitudinal mucho más holística como podría ocurrir en el contexto de un paciente con un trastorno de salud mental grave que es atendido por una organización comunitaria durante muchos años.

El proceso de gestión de casos se desarrolla a medida que los seis elementos centrales de la gestión de casos se ponen en práctica para un paciente determinado en su contexto clínico específico.

Los seis elementos centrales se describen a continuación

1. Identificación del paciente y determinación de elegibilidad

La búsqueda de casos describe un proceso que involucra actividades centradas en la identificación de pacientes que actualmente no reciben servicios de administración de casos. Establecer una relación consiste en construir una conexión interpersonal entre el administrador de casos y el paciente.

2. Evaluación.

La evaluación se refiere a construir una comprensión detallada e integral del paciente que incluye, sus necesidades sociales y de atención médica, sus capacidades y los recursos a los que tiene acceso en su familia y comunidad.

3. Planificación de la atención junto con el establecimiento de metas

La planificación abarca los pasos necesarios para construir un plan de atención que defina los objetivos del tratamiento, las tareas y las acciones necesarias para avanzar hacia esos objetivos, el acceso a servicios y apoyos específicos necesarios para lograr los objetivos establecidos y la identificación final de los resultados específicos que son específicos para el paciente. La navegación abarca la parte del proceso de administración de casos en la que el administrador de casos ayuda a guiar al paciente a los servicios y apoya el reconocimiento y el trabajo para eliminar las barreras que se pueden anticipar o las que surgen inesperadamente. La prestación de atención ocurre cuando el administrador de casos también es parte del equipo de tratamiento, como podría suceder en el entorno de salud mental.

4. Implementación del plan

Implementación, es la parte del programa de manejo de casos donde se pone en marcha el plan de atención con sus variadas actividades y tareas. La coordinación está relacionada con la navegación, pero es más amplia y se refiere a la mirada de facilitaciones que deben ocurrir entre los proveedores de atención, los entornos de servicio, las organizaciones y las instituciones, siendo el paciente también el foco y el centro de este componente del proceso de gestión de casos.

5. Monitoreo del plan

El monitoreo ocurre a lo largo de todo el proceso y está relacionado con la búsqueda de retroalimentación continua y la realización de un seguimiento según sea necesario para cómo se está implementando el plan de atención y produciendo resultados. La evaluación está estrechamente relacionada con el monitoreo, pero ocurre en hitos específicos durante el proceso de administración de casos para determinar formalmente si el plan de atención ayuda al paciente a lograr el progreso hacia las metas y los resultados.

La retroalimentación como componente de la gestión de casos implica la comunicación con los proveedores de servicios sobre la efectividad de sus servicios. Apoya en ayudar al paciente a progresar como se define en el plan de atención. Proporcionar educación e información abarca ayudar al paciente y su familia y sistema de apoyo a desarrollar una comprensión más profunda de los temas relevantes de salud y atención médica.

La defensa se refiere a las actividades dirigidas a capacitar al paciente para buscar servicios y apoyos y adaptaciones relacionadas y derechos ade-

cuados a sus circunstancias. La consejería de apoyo describe el esfuerzo del administrador de casos para proporcionar constantemente aliento y apoyo emocional a medida que se desarrolla el plan de atención. La administración abarca el papeleo, la redacción de informes y la recopilación y el análisis de datos que son parte integrante del sistema de atención médica moderno.

6. Transición y alta:

La transición describe el proceso en el que un paciente está preparado para moverse a través del continuo de atención médica, dependiendo de la salud del paciente y la necesidad de servicios. El paciente puede ser trasladado a casa o transferido a otra instalación para recibir atención adicional. El alta representa el componente del proceso de administración de casos en el que el caso del paciente llega al punto de cierre, se cumplen los objetivos y las necesidades del paciente justifican la desvinculación con el proceso de administración de casos.

Finalmente, el desarrollo del servicio comunitario ocurre cuando el proceso de administración de casos descubre una necesidad o brecha de servicio dentro de una comunidad determinada. Luego, el administrador de casos cataliza los esfuerzos para crear ese servicio o apoyo para llenar ese vacío.

El proceso de gestión de casos ayuda fundamentalmente a un paciente específico a coordinar y navegar a través de su viaje de atención médica. La clave de esta asistencia es la construcción e implementación de un plan de atención relevante y factible que, cuando se siga, ayudará al paciente a avanzar hacia sus objetivos establecidos y resultados de salud positivos con un nivel óptimo de capacidad funcional, bienestar y autogestión. La gestión de casos mejorará en última instancia la calidad de vida del cliente.

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Capítulo

VI

Tecnología y herramientas digitales en atención primaria



Introducción

Existen mucha tecnología digital que se usan para mejorar la atención primaria, como aplicaciones móviles, sistemas de registro electrónico de la salud y redes sociales de salud, entre otros. Esta área se está desarrollando mucho en la actualidad.

Aplicaciones móviles y plataformas digitales en la atención primaria

En primer lugar, es relevante mencionar a Arévalo (45)

La tecnología móvil ha cambiado la forma en que vivimos, trabajamos y nos comunicamos, y afecta a todas las esferas de nuestra vida. Como comentó en una ocasión Benedict Evan, ejecutivo de la prestigiosa consultora Andreesen/Horowitz (un observador indispensable del cambio digital a través de los medios de comunicación), "lo móvil se está comiendo al mundo". Oficialmente, ya hay más dispositivos móviles que personas en el mundo. Según el Global System Mobile Association (GSMA), está a punto de llegarse a los 7 422 millones de conexiones móviles, mientras que el censo de población en todo el mundo es de 7 228 millones. Además, en el año 2014 se superó por primera vez el número y el tiempo de acceso a la web desde dispositivos móviles respecto a los accesos a Internet efectuados desde equipos de escritorio, hasta el punto de que no hay distinción entre el futuro de la tecnología y el futuro de la telefonía móvil. Son lo mismo; en el plazo de unos años el adjetivo móvil será prescindible cuando hablamos de tecnologías, porque la mayoría de las tecnologías serán móviles. (p. 2)

Las aplicaciones móviles, frecuentemente llamadas apps, son programas informáticos diseñados para ofrecer distintos servicios y que funcionan en este tipo de dispositivos. Esto permite a los usuarios realizar determinadas funciones de una forma más rápida (menos clics) y acceder a información de una manera optimizada para su lectura en pantallas de reducidas dimensiones. Además, están diseñadas para consumir pocos recursos y con un menor esfuerzo por parte del usuario.

Las aplicaciones móviles siguen creciendo y en la actualidad disponemos de miles de ellas relacionadas con la salud, aunque sus finalidades son muy distintas. La mayor parte de ellas están enfocadas a aspectos como el bienestar físico y la nutrición, aunque también las hay de consulta de información, comunicación y mensajería instantánea, monitorización de constantes y control y registro de enfermedades crónicas.

Los tipos y utilidades de las apps de salud son muy variadas y se han desarrollado con distintas finalidades.

Siguiendo con el informe propuesto por el IMS Health Institute citado por Salusplay (46), la gran mayoría de las aplicaciones disponibles (65%) están enfocadas a las áreas de bienestar, dieta y ejercicio, mientras que ya un notable 22% están centradas en las enfermedades y manejo del tratamiento, lo que pone de manifiesto un interés creciente en el uso de aplicaciones móviles para la gestión de enfermedades crónicas.

De entre estas últimas, podríamos diferenciar a su vez diferentes utilidades:

- Enfermedades específicas: destacan las dedicadas a la Salud Mental (autismo, ansiedad y depresión), diabetes, corazón y sistema circulatorio, sistema musculoesquelético y sistema nervioso.
- Embarazo y salud materno-infantil.
- Información sobre medicamentos y recordatorios.
- Servicios de salud y aseguradoras.
- Permite obtener un diagnóstico preciso en menor tiempo, a través de nuevos dispositivos de diagnóstico, nuevas vías de comunicación telemática entre profesionales, o mediante la utilización de softwares de procesamiento de datos.
- Se agilizan los plazos en el ámbito de la investigación, gracias a nuevas herramientas que permiten optimizar los recursos y el tiempo invertido.
- Aumenta el nivel de eficacia de los tratamientos, gracias a la posibilidad de realizar un seguimiento y control continuo sobre el estado de salud del paciente.
- Se mejora la capacidad de prevención y transmisión de enfermedades.
- Acceso a información: literatura científica, manuales profesionales, plataformas e-learning y aplicaciones de simulación clínica.
- Herramientas de ayuda profesional: calculadoras médicas, bases de datos de fármacos, guías de práctica clínica, visores de imagen, sistemas de apoyo a la decisión, entre otros.
- Comunicación: acceso al correo electrónico, redes sociales, mensajería instantánea, chat y videoconferencia, resolución de casos clíni-

cos, entre otros.

- Producción de contenidos: servicios de almacenamiento en la nube, trabajo colaborativo, creación de notas, edición de vídeo, edición de blogs, entre otros.
- Aplicaciones asociadas a periféricos y convertidas en dispositivos médicos: existen accesorios que mediante un software podemos conectarlos a nuestros terminales móviles, para determinar una serie de variables biológicas y pruebas complementarias. De esta forma se puede convertir un teléfono o Tablet en un tensiómetro, pulsioxímetro, electrocardiógrafo, glucómetro, oftalmoscopio, otoscopio, etc. Es posible que la calidad de la medición no sea la misma que la que ofrece el instrumental médico, pero pueden tener algunas ventajas en situaciones concretas, al ser una opción válida y asequible a la hora de tomar decisiones clínicas.

Beneficios de la salud digital o aplicaciones móviles para los pacientes

- Tiene por objeto mejorar la calidad del servicio ofrecido al paciente, pero ese no es el único beneficio que reporta en pro del mismo.
- Empoderar al paciente, que ahora dispone de una mayor participación en los procesos de toma de decisiones en la gestión de su enfermedad o patología.
- Aumentar su nivel formativo y educativo en cuanto al cuidado de su salud.
- Facilitar el acceso a la asistencia sanitaria, con independencia de cuáles sean sus recursos o circunstancias.
- Despertar la conciencia en el paciente de autocuidado, mejorando la gestión de su salud.
- Incrementar la eficacia en la adherencia del tratamiento prescrito.

La revolución de las apps en el ámbito de la salud ha llegado para quedarse y es que, tal y como hemos visto, los beneficios tanto para profesionales como para pacientes son múltiples.

Sin duda, son el complemento ideal para ofrecer una mejor atención a los usuarios de la asistencia sanitaria, a la vez que los profesionales optimizan sus esfuerzos, recursos y tiempo.

Según la Organización Mundial de la Salud citada por Arévalo (45), los desarrollos destinados a la salud incluyen principalmente aplicaciones (apps) destinadas directa o indirectamente a mantener o mejorar los comportamientos sanos, la calidad de vida y el bienestar de las personas. La abreviatura de salud móvil es mHealth, un término que se utiliza para referirse a la práctica de la medicina y la salud con el apoyo de dispositivos móviles.

Donde el campo de la salud móvil se ha convertido en un subsegmento de la Salud, que tiene que ver con el uso de tecnologías de la información y la comunicación, tales como ordenadores, teléfonos móviles, GPS, monitores de pacientes, entre otros., para los servicios de salud e información. Salud móvil (mHealth) incluye el uso de dispositivos móviles en la recogida, la entrega y el acceso a la información sobre salud por parte de los profesionales, los investigadores y los pacientes; el seguimiento en tiempo real de los pacientes, y la provisión directa de atención a través de la telemedicina móvil.

MHealth es un campo emergente y de rápido desarrollo, que tiene el potencial de desempeñar un papel clave en la transformación de la asistencia sanitaria para aumentar la calidad y eficiencia de esta, y cuya misión es completar en lugar de sustituir la asistencia sanitaria tradicional.

La plataforma digital

Las herramientas digitales son cada día más relevantes en la atención de salud, desde la solicitud de horas y exámenes hasta la interacción paciente-médico en plataformas digitales que permitan acercar conocimiento médico experto a zonas con menos acceso.

Las capacidades digitales ayudan a prestar una mejor atención a los pacientes, favoreciendo mejores diagnósticos y tratamientos; en este espacio, el uso ético de la data será una capacidad clave para mejorar y hacer más eficiente la prestación de servicios de salud.

Existen áreas de especial interés y necesidad de intervención en atención primaria.

La mejora de la práctica clínica:

En atención primaria, la digitalización permite ofrecer una perspectiva individual del paciente y desarrollar una atención sanitaria más preventiva y diseñada específicamente para cada paciente.

La experiencia digital:

Creando soluciones de comunicación centradas en el paciente que prioricen la prevención de enfermedades y permitan un cuidado integral transversal eliminando las barreras administrativas.

El talento digital:

Repensar la evolución de distintas funciones de atención primaria, dando más importancia a las capacidades de comunicación y digitales.

La excelencia operativa:

Maximizando presupuestos limitados y permitiendo a los sanitarios centrarse en aquellos aspectos que realmente importan.

La atención sanitaria basada en el uso de datos:

Que permitirá a los profesionales de atención primaria obtener una imagen más completa y detallada de sus pacientes, y así tratarlos de forma más eficiente.

Telemedicina y consultas virtuales en atención primaria

La telemedicina es un amplio campo de atención sanitaria que consiste en la prestación de servicios sanitarios (preventivos o asistenciales) a distancia, a través de tecnologías de la información y comunicación (teléfono, email, videollamadas, chats, bots, intercambios de imagen, monitorización remota, etc.) y permite monitorizar, diagnosticar, tratar o informar a pacientes y/o profesionales sin estar físicamente en contacto

En primer lugar, es trascendental señalar a Núñez (47), la cual exhibe:

La video-consulta en atención primaria puede ser adecuada para problemas clínicos o cuestiones sencillas que, a priori, no requieren de un examen físico o un encuentro con el profesional cara a cara. Permite ahorrar desplazamientos tanto a los profesionales, si la visita se concierta a domicilio, como a los pacientes, sobre todo en aquellos casos donde existe mayor dispersión geográfica y dificultades para la movilidad. En consecuencia, todo ello supone un menor coste económico. (p. 1)

La aplicación de la nueva generación de telemedicina en Atención Primaria se alinea con las filosofías de potenciación de los usuarios, de mejora de la calidad (evitar episodios adversos), modificación de los hábitos de la población (alimentación, actividad física, tabaquismo, alcohol), disminución

de accidentes laborales o un paquete de medidas dirigidas a la mejor sostenibilidad de los sistemas de salud.

Pero sin duda, la teleconsulta ha supuesto y es una oportunidad para replantear la medicina y la atención que ofrece la Atención Primaria. Todos los profesionales de la atención primaria tienen claro que las visitas no presenciales deben ser sólo para situaciones de baja gravedad y complejidad, y cuando no es necesaria una exploración.

La telemedicina es y será una herramienta útil para los médicos de la atención primaria, pero también resulta imprescindible que tengan los recursos y las habilidades competenciales para aprovechar al máximo las posibilidades que estas nuevas herramientas ofrecen.

La telemedicina ha llegado para revolucionar la forma en que recibimos atención médica, y su impacto en la atención primaria es innegable. Con avances tecnológicos y la creciente demanda de acceso rápido y conveniente a la atención médica, la telemedicina se ha convertido en una solución efectiva y prometedora para el futuro de las consultas médicas.

La atención primaria es fundamental para el bienestar de las personas, ya que se centra en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes. Sin embargo, a menudo se enfrenta a desafíos como largos tiempos de espera, falta de acceso en áreas rurales y dificultades para obtener citas rápidas. La telemedicina ofrece una alternativa valiosa al permitir que los pacientes se conecten con los profesionales de la salud a través de la tecnología, sin importar su ubicación física.

En áreas rurales o remotas, donde la atención médica puede ser escasa, la telemedicina permite a los pacientes recibir atención de calidad sin tener que viajar largas distancias. Esto es especialmente beneficioso para personas con movilidad limitada, ancianos o aquellos que viven en comunidades aisladas.

Asimismo, la telemedicina agiliza el proceso de obtención de atención médica al reducir los tiempos de espera. En lugar de esperar semanas para obtener una cita en persona, los pacientes pueden acceder rápidamente a un médico a través de video consultas o mensajes en línea. Esto no solo ahorra tiempo a los pacientes, sino que también permite una detección temprana de enfermedades y un tratamiento oportuno.

Otra ventaja clave de la telemedicina es su capacidad para mejorar la continuidad de la atención. Los registros médicos electrónicos y las platafor-

mas de telemedicina permiten que los profesionales de la salud compartan información y realicen un seguimiento más efectivo de los pacientes a lo largo del tiempo. Esto asegura que los pacientes reciban una atención coherente y coordinada, incluso si ven a diferentes médicos en diferentes momentos.

Su capacidad para superar barreras geográficas, reducir los tiempos de espera y mejorar la continuidad de la atención la convierte en una herramienta valiosa para los pacientes y los profesionales de la salud. Aunque no es una solución para todos los casos, la telemedicina complementa la atención presencial tradicional y ofrece un enfoque integral y eficiente para brindar atención médica de calidad en la era digital.

Ventajas y Desventajas

Como todos los sistemas, la telemedicina tiene puntos fuertes y puntos débiles.

Necesidad de formación previa. Si bien muchas personas manejan con gran destreza y habilidad las TIC, puede ocurrir que algunos médicos requieran de una capacitación para aprovechar al máximo el sistema.

Adaptación del personal a la nueva tecnología. Hemos atravesado a lo largo de los años diversos avances tecnológicos y este es uno más. Se acostumbra a usarlo en poco tiempo, pero puede haber cierta resistencia inicial.

Requiere cambios en la cultura de trabajo de los profesionales. Hay que modificar los modos de trabajar para incluir la nueva tecnología hasta naturalizarla.

Necesidad de cambio cultural en las estructuras de gestión. Todo cambio a nivel institucional tiene que estar avalado y apoyado por la gerencia para poder funcionar.

Compromiso de todas las personas involucradas. Este punto se desglosa de los ítems anteriores. Abarca la gerencia, a los médicos, el personal administrativo y a los pacientes, por supuesto

Aceptación por parte de clínicos y pacientes de esta nueva modalidad de vincularse.

Acceso parcial a la tecnología. Los pacientes que se encuentran en barrios vulnerables o alejados de ciudades más o menos importantes pueden no llegar a tener acceso a las tecnologías, así tampoco personas de la tercera edad que no poseen un uso fluido de las TIC.

Desarrollo tecnológico e infraestructura para operar con telemedicina. Es condición sine qua non la disponibilidad de computadoras, conexión estable a wifi y demás menesteres tecnológicos en la clínica.

Necesidad de apoyo económico de la institución para poder lograr unos objetivos cuantificables en el corto y mediano plazo, de forma tal que la implementación de la telemedicina no quede solo en la novedad del momento.

Ahora bien, aquí vienen las buenas noticias. Echa un vistazo a todos los beneficios que otorga este novedoso y eficiente sistema:

Beneficios económicos

Elimina los costos de viajes, genera ahorro de importantes sumas de dinero destinadas a encuentros entre paciente y médico, y entre profesionales de la salud.

Acceso a salud de calidad. El sistema de atención por videollamada aumenta el porcentaje de personas que podrán acceder a médicos de élite, especializados en problemáticas puntuales. Sanea la falta de determinados profesionales en tu ciudad, por caso.

Achica la barrera geográfica. En consonancia con el punto anterior, los pacientes que son de zonas rurales pueden acceder a médicos que trabajan en la ciudad. También, los países en desarrollo podrán conectarse con médicos de centros de salud reconocidos a nivel mundial.

Segunda opinión de manera rápida. Los pacientes pueden tener una segunda opinión sobre su patología de manera rápida. Se ahorra tiempo y se salvan vidas.

Reduce las aglomeraciones de pacientes en los espacios comunes de tu clínica. Punto importantísimo en tiempos de pandemia.

Elimina las esperas. El tiempo de espera resulta improductivo y tedioso para los pacientes. El sistema de atención virtual mejora la gestión del tiempo. Esta acción sin dudas será valorada positivamente por tus pacientes.

Mayor practicidad para los pacientes. No deberán trasladarse hasta la clínica para poder ver a su médico. Una cuestión importante teniendo en cuenta las largas distancias y el tráfico que existe en las ciudades.

Acceso a la información de manera fácil, rápida y actualizada al alcance de la mano. Incluso, 24/7 y con solo un dispositivo con conexión a internet.

Reduce la posibilidad de extravío de papeles importantes. Por ejemplo: los resultados de un análisis de sangre o una radiografía.

Alienta la formación continua. El personal médico también se beneficia de esta tecnología, cuando pueden recibir de manera local y con menores costos entrenamiento y educación médica. Es importante mantener un staff médico actualizado de las tendencias en medicina para brindar un servicio de calidad.

Da cuenta de políticas de innovación. Las clínicas que utilizan este sistema gozan del prestigio de ser innovadoras en el campo.

Mejora costos operativos. Aporta beneficios económicos a la clínica ya que se puede aumentar la productividad del personal médico, minimizando las cargas en el tiempo del personal.

Como se ha expresado, las consultas de salud virtuales constituyen una forma complementaria de atención sanitaria, que, mediante protocolos estandarizados y una correcta selección de pacientes y patologías puede aportar grandes beneficios para todos los actores del sistema.

Estos beneficios son tanto de resultados en salud (similares al de las consultas presenciales en muchos de los casos), como de experiencia para el paciente (alta satisfacción, mejora del acceso, ahorro de costes y de tiempo), satisfacción de los profesionales y mejora de la sostenibilidad del sistema sanitario (optimización de recursos o disminución de lista de espera, entre otros).

Registro electrónico de salud y manejo de datos en atención primaria

Es un repositorio de información sobre el estado de salud de una persona en un formato utilizable Computadora, almacenada y transferida de forma segura y disponible para múltiples usuarios

En primer lugar, es relevante mencionar a la Organización Panamericana de la Salud (48):

Los registros electrónicos de salud son registros individuales que se encuentran en un sistema electrónico concebido específicamente para recopilar, almacenar y analizar los datos de los pacientes, y dar acceso seguro a la información completa de los pacientes. El sistema de registros electrónicos de salud también ofrece herramientas de apoyo para la toma de decisiones clínicas e información clínica importante para la atención de los pacientes. Este tipo de registros ofrecen muchas ventajas en comparación con los registros en papel: accesibilidad, apoyo para múltiples vistas, mejor comunicación

entre los prestadores, comunicación con los pacientes, consolidación de los datos, acceso a bases de conocimientos e integración con las herramientas de apoyo a la toma de decisiones. (p. 1)

Un componente fundamental para fortalecer la atención primaria en salud es la implementación de los registros electrónicos en salud. En específico, la historia clínica electrónica es la «historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector competente»

Beneficios del registro electrónico de salud:

- El registro electrónico de salud elimina los problemas de legibilidad de los registros escritos a mano (aunque pueden introducir errores del soporte informático de reconocimiento de voz)
- El registro electrónico de salud permite a múltiples proveedores ver un registro en forma simultánea.
- Las alarmas automáticas ante la interacción de medicamentos y alergias y la detección de errores de dosificación pueden reducir los errores de medicación.
- Los enlaces clínicamente relevantes incluidos en el registro electrónico de salud con información sobre enfermedades, pruebas de cribado apropiadas, inmunizaciones y tratamiento pueden alentar al médico a acceder a la información más reciente sobre el conjunto de problemas del paciente en tiempo real.
- Las herramientas de puntuación clínica y las calculadoras de probabilidad previas a la evaluación vinculadas o integradas en el registro electrónico de salud pueden extraer información de la historia clínica de un paciente específico para ayudar al médico con el diagnóstico y la toma de decisiones para el tratamiento y permitir una intervención más temprana en el curso de la enfermedad. El examen de cribado del lenguaje real de los aportes del médico mediante algoritmos de inteligencia artificial puede contribuir al diagnóstico.

- Los parámetros clínicos (p. ej., signos vitales, resultados de pruebas) contenidos en el registro electrónico de salud se pueden usar para crear alertas que notifiquen al médico o incluso conduzcan a la implementación de indicaciones o conjuntos de indicaciones preestablecidas, paquetes de medidas diagnósticas y terapéuticas, o conductas clínicas.
- Proporcionar apoyo a la toma de decisiones clínicas vinculado al registro electrónico de salud en el momento de indicar las pruebas de diagnóstico puede disminuir el uso de pruebas de bajo rendimiento o inadecuadas.

En el mismo orden de ideas es importante mencionar a Iglesias (49), donde expone:

La innovación en salud exige que la tecnología que diseñamos mejore el valor de la asistencia que prestamos. Los EHR nos permitirán progresar en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, siempre y cuando seamos capaces de abordar los problemas éticos relacionados con su aplicación. La privacidad y la confidencialidad en la medicina son valores centrales que requieren de una aplicación e interpretación continua en el contexto de una práctica clínica cambiante¹⁰. La investigación médica debe continuar descubriendo fuentes de datos y técnicas analíticas que contribuyan al conocimiento, al mismo tiempo que mantiene un compromiso con el uso ético de los datos³. Es el momento para que las nuevas tecnologías generen la confianza necesaria y nos permitan superar estas barreras con enfoques innovadores. (p. 124)

Uso de herramientas de inteligencia artificial y análisis de datos en atención primaria

El uso de la IA, además de la automatización de tareas, ayuda con la planificación, el diagnóstico y el pronóstico de los pacientes, logrando que la atención médica sea más eficiente, pues no solo reduce costos, sino que también permite el análisis remoto de resultados, lo que redundará en una mejor distribución de los servicios de atención médica.

La telemedicina permite a los pacientes ponerse en contacto con los proveedores de atención médica de forma virtual y ofrece una alternativa para las visitas presenciales. Al servir como la puerta de entrada de la medicina, ofrece una alternativa para los entornos de atención de alto costo o para los pacientes que tienen que hacer viajes muy largos para llegar a los centros de salud.

El uso de las capacidades de la IA en un entorno de telemedicina ayuda a reducir la carga en el personal clínico, lo que tiene un alto impacto en una mayor dedicación al cuidado de los pacientes

Enfoque para un desarrollo exitoso

Uno de los aspectos críticos para el éxito en la digitalización de la atención médica utilizando la IA y la telemedicina es contar con una infraestructura adecuada, para lo cual son esenciales las inversiones iniciales que deben establecerse, preferiblemente, en combinación con socios especialistas que permitan garantizar la compatibilidad en todos los sistemas. Una infraestructura de datos común podría ayudar a facilitar la capacitación y la implementación.

Además, para que la telemedicina y la IA tengan éxito en la práctica clínica, las regulaciones deben permitir el uso óptimo de un modelo que considere la cobertura de este tipo de atención, así como las licencias y responsabilidad médicas.

Hay dos factores claves relacionados con la financiación que son importantes para asegurar un enfoque sostenible. El primero está relacionado con el proveedor médico, para quien debe haber un incentivo financiero para implementar la IA y la telemedicina. El segundo tiene que ver con los pacientes, para quienes la telemedicina debe ser financieramente atractiva, y tener unos costos similares a la atención habitual.

La formación para el uso de IA en la telemedicina

La educación debe ser la base de cualquier enfoque de implementación de la telemedicina y la IA, tanto para el personal sanitario como para los pacientes. Se recomienda que todo el personal médico reciba formación sobre cómo utilizar las herramientas y el software de IA, además de capacitarse en la comunicación con los pacientes a través de un medio electrónico. Así mismo es esencial que en las zonas rurales el personal local esté capacitado para usar y mantener los equipos.

De otro lado, la formación de los pacientes es necesaria para superar las barreras generacionales, culturales y educativas, especialmente para los mayores y hacer un uso más eficiente de estas herramientas.

De igual manera, la protección de datos es esencial para la atención sanitaria en general y se vuelve más importante con los crecientes riesgos asociados a la atención digital. Un enfoque estandarizado para evaluar los riesgos de las plataformas mejora el uso y la confianza en estos sistemas. Para eso, las regulaciones deben orientarse a minimizar los riesgos, y los gobiernos

deben promover la transparencia de los datos para evitar sesgos discriminatorios al utilizar algoritmos de IA.

La IA y la telemedicina desempeñarán un papel fundamental en la atención sanitaria, dado que la pandemia de Covid-19 ha acelerado la implementación de la telemedicina, una tendencia que se espera crezca continuamente en los próximos años.

Beneficios de la IA aplicada a la salud

Existen numerosos ejemplos en los que las aplicaciones de la Inteligencia Artificial en la medicina pueden beneficiar tanto al sector sanitario como a la sociedad en general, ya sea acelerando el ritmo de investigación o ayudando a los sanitarios a mejorar la toma de decisiones sobre tratamientos o diagnósticos.

Detección precoz y diagnóstico de enfermedades: los modelos machine learning podrían emplearse para observar los síntomas de los pacientes y alertar a los médicos si aumentan ciertos riesgos. Esta tecnología puede recopilar los datos de los dispositivos médicos y encontrar afecciones más complejas.

Diseño de tratamiento personalizado: los modelos de IA pueden aprender y retener referencias, este hecho supone un gran potencial ante los tratamientos personalizados a tiempo real. Los servicios de atención médica podrían ofrecer a los pacientes acceso las 24 horas del día a un asistente virtual con IA. Este sistema podría responder preguntas basadas en el historial médico, las preferencias y necesidades personales del paciente.

Eficiencia de los ensayos clínicos: el desarrollo de la tecnología puede ayudar a acelerar el tiempo de los ensayos clínicos, puesto que proporciona una búsqueda más rápida de los códigos médicos asignados a los resultados de los pacientes.

Acelera el desarrollo: la IA podría ayudar a reducir el coste de desarrollo de nuevos fármacos, principalmente, por dos factores. En primer lugar, es capaz de mejorar el diseño de los fármacos y encontrar la combinación de medicamentos prometedores. Además, puede hacer frente a muchos de los desafíos que plantea el Big Data a la industria de las ciencias biológicas.

Reducción de errores en el diagnóstico por imagen: actualmente, la IA ya desempeña un papel crucial en el área de las imágenes médicas. Es tan eficaz como los radiólogos humanos, puede detectar signos prematuros de cáncer de mama u otras afecciones.

También se ha desarrollado un software que elabora predicciones y permite trazar el avance de las enfermedades infecciosas en tiempo real, por ello, se ha convertido en elemento crucial durante la pandemia del coronavirus. En esta misma línea se ha creado un algoritmo enfocado en la lucha contra este virus es capaz de predecir la secuencia del virus SARS-CoV-2 en pocos segundos, una información relevante para la creación de un nuevo tipo de vacunas con RNA mensajero.

En otras áreas, como la creación de nuevos fármacos, se ha conseguido crear un sistema que permite calcular la forma 3D de una proteína a partir de secuencias de aminoácidos. Si las proteínas se pliegan, se considera uno de los principales problemas de la biología. Este algoritmo podría predecir las estructuras de pliegue, ayudando así a estudiar el funcionamiento de las moléculas con el fin de crear nuevos fármacos.

En todo caso, la IA tiene el potencial de revolucionar la forma en que se brinda la atención primaria, mejorando los resultados de los pacientes y reduciendo la carga sobre los sistemas de atención médica. Al aprovechar el poder de la IA en la detección temprana, el tratamiento personalizado, la asistencia robótica y la telemedicina, la industria de la salud puede abordar los desafíos del envejecimiento de la población y la escasez de profesionales de la salud. Sin embargo, es crucial abordar los desafíos asociados con la IA, como garantizar la precisión y la confiabilidad, y proteger la privacidad de los datos del paciente, para aprovechar al máximo los beneficios de esta tecnología en la atención primaria.

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Capítulo

VII

*Educación y formación del
médico y la enfermera en
atención primaria*



Introducción

Muchas universidades están incluyendo en sus programas de formación un enfoque más centrado en la atención primaria, en lugar de enfocarse solo en atención hospitalaria. También se está dando más importancia a las habilidades relacionadas con el cuidado de la salud pública y a la capacidad de trabajar en equipo con otros profesionales de la salud.

Programas de formación y residencia en atención primaria para médicos y enfermeras

Un programa de formación se caracteriza por estar basada en el perfil profesional, con tiempo suficiente, flexible y pluripotencial. La flexibilidad en la formación es una premisa de este programa, en el que lo básico es la adquisición de los valores y las competencias del perfil profesional y donde los métodos empleados y las estancias formativas están a su servicio.

Esto conlleva también la incorporación de la formación individualizada, con un incremento progresivo de la responsabilidad y la personalización que se adaptan a las necesidades específicas de cada residente mediante metodologías docentes interactivas en las que tienen especial relevancia el aprendizaje dirigido y la estancia formativa tutorizada.

Fundamentalmente, el objetivo final del programa es formar médicos de familia para que desarrollen su labor profesional en atención primaria, con independencia de que su pluripotencialidad permita este desarrollo en otros ámbitos de actuación.

Estado actual de los programas de formación en medicina familiar en algunos países de Iberoamérica, 2014.

Ilustración 7. Programas de formación y residencia en atención primaria para médicos y enfermeras en América latina

País	A	H/CS	PFN	EUAP	RP	CTP	EFO	RF	EF	ES	OPP	R
Argentina	4	50%-50%	SI	NO	NO/SI (2011)	-	SI	G	NO	SI	NO	SI
Bolivia MFY MFCI	3 y 3	+/-	SI	SI	SI	-	SI	G	-	-	SI	SI
Brasil	2	6m/18m	SI	NO	SI	600h-900h	NO	G/U	SI	SI	NO	NO
Chile	3	-	-	-	-	-	-	U(70%)G	-	-	-	-
Colombia	3	-	-	NO	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	4	+/-	SI	SI	-	50/50	-	-	SI	SI	-	-
Cuba	2	-/+	SI	NO	SI	384h/5516h	SI	G	SI	SI	SI	-
Ecuador	3	8m/28m	SI	NO	SI	160h/1013h x semestre	NO	G/U	NO	SI	SI	NO
El Salvador	3	-	-	NO	-	-	-	U	-	-	-	NO
España	4	22m/22m	SI	SI	SI	300h	NO	G/U	SI	SI	SI	NO
México MFY MGI	3 y 2	50/50 3er mas comunidad	SI	SI	SI	T: 828h/ P: 4692h	SI	U	SI	SI	SI	NO
Panamá	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	3	-	SI	SI	SI	400h	SI	G/U	NO	SI	NO	SI
Perú	3	18m/18m	NO	SI	SI	50/50	NO	U	SI	SI	SI	SI
Portugal	3	-/+	SI	-	SI	180h	SI	G/U	-	-	SI	NO
República Dominicana	4	-	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-
Uruguay	3	-/+	SI	SI	SI	7500 (total h)	SI	G	SI	SI	NO	NO
Venezuela MGF	3 y 2	-/+	NO	NO	SI	90 unidades/ 60 x crédito	NO	U	SI	SI	SI	Elaborado, aún no ejecutado
Venezuela MGI	3	-/+	SI	NO	SI	256h/1000 h	SI	G	-	-	-	NO

A: Años; H/CS: Hospital/Centro de Salud; PFN: Programa Formativo Nacional; EUAP: Examen Único de Admisión al Programa; RP: Rotaciones Prefijadas; CTP: Contenido Teórico-Práctico; EFO: Examen Final Obligatorio; RF: Responsables de la Formación; EF: Evaluación Formativa; ES: Evaluación Sumativa; OPP: Obligatorio para la Práctica; R: Recertificación. Fuente:26,27,32-50 Elaboración: autores.

Nota: Adaptado Armiños (50)

Armiños (50), los programas formativos deben tener características comunes que avalen su calidad, como son: estar acreditados por una universidad o por la profesión (comisiones nacionales de especialidad); deben estar basados en competencias esenciales de acuerdo a modelos internacionales y cumplir con un tiempo de formación que capacite al médico para su desempeño en cualquier nivel de atención.

En la carta de Quito redactada tras la realización de la “V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar” celebrada en Quito, Ecuador, en abril de 2014, se hicieron varias recomendaciones. Citamos algunas de interés al presente artículo:

Apoyar la formación del talento humano en medicina familiar y comunitaria, responsabilizándose por el desarrollo y mantenimiento de sus competencias, promover la investigación y la formación continua como elementos fundamentales para mantener el nivel profesional de los médicos familiares.

Promover que en los sistemas de salud de Iberoamérica la proporción de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en relación al total de especialistas alcance el 50% y que este valor sea un indicador para el alcance de la Cobertura Universal.

Reconocer que la Certificación y Acreditación profesional en Medicina Familiar y Comunitaria permite el fortalecimiento de la calidad de atención en el tiempo y estimula la actualización del profesional.

Promover la creación del Observatorio de Medicina Familiar en la región con la participación de Wonca y Wonca Iberoamericana-CIMF, para fortalecer la identidad de la especialidad y que se constituya en una herramienta relevante para la toma de decisiones de los gobiernos, los organismos internacionales, la academia y la comunidad.

Fortalecimiento de la atención primaria de salud

- Programas efectuados por el Ecuador
- Programa de becas para fortalecimiento del talento humano en salud
- Programa de Medicina Familiar y Comunitaria
- Programa de Técnicos de Atención Primaria en Salud
- Definición del perfil del médico ecuatoriano / Pertinencia
- Carrera Sanitaria

El Posgrado Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria responde a la necesidad del país de consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud con médicos postraditas de calidad.

El programa es el fruto del trabajo consensuado de 8 Universidades (UCE, PUCE, UTA, ESPOCH, UDA, UC, UCSG y UNL) del país, la Cooperación Cubana y la asociación de médicos familiares y comunitarios, en coordinación con el MSP.

Objetivos del programa de formación en MFC

- Formar médicos especialistas que contribuyan a la transformación de la realidad de la salud del país que, en la actualidad todavía se enfoca en la medicina curativa antes que en la medicina preventiva.
- Brindar atención de salud integral al individuo, a la familia y, a la comunidad.

Objetivos específicos del programa de formación en MFC

- Incorporar a la práctica médica una visión integral y de compromiso social, basada en la investigación y en la reflexión de la realidad epidemiológica local y nacional.
- Elevar la competencia técnico-científica del especialista, ampliando su capacidad de resolver el 80% de los problemas biológicos del contexto epidemiológico.
- Contribuir al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud.

Desarrollo del programa de formación en MFC

- Duración del programa de 3 años
- 8 universidades del país tanto públicas como privadas teniendo como base una malla curricular única
- 3 universidades cuentan con la colaboración de la Cooperación Cubana como apoyo docente

Competencias de los MFC

- Resuelve los conflictos individuales y comunitarios que permitan trabajar en roles de cuidado directo al paciente y de liderazgo a la comunidad.
- Promueve el proceso docente con las familias, los equipos de salud, los grupos comunitarios, los colegas.
- Realiza con calidad el cuidado directo y la solución de los problemas de salud, resuelve el 80% de los problemas que se presentan en el nivel ambulatorio de atención.
- Participa en las estrategias de Atención Primaria de Salud en el primer nivel de atención.
- Reorienta los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Fortalece el proceso de la recuperación, de la rehabilitación de la salud y de los cuidados paliativos para brindar una atención integral y de calidad.
- Realiza lecturas críticas de la realidad que enfrenta y, tiene la capacidad de plantear soluciones, sea a través de formular proyectos de intervención y/o de sistematizar los problemas que encuentra.

Logros a alcanzar

- Integración de los EAIS fortalecerá la prevención y promoción de la salud en el 1er nivel de atención.
- Fortalecer la atención en el primer nivel en la atención extramural e intramural.
- Lograr resolver el 80% de las patologías presentadas en el primer nivel de atención.

Competencias y habilidades requeridas para el médico y la enfermería de atención primaria

En primer lugar, es relevante mencionar a Boyatzis citado por Fernández (51), donde expone que las competencias son características subyacentes en una persona, que están casualmente relacionadas con una actuación de éxito en su trabajo.

En el mismo orden de ideas las competencias son características permanentes conocimientos, actitudes y habilidades que la persona demuestra cuando realiza con éxito una actividad, sea laboral o de otra índole.

Cabe resaltar a Nebot (52), el cual menciona:

Para que la atención primaria pueda actuar como eje articulador del sistema de salud es preciso que sus profesionales tengan una sólida formación que les permita responder oportuna y efectivamente a las necesidades de la población. Tal responsabilidad implica capacidad para trabajar en equipo, conocimientos técnicos para brindar atención médica apropiada y habilidades para comunicarse con los otros miembros del equipo y con la comunidad. Y tan importante como lo anterior, los profesionales que brindan estos servicios deben contar con líderes y tomadores de decisión que conozcan y entiendan los beneficios potenciales de la APS, no sólo en términos de mejora del estado de salud de la población, sino también contribuyendo a un funcionamiento más eficiente del sistema sanitario. (p. 182)

Encontramos que las principales competencias necesarias para los profesionales de los equipos de APS se pueden agrupar en seis categorías

Características específicas de la APS

- Enfoque integral: vida, género, culturas, individuo, familia, comunidad
- Trabajo en equipo
- Coordinación entre niveles: sistemas de referencia y contrarreferencia

Área clínica

Trato al paciente

- Atención centrada en el individuo y la familia
- Atención preventiva, curativa, rehabilitadora y cuidados paliativos
- Seguimiento compartido
- Emergencias
- Atención domiciliaria

Comunicación

- Entre profesionales
- Entre profesionales de salud e individuos
- Con la comunidad
- Manejo de conflictos
- Anuncio de malas noticias

Gestión del conocimiento

- Uso de sistemas de información
- Uso de internet
- Medicina basada en pruebas (guías clínicas)

Salud pública y promoción de la salud

- Conocimientos de epidemiología
- Enfermedades de declaración obligatoria, brotes, campañas de vacunación
- Hábitos y estilos de vida

Área de gestión

- Funciones administrativas y gerenciales: liderazgo, supervisión y coordinación
- Negociación
- Gestión de la calidad, reclamos
- Planificación y evaluación

- Gestión clínica

En igual forma es notable mencionar a Dois (53), donde menciona:

El reto de reorganizar los sistemas de salud en torno a una APS fuerte y de calidad solo puede lograrse con la participación de profesionales que comprendan y practiquen los atributos y principios fundamentales de la APS. Los resultados de este estudio dan cuenta de un perfil de competencias para profesionales de APS alineado con recomendaciones internacionales alcanzable a través de estrategias de educación continua. (p. 1)

En el mismo orden de ideas es importante mencionar a Fernández (51), donde indica que un profesional puede acreditar el ser competente, pero ante una situación real no demostrarlo: no demostrar el saber, el saber estar, el saber hacer y el buen juicio enfermero, por lo que no responde al nivel profesional de calidad exigible en aquella situación.

Los tres saberes: saber, saber ser y saber hacer

Los tres saberes: saber, saber ser y saber hacer se refieren a la formación profesional bajo el enfoque de competencias; las competencias son combinaciones dinámicas de recursos personales, complejos sistemas de comprensión y acción que incluyen «saber pensar», «saber ser», «saber hacer» y «querer pensar, ser y hacer».

Se ponen en juego para comprender la complejidad de las situaciones en las que se pretende actuar y para diseñar, planificar, desarrollar y evaluar los modos concretos de actuación.

La acción en situaciones concretas y complejas de la vida profesional que conllevan a un “a la experiencia”, que produce una mayor comprensión de las cosas vividas, pensadas, reflexionadas y contrastadas. Este enfoque propone planificar la enseñanza en base al desarrollo de competencias en el estudiante, unidad organizar los perfiles profesionales, los mapas curriculares y programas de estudios.

Se constituye más como un enfoque o propuesta para formar al profesional actual, porque no representa en sus planteamientos a todo el proceso educativo y apunta al logro de un desempeño complejo e idóneo de sus funciones, que incluye saber ser, saber hacer, saber conocer y saber convivir, aportando al progreso personal, social y económico.

En general, busca lograr una estrecha relación entre lo que el estudiante aprende en educación superior y los desafíos que imponen los contextos sociales y laborales.

El Saber

Es el conjunto de conocimientos teóricos y prácticos que las personas adquieren antes y durante el desarrollo de sus actividades productivas. Debe nutrirse y mejorarse de forma constante en el desempeño de sus competencias laborales, ya que la actualización de la tecnología en el mundo obliga a la constante renovación en el saber de las personas.

Es la parte cognitiva, encargada de los conocimientos que el alumno adquiere en toda su formación.

El Saber Hacer

Tiene como objetivo fundamental perfeccionar las habilidades, destrezas y aptitudes de los profesionales, guiándolos en las buenas prácticas y mejores métodos de trabajo que reflejen una calidad en el hacer de cada persona. Esta función garantiza un servicio de alto nivel. Con ello se logra incrementar la posibilidad de alinear conocimientos y técnicas para un buen desempeño laboral, así como orientar las experiencias.

El saber hacer implica tener una conciencia real del desempeño en las funciones productivas y del conocimiento previo de las circunstancias en las que se desarrolla, esta función es básica para el saber. La correlación entre el saber y el saber hacer es inevitable en el marco de las competencias laborales.

Es la parte de la aplicación, encargada de la práctica que el alumno realiza una vez tenga lo cognitivo (Saber).

El Saber Ser

El contexto que incluye este principio de profesionalización es tan extenso que encuadra una definición precisa de las capacidades emocionales de las personas en el desempeño de sus funciones productivas que debe aprender durante su formación.

La formación de enfermería se basa en estos tres saberes que les proporcionan todas las herramientas necesarias para poder llevar a cabo sus actividades al integrarse al área laboral.

Es fundamental señalar a Casado (54), el cual presenta:

La definición del perfil profesional, sus valores y sus competencias, ha conllevado la delimitación de las diferentes competencias: a) esenciales, que son las competencias genéricas compartidas con el resto de especialidades pero de especial relevancia para los médicos de familia: la comunicación, el razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética; b) transversales, que son las relativas a la atención al individuo y a grupos poblacionales y de riesgo, comunes con otras especialidades y cuya intervención se define básicamente por el nivel de responsabilidad en su abordaje, y c) competencias específicas de atención a la familia y la comunidad, que son propias de nuestra especialidad. (P. 6)

Educación continua y actualización en atención primaria para médicos y enfermeras

En primer lugar es relevante mencionar a Gutiérrez (55), el cual presenta:

El médico nunca deja de estudiar, la educación médica continua cuenta con muchas herramientas: auto enseñanza, información electrónica, cursos a distancia o presenciales. Esta educación se había orientado a los médicos especialistas, hasta los últimos años se dirige a los médicos generales, quienes otorgan la atención primaria a 85% de la población. (p. 43)

La educación médica continua (EMC) es el conjunto de actividades que permite a los profesionales actualizar sus conocimientos y garantizar su capacitación para el desempeño de su actividad. Supone una necesidad no sólo para los médicos y para el personal de enfermería. Además de otras partes interesadas como los organismos gubernamentales, las asociaciones profesionales y las empresas proveedoras de tecnología sanitaria.

La educación continua en AP reviste especial importancia porque permite mantenerse al corriente de esos cambios y fomentar la iniciativa para ampliar y ejecutar programas y aumentar los nuevos conocimientos y aptitudes que se requieran.

El compromiso principal de mantenerse al día acerca de los nuevos conocimientos técnicos y prácticos en la profesión incumbe a quienes la ejercen. La administración de una institución en que el médico y la enfermera presta servicio tiene también el deber de apoyar a este personal en su empeño por recibir educación continua. Dicha institución, por pequeña que sea, está obligada a facilitar a los profesionales de salud información de actualidad y material de referencia, además de fomentar y financiar la asistencia a grupos

de trabajo, seminarios y cursillos de capacitación relacionados con el mejoramiento de los servicios médicos y de salud.

Ningún profesional de la salud puede mejorar aisladamente su competencia. Los seminarios no solo permiten adquirir conocimientos específicos del trabajo, sino también intercambiar ideas, estimular el pensamiento, deliberar y discutir problemas con grupos de colegas y, al profesional, reincorporarse a su puesto con nuevas ideas, conocimientos y aptitudes.

En la actualidad los médicos y la enfermera tiene oportunidades de perfeccionarse si sabe utilizar fuentes a su alcance, como las publicaciones profesionales, así como los seminarios, reuniones y cursos mediante los cuales puede mantenerse al día en cuanto a los nuevos descubrimientos de la ciencia aplicados en el área de AP. Aprovechando todas estas oportunidades, que se ofrecen en el campo de la educación continua.

Existen múltiples partes interesadas en la actualización continua

En primer lugar, los propios médicos, quienes tienen un compromiso por mantenerse actualizados.

En ese mismo sentido, las organizaciones gremiales y profesionales que los agrupan.

Asimismo, las instituciones de salud tienen interés (y obligación, según las regulaciones de cada país) en asegurar una formación adecuada de los equipos de salud. Especialmente de sus equipos de atención primaria, en patologías frecuentes donde se haya detectado una brecha entre el conocimiento científico y su aplicación en la práctica. Además de donde no se estén aplicando correctamente criterios de fármaco economía.

Los organismos gubernamentales tienen interés en que los colectivos profesionales se actualicen en temas emergentes (como epidemias) o patologías con alto impacto en la morbimortalidad (como las patologías crónicas frecuentes).

El uso de Internet en apoyo de la EMC permite mejorar su alcance al público objetivo y su diseño curricular. Es una tendencia rápidamente creciente en el mundo actual. Se estima que la EMC a distancia representará la mitad de la oferta educativa antes de que finalice esta década. La organización de estas actividades requiere no sólo la planificación de las sesiones, sino también la posible inclusión de jornadas presenciales de inicio y cierre, la evaluación de los resultados obtenidos, la acreditación formal de la educación recibida, y la adopción de medidas para promover la aplicación de los nuevos conocimientos adquiridos a la práctica profesional.

Las tendencias futuras de la EMC, según Olson citado por Evimed (56):

Cambio desde el individuo hacia el equipo como unidad de aprendizaje.

- Mayor foco en el aprendizaje interprofesional y en el lugar de trabajo, en el contexto de procesos de mejora continua. Esto marca una evolución desde el enfoque tradicional, con actividades educativas centradas en cada colectivo profesional, y habitualmente no integradas directamente a los problemas prácticos del entorno laboral.
- Aumento de las intervenciones educativas longitudinales y multifacéticas. Relacionadas a las actividades tradicionales, puntuales en el tiempo y con diseño fundamentalmente expositivo, como es la conferencia magistral.
- Mejora en la evaluación de los resultados en los distintos niveles. Desde participación hasta impacto en la salud de los pacientes, usando tanto métodos cuantitativos como cualitativos.
- Inclusión de temas no clínicos, como trabajo en equipo, habilidades de comunicación y uso de indicadores de desempeño.
- Evolución hacia otras formas de aprendizaje, que incluyen simulaciones y comunidades profesionales.

Colaboración interprofesional en la formación en atención primaria médica y de enfermería

Las habilidades interpersonales nos ayudan a tener una comunicación más beneficiosa con los demás, a expresar mejor lo que necesitamos decir y a entender lo que se nos quiere comunicar. Las habilidades interpersonales forman un conjunto de comportamientos y hábitos necesarios para garantizar una adecuada interacción, mejorar las relaciones personales y alcanzar los objetivos de la comunicación, es decir, transmitir o recibir correctamente un mensaje, una información o una orden. En el área de la salud cada vez más importancia para construir equipos de trabajo eficientes y mejorar las bases de la comunicación interna.

En la formación academia del personal que conforma el servicio de AP como lo es el médico y la enfermera se deben asumir el compromiso permanente de motivar y dirigir el potencial humano de la organización hacia el cumplimiento de los resultados, fomentando el crecimiento y la realización individual y de grupo.

Donde es necesario hacer hincapiés en las habilidades interpersonales las cuales son indispensables para un desempeño más competitivo de los equipos de trabajo y para establecer relaciones laborales sólidas y de confianza.

Las cuales parecen cualidades sencillas y obvias, pero todas necesitan compromiso, cuidado y atención. Son aptitudes que si se desarrollan a diario se convierten en hábitos, algo beneficioso para todos.

Cabe resaltar a Flores citado Chafloque (57), el cual señala:

La formación de los profesionales en general implica la integración de una serie de conocimientos al que se agregan también los valores como persona, donde la responsabilidad, la honestidad, la empatía, entre otros valores, resultan fundamentales desde un aspecto ético, en ese sentido, la educación puede ser considerada como el motor vertebrado del desarrollo humano y el conocimiento para que las personas pueda ejercer su profesión. (p. 1)

La necesidad de una colaboración más estrecha entre las profesiones se basa en el mayor reconocimiento de los países de la necesidad de desplegar los recursos humanos de manera más eficiente, eficaz y económica, en respuesta a las cada vez más complejas problemáticas de individuos, familias y comunidades.

Donde las relaciones humanas, en sí interpersonales, forman parte del tejido social, fundamental para el desarrollo y desenvolvimiento del ser humano. Permiten el desarrollo de habilidades sociales como el respeto, la empatía, asertividad, cooperación, compañerismo, lealtad, confidencialidad, hermandad, fraternidad, seguridad y confianza; dichas habilidades son fundamentales para aprender a autorregular las emociones y adaptarse al entorno, conllevando al aumento de la calidad de vida.

Para ello es importante que desde la propia formación los estudiantes adquieran habilidades de trabajo en equipo interprofesionales para posteriormente aplicarlas en su desarrollo profesional. La educación interprofesional (EIP) promueve dicha colaboración, mientras los participantes revisan las relaciones entre sus profesiones, mejoran el entendimiento mutuo y exploran maneras de combinar sus experiencias para mejorar la prestación del servicio, la seguridad del paciente, la calidad de la atención y el bienestar de la sociedad.

Cabe destacar que el equipo de salud aplica la habilidad colaborativa donde se interesa por el trabajo de otros, por sus opiniones y experiencias, se comunican entre sí, adoptan relaciones intercambiables de enseñanza-apren-

dizaje y se corresponden mutuamente al punto de desarrollar una equivalencia profesional en el desempeño de sus funciones y la atención en salud.

Es importante señala a Berscheid citado por Betancourt (58), donde menciona que las relaciones son conexiones, vínculos o interacciones que se establecen entre dos o más personas en cualquier espacio y tiempo. En ellas se da el intercambio de formas de sentir, pensar, actuar, necesidades y experiencias.

Recomendaciones para fortalecer las relaciones interpersonales

Para que puedas construir confianza dentro de las relaciones:

- Procura establecer relaciones interpersonales no solo con tu núcleo familiar, ya que crear relaciones significativas, requiere estar abierto con otras personas de diferentes contextos (colegio, universidad, trabajo, consultorio, hospital, gimnasio, entre otros).
- Practica la honestidad.
- Respeta los límites propios y los de los otros.
- Comunicarse claramente, de forma asertiva y con respeto, sin dejar vacíos de interpretación.
- Expresar las necesidades y escucha la de los demás.
- Estar en desacuerdo de forma respetuosa.

En la formación del profesional de la salud hay que ser enfático en la comunicación asertiva, como:

Saber escuchar

La escucha activa es el eje principal de estas habilidades. Para comprender hay que saber escuchar (ir más lejos que el simple acto de oír). La escucha activa significa prestar atención y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla, lograr identificar lo que realmente desea comunicarnos, sus objetivos y sentimientos. No siempre resulta fácil porque la comunicación está expuesta a ciertas limitaciones, prejuicios o temores.

Respeto y tolerancia

Valorando la palabra de quien habla, como persona con los mismos derechos que los míos. Es la capacidad de entender la diversidad y las diferencias sociales y culturales sin prejuicios, demostrando que abrimos el camino hacia una comunicación honesta y sincera.

Empatía

Es la cualidad más sobresaliente dentro de las habilidades interpersonales. Implica la capacidad de entender a los demás, de ponerse en su lugar y comprender sus necesidades, tanto de jefes como de compañeros. Siempre es mejor tratar de comprender al otro que esperar que los otros nos comprendan.

Concreción

Toda comunicación debe ser, sobre todo, lo más clara y comprensible posible. Es el mejor modo de lograr una comunicación directa y efectiva, evitando cuestiones vagas o inconexas que provoquen malos entendidos o desencuentros futuros.

Autenticidad

Es la capacidad de presentarse ante los demás tal y como uno es. Ser más auténtico, y coherente, por supuesto, permite establecer relaciones más sinceras y transparentes.

Asertiva:

Ser claro: evite ambigüedades.

Ser conciso: no decore la información, no le dé vueltas al asunto.

Ser concreto: evite abstracciones.

Ser correcto: incluya todo lo que se tiene que decir, aunque haya cosas que duelan. No pinte verdades a medias o diga mentiras blancas.

Ser coherente: los mensajes se pierden en el desorden, siempre hay que ofrecer un mensaje según un orden determinado.

Ser completo: no prescinda de algo principal. No se trata de mentir, pero entienda que la omisión de un detalle pueda evitar una mejor comprensión de las circunstancias.

Ser cortés: evite la agresividad. El tono de voz es fundamental, al final es así es como se gana la receptividad del público.

En la formación de profesionales de la salud específicamente en AP es imprescindible desarrollar virtudes éticas o del carácter, enseñar a respetar los principios, evaluar los medios que se utilizan y medir las consecuencias morales de los actos profesionales.

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Capítulo

VIII

*Ética y aspectos legales en
atención primaria médica y
de enfermería*



Introducción

La Atención Primaria de Salud debe ser analizada a la luz de los principios bioéticos, según los cuales todo ser humano tiene el derecho y el deber de ser tratado como persona dotada de dignidad integral y espiritual, teniéndose como fin primordial el bien de la persona humana, a través de una relación médico paciente justa y prudente, en la que para el cuidado de la vida y la salud han de respetarse especialmente los principios de justicia social y solidaridad.

Principios éticos en la práctica de atención primaria para médicos y enfermeras

En primer lugar es relevante menciona a Did (59):

El médico de familia, en su proceder ético y bioético, debe generar un espacio de respeto profesional y moral para el paciente y la sociedad, favoreciendo la capacidad de comprender la información y la toma de decisiones.

La relación médico-paciente debería diferenciar 2 modalidades del acto médico: el acto asistencial, y las acciones o técnicas sanitarias de utilidad o protección de las personas. (p. 1)

La bioética es la rama de la ética que provee los principios para la actuación correcta en los aspectos relacionados con la vida. A grandes rasgos, la bioética pretende distinguir entre lo que debe ser o debe hacerse y lo que no debe ser o no debe hacerse, en los actos que afectan la vida (humana y no humana).

La bioética aplicada a los actos médicos se conoce también como ética médica.

La importancia de la ética médica radica en la necesidad de normar los actos médicos en un mundo en el que los descubrimientos científicos y los avances tecnológicos suceden rápidamente, abriendo nuevas posibilidades de acción.

El que puedan hacerse muchas cosas, no significa que todas ellas deban hacerse.

En el mismo orden de ideas es importante indica a Hackspie (60):

En la Atención Primaria en Salud (APS) resolver los problemas bioéticos exige un conocimiento profundo de la realidad, así como de la dinámica del

sistema, la comunidad, la situación económica y social en que se desenvuelve. La estrategia de APS es integral, trasciende el sistema de salud para involucrarse en el desarrollo económico, político y cultural local y nacional, respetando los derechos del hombre, de su medio ambiente y de sus valores. (p. 101)

La ética médica juzga los actos médicos con base en cuatro principios fundamentales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Los actos de los médicos y otros profesionales de la salud deben guiarse por estos principios.

El principio de no maleficencia es considerado el más importante, y significa que cualquier acto médico debe pretender en primer lugar no hacer daño alguno, de manera directa o indirecta.

El principio de beneficencia está cercanamente relacionado, y se refiere a que los actos médicos deben tener la intención de producir un beneficio para la persona en quien se realiza el acto.

El principio de autonomía es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar.

El principio de justicia obliga a tratar a cada paciente como le corresponde; esto es, sin más ni menos atributos que los que su condición amerita. Este principio se encuentra detrás del ideal de tener servicios de salud de óptima calidad accesibles para toda la población de manera equitativa. También debe considerarse el principio de justicia en los costos de la atención a la salud.

En ocasiones durante la atención a la salud surge un conflicto ético, es decir, una situación en la que los valores de alguno de los actores involucrado no corresponden con los valores de otro y dificultan la toma de decisiones. En estos casos, la aplicación de los cuatro principios de la bioética es de utilidad para llegar a una solución.

La AP responde a hechos distintos a los vistos en la atención terciaria y por lo tanto compromete un mundo de valores también distinto. Éste es de mayor amplitud y complejidad porque se corresponde también con un universo más amplio y complejo, ya que incluye como parte de sí mismo, a más de al individuo y al sanitario, a la familia y al contexto cultural y social

Los valores de las personas en la AP

- Al sujeto hay que verlo, y más en la práctica de la APS, como un ser integrado al medio, en un contexto social y humano, y como elemento constitutivo de una estructura familiar y comunitaria, y una superestructura económica y cultural.
- Así la APS, que debe ser globalizadora y holística, maneja un mundo de valores diferente a otros niveles de atención sanitaria, en ella las consideraciones éticas abarcan el contexto de una matriz cultural y social.
- Existen características de la AP que obligan a desarrollar una reflexión bioética diferente: que es la puerta del sistema sanitario, que debe dar una atención centrada en la salud con compromiso con la persona, que debe tener una función educadora e insertarse en la atención familiar con responsabilidad comunitaria, para lograr una vida social y económicamente productiva con acciones que a menor coste obtengan mayor beneficio sanitario.

En cuanto al personal de enfermería

- Los profesionales de enfermería no sólo se relacionan directamente con el usuario, sino que también se incluyen en equipos de investigación y desarrollo de nuevas ideas científicas y tecnológicas; desde esta posición tienen el deber de comprender, aplicar y difundir los conceptos de ética y moral.
- Hoy en día, la bioética es el centro de preocupación de quienes trabajan con seres humanos, fomentando el cuidado integral del paciente y su familia con base en el respeto, la solidaridad y el amor.
- El personal de enfermería constituye la piedra angular del Sistema de Salud mediante su práctica profesional científica, humanística, espiritual y renovadora, que los perfila como profesionales idóneos y capaces de conmover al mundo con su testimonio de amor y servicio.
- La ética del cuidado enfatiza el valor de cada persona como ser único, que toma decisiones desde sus propios ideales, mitos y símbolos y desde su propia visión de la realidad; por lo tanto, la ética trata de alcanzar aquello que va más allá de los intereses particulares.
- El amor a la profesión, la responsabilidad, el humanismo y la honestidad constituyen valores esenciales, reguladores de la actuación de

un profesional competente, que se reflejan en cada persona de manera diferente en función de su historia individual, sus intereses y su capacidad.

- El personal de enfermería debe conocer el código de ética y utilizarlo como una herramienta de trabajo en la toma de decisiones, con la finalidad de actuar bien, a conciencia y en beneficio de quien recibe el servicio de enfermería.
- Es indispensable tener un sistema de valores y principios firme en el momento de adoptar una resolución razonable y ética: tener conciencia de lo que es valioso moralmente facilita el cumplimiento del deber.

Consentimiento informado y autonomía del paciente en atención primaria

El consentimiento informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Por lo que se refiere a Ávalos (61):

El consentimiento informado es la aceptación racional por parte de un paciente de una intervención médica o la elección entre cursos alternativos posibles. Esta intervención puede ser de orden terapéutica o diagnóstica. El concepto de decisiones autónomas va así más allá del cumplimiento de una norma jurídica sobre consentimiento informado, por lo que no debemos perder de vista el fundamento ético de esta necesaria relación entre el profesional de la salud y el paciente, en un ámbito de confianza personal, de información otorgada en forma honesta, sincera, verdadera, de manera de obtener el consentimiento de éste para un determinado tratamiento. (p. 1)

En el mismo orden de ideas es relevante menciona a Donoso (62). El cual menciona:

El consentimiento informado constituye el resultado tangible de esta nueva forma de relación clínica, en donde se plasman claramente los cuatro principios de la bioética principialista, a saber; autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia. Estos principios necesitan estar presentes, porque la toma de decisiones no quedará a merced exclusiva del paciente bajo la premisa de un modelo autonomista de relación clínica, sino que ahora aquellas necesitan ser tomadas conjuntamente por sus protagonistas, en donde, por un lado, el

paciente aportará sus preferencias y valores en base al ejercicio de su autonomía, en tanto el profesional la técnica y el conocimiento en busca de la beneficencia, y juntos determinarán el mejor actuar. (p. 98)

Todo ser humano tiene derecho a elegir cómo desarrollar su vida y tomar sus propias decisiones, incluso aunque estas no sean las más adecuadas. De ahí la importancia de respetar su autonomía.

Principio de autonomía

Se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales del ser humano, incluido el de autodeterminación. Se inspira en la máxima de "no hacer a los demás lo que no quieras que te hagan a ti", y, por lo tanto, en el respeto mutuo. En este principio se basan sobre todo la alianza terapéutica entre el médico y el paciente, y el consentimiento en las pruebas diagnósticas y en los tratamientos. Forma parte integral de la beneficencia y está a su servicio.

Este principio, fundamental y básico, supone: "Primero, el de considerar a cualquier miembro de la especie humana, de acuerdo con la conocida expresión kantiana, como un fin, jamás como un medio". Se considera miembro de la especie humana al individuo en cualquier momento de su desarrollo, y cualquiera que sea el grado de las cualidades propias de la especie. Segundo: "El derecho que todo miembro de la especie humana tiene a ser respetado como agente libre, aunque no en todo acto actúe como tal, y al deber que tenemos todos de respetar la autonomía de los demás en la determinación del curso de la acción de acuerdo con el proyecto elegido por el propio agente".

La autonomía puede ser considerada una facultad o condición sustantiva de la realidad humana; pero puede ser también vista, de modo más simple, como un acto, el acto de elección autónoma. Las acciones son autónomas cuando cumplen 3 condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo. De estas 3 condiciones del acto autónomo, una, la primera, no admite grados, en tanto que las otras 2 sí. La intencionalidad se tiene o no se tiene, de modo que los actos no pueden ser más que intencionales o no intencionales. El conocimiento, sin embargo, admite grados, y el control externo también. En consecuencia, parece que las acciones pueden ser más o menos autónomas, según una escala de grados.

Donde el principio de autonomía alude al derecho del paciente de decidir por sí mismo sobre los actos que se practicarán en su propio cuerpo y que afectarán de manera directa o indirecta su salud, su integridad y su vida.

El ejemplo máximo del respeto a la autonomía del paciente es el consen-

timiento informado, que significa que es necesario que el paciente otorgue su permiso para que cualquier acto médico sea practicado en su persona. La razón para esto es que todo acto médico puede tener efectos indeseables e impredecibles, y el paciente debe entender que al aceptar un acto médico está corriendo un riesgo razonable con la expectativa de obtener un beneficio.

Aunque, para que un paciente pueda autorizar un acto médico, debe contar con la información suficiente y necesaria, en términos que le sean claramente entendibles; por eso se llama consentimiento informado.

Así como el principio de autonomía es la toma de decisiones conjunta, y no significa que el paciente decida de manera absoluta, sino que la decisión final es el resultado de un diálogo entre médico y paciente en el que el primero actúa como orientador y facilitador, y el segundo aporta sus deseos, valores y expectativas. Un ejemplo más en el que el principio de autonomía juega un papel central es el secreto profesional. Toda la información que un paciente comparte con su médico es estrictamente confidencial y el médico no debe revelarla sin el permiso del paciente.

Confidencialidad

El deber de confidencialidad y secreto sigue siendo una condición de posibilidad de la existencia y continuidad de la relación entre médico y paciente, porque éste necesita narrar de un modo veraz su enfermedad y aquél debe escuchar este relato, manteniendo en reserva lo escuchado, para alcanzar la finalidad del curar y cuidar

Confidencialidad es el derecho de las personas a que aquellos que hayan entrado en conocimiento de datos íntimos suyos, no puedan revelarlos ni utilizarlos sin su autorización expresa,

Los profesionales de AP deben respetar el derecho a la intimidad y confidencialidad de los pacientes. Diversas normas obligan a ello, pero se debe hacer sobre todo porque permitirá gozar de su confianza y conseguir una mejor atención.

En primer lugar, es relevante señalar a Torregrosa (63), donde explica que podemos decir que la confidencialidad se basa en tres pilares:

- El primero es el derecho a la intimidad, comentado antes, y que es un derecho que el paciente puede preservar hasta donde él crea necesario.
- El segundo, el de la confianza. Los pacientes necesitan tenernos con-

fianza para explicar lo que les pasa. Los sanitarios somos confidentes necesarios y, por tanto, estamos obligados a guardar el secreto profesional.

- El tercero es la lealtad al paciente que nos debe obligar a respetar su intimidad y su autonomía.

En segundo lugar, es importante menciona a Delgado (64):

El secreto es un deber inherente a la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Se fundamenta en sólidos argumentos éticos y está recogido en todos los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias, constituyendo su incumplimiento un delito tipificado y duramente castigado por la ley, que reafirma el derecho de las personas a la intimidad y a la confidencialidad. Sin embargo, no constituye una obligación absoluta. Es posible (que no debido) revelar información confidencial sin contar con el consentimiento del interesado: por imperativo legal, en las enfermedades y acontecimientos de declaración obligatoria, y cuando existan razones fundadas para ello: para evitar un daño grave a terceras personas, al propio paciente o un peligro colectivo.

En el mismo orden de ideas encontramos a Delgado (65), el cual menciona que:

El principio de la confidencialidad hace referencia al derecho del paciente, y al deber que tiene el médico, de guardar silencio sobre todo aquello que conozca en el ejercicio de su profesión.

Este deber obliga al médico y a toda persona que, por su profesión (enfermeras, auxiliares, estudiantes, administrativos, celadores) o situación personal (cónyuges, hijos entre otros.), tengan conocimiento de materias objeto de secreto, siendo responsabilidad del médico que atiende al paciente que estas personas conozcan y cumplan su deber.

De igual manera para Delgado (64), el secreto médico es una obligación inquebrantable, excepto en determinadas situaciones que lo limitan como derecho de la persona:

1. Cuando hay consentimiento por parte del paciente.
2. Cuando revelarlo suponga un bien para el enfermo.
3. Cuando sea imprescindible para la protección de terceras personas.
4. Por imperativo legal.

Información clínica

Esta información sirve a muchos propósitos, aunque el principal sea la prestación de servicios médicos personales. Son frecuentes los conflictos relacionados con el uso de la información clínica por profesionales no directamente implicados en la asistencia del paciente, o para otros fines sanitarios y/o legales.

La historia clínica tiene como fin principal facilitar la asistencia sanitaria; es un instrumento destinado a garantizar una asistencia adecuada al paciente, razón por la cual comprenderá el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de que sea objeto, incorporando la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de su salud.

Pero, además, la historia clínica es la fuente de información necesaria para otros muchos fines para los que debe ser útil, entre los que se enumeran los judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, todos ellos legítimos y constitutivos de actuaciones fundamentales del Sistema Sanitario.

Los valores implicados son el derecho a la información de los familiares del paciente, el derecho del paciente a la confidencialidad y el derecho del médico a la reserva de sus anotaciones subjetivas.

La confidencialidad es un aspecto clave de la relación entre profesionales sanitarios y pacientes. Supone la cesión del paciente de una parte reservada de sí mismo y los principios éticos de autonomía y no maleficencia están íntimamente ligados con su preservación. También numerosas normas legales obligan al secreto profesional, imponiendo en algunos casos duras sanciones a menudo desconocidas.

Al ser la historia clínica el documento donde la relación con la paciente queda reflejada, requiere de una protección extraordinaria por la naturaleza especialmente sensible de la información en ella contenida. Es preceptivo para el profesional que la elabora conocer algunos aspectos básicos de las leyes fundamentales que la regulan en diferentes aspectos.

En el mismo orden de ideas es notable mencionar a Torregrosa (63), donde exhibe que a nivel internacional existen derechos, normas y convenios destinadas a proteger la confidencialidad de los datos relativos a la salud, de igual manera en cada país existen leyes, reglamento que amparan al paciente en este sentido

Entre ellas tenemos:

- El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo), de 19 de noviembre de 1996, (ratificado en octubre de 1999) (artículo 10.1).
- Declaración Universal sobre bioética y derechos humanos de 19 de octubre de 2005 (Artículo 9).

El deber de confidencialidad del equipo asistencial y de los profesionales sanitarios relacionados con el cuidado de la salud, se sustenta en unas bases morales que justifican la obligación del secreto y que tradicionalmente se basan en tres dimensiones:

- El paciente: implica respeto a su autonomía.
- El profesional: implica lealtad y la existencia de un marco de confianza en la relación asistencial.
- La ciudadanía: implica la confianza social en la discreción de la asistencia sanitaria.

El reconocimiento jurídico de los deberes de confidencialidad y secreto, tanto a nivel constitucional como legal de cada país, viene a dar respuesta a principios éticos consagrados en la deontología médica desde muy antiguo y a principios básicos de la bioética clínica. Estos deberes se transformaron en derecho positivo para resguardar el derecho a la intimidad y privacidad de las personas en el ámbito de la salud.

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Capítulo

IX

Gestión de la calidad y mejora continua en atención primaria



Introducción

La gestión de la calidad en atención primaria se refiere a la aplicación de programas para monitorear y mejorar y se intenta hacer cumplir la nueva manera de trabajo. La gestión de calidad es a través de la mejora continua; es un proceso sistemático en el que se evalúan los cuidados que proporcionan, se busca solucionar para mejorarlos y se intenta hacer cumplir la nueva manera de trabajar.

Indicadores de calidad en atención primaria médica y de enfermería

Es importante señalar a García (66), en el cual menciona que un indicador es una medida útil, fiable y aceptable a nivel profesional, para la evaluación de aspectos destacados de la atención sanitaria, fomentando la participación ciudadana y profesional, así como la mejora continua a través de la comparación y el aprendizaje de las buenas prácticas.

La utilización de indicadores permite instaurar un sistema para recopilar datos objetivos y significativos, desde la estructura, los procesos y los resultados, su análisis e interpretación y las maneras de incorporarlos dentro de un programa de mejoramiento de la calidad.

Donde se realiza el de monitorear, medir, controlar y mejorar continuamente la calidad de la atención médica para garantizar el desempeño de los servicios del sistema de salud.

Los indicadores son medidas configuradas según las características que se desean analizar y por esto existen infinidad de mediciones que se pueden determinar, según el foco de interés de cada estudio.

Características de un indicador:

Lo debe tener un indicador de calidad es su utilidad, es decir, su grado de adecuación para que puedan conseguirse acciones de mejora por parte de quienes están midiendo cuando se detecta un problema de calidad, además de la validez y de la fiabilidad. Esta característica va unida al nivel dentro de la estructura del sistema de salud.

Otros atributos de un indicador son especificidad, es decir, que mida sólo el fenómeno que se quiere medir; sensibilidad, que pueda medir los cambios en los fenómenos que se quieren medir; utilidad, que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes de las políticas de salud.

Tipos de indicadores:

Según Donabedian citada por Grañana (67), en salud los indicadores se pueden agrupar en:

- De proceso: miden la variación a través de la medición de actividades. Su importancia es que permiten identificar las desviaciones durante la prestación del servicio.
- De resultado: miden la conformidad o no del resultado del proceso, es decir, el servicio de salud con los requerimientos del paciente.
- De estructura: mide aspectos organizativos y de naturaleza estructural e incluye indicadores de arquitectura, recursos materiales y humanos.

Requisitos que deben cumplir los indicadores:

- Relevancia: sirve para conocer el fenómeno y lo representa adecuadamente.
- Precisión: la medición se desvía poco o nada del valor real.
- Sensibilidad: el indicador varía en consonancia con las variaciones producidas en el objeto que se estudia.
- Especificidad: es poco afectado por la acción de otras variables.

Forma de los indicadores:

Los indicadores pueden por su forma considerarse Simples o Complejos:

Los Simples son solo números, como por ejemplo series de tiempo y muestran tendencias históricas que nos sirven para tomar medidas a futuro en base al comportamiento de una variable analizada (por ejemplo: pacientes atendidos).

Otros son más complejos e indican proporciones calculados en base a cocientes entre un valor incluido en el numerador y otro en el denominador y pueden adoptar la forma de:

Razones: cuando los hechos incluidos en los dos términos del cociente son de diferente naturaleza. EJ: consulta/egresos.

Proporción: cuando el numerador está incluido en el denominador. EJ: Número de Rx. Con signos patológicos/Total Rx tomadas.

Tasa: Cuando el numerador contabiliza hechos de riesgo (muerte, enfermedad, accidentes, entre otros.) en relación a un denominador conformado por la población expuesta a ese riesgo, durante un período especificado (generalmente un año). EJ: Tasa de internaciones= Número de internaciones/total de beneficiarios.

Principales indicadores de calidad del personal médico

Prestar una atención clínica efectiva y eficiente

- Habilidades para resolver problemas indiferenciados dentro del contexto de una relación continua con los individuos y las familias.
- Habilidades preventivas para identificar los riesgos y detectar lo más pronto posible cualquier desviación de la normalidad en los pacientes que atiende.
- Habilidades para utilizar de forma eficaz el conocimiento de las relaciones interpersonales en el tratamiento de los pacientes.
- Habilidades terapéuticas para manejar adecuadamente la relación médico-paciente y optimizar la efectividad de todos los tipos de terapia.
- Habilidades para manejar y utilizar los recursos de la comunidad y el sistema de los servicios de salud en beneficio de los pacientes.
- La capacidad para dirigir e integrar el conocimiento y las habilidades de los diversos profesionales.
- Actitudes; una de las señas de identidad del médico de familia de nuestro tiempo es su compromiso con la salud de las personas
- Utiliza adecuadamente el tiempo en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, e identifica los procesos graves en los que se requiere una intervención rápida.
- Capacidad de establecer empatía y sentir compasión, con interés sincero en el paciente y su familia.
- Habilidad para tratar cómodamente los múltiples problemas que se manifiesten en el paciente, la familia y la comunidad.
- Habilidad para ayudar a los pacientes a enfrentarse a los problemas cotidianos, así como ayudarlos a mantener una postura homeostática en la familia y la comunidad.

- Habilidades necesarias para tratar las enfermedades crónicas, así como asegurar la rehabilitación máxima después de las enfermedades agudas.
- Capacidad de apreciar la compleja mezcla de elementos físicos, emocionales y sociales en la atención holística y personalizada del paciente.
- Un sentimiento de satisfacción personal por las relaciones estrechas con los pacientes que ocurren naturalmente, durante los largos períodos de tratamiento continuo, opuesto a la gratificación a corto plazo obtenida del tratamiento de enfermedades episódicas.
- Habilidad y compromiso para la educación de los pacientes y las familias sobre los procesos de enfermedad y los principios de gestión de salud.
- Dedicación; trabajar con vidas humanas no es un juego, por ello, tendrás que dedicar mucho tiempo.
- Vocación de servicio; implica una motivación profunda de apoyo hacia el enfermo y la sociedad, incluso, muchas veces, en condiciones no favorables, como la carencia de insumos o el uso de equipos obsoletos.
- Tolerancia ante situaciones de estrés; como médico se puede enfrentar a situaciones que alcanzan a volverse estresantes como una emergencia en plena guardia hospitalaria o una crisis del paciente durante una consulta. Por ello, es importante que desarrolles las habilidades de trabajo bajo presión, toma de decisiones, análisis y serenidad.
- Empatía; es una cualidad en la carrera y en la vida profesional de un médico. La empatía es importante para que seas capaz de conectar con los pacientes y generar confianza en ellos para que lo vean como un amigo a quien pueden contarle sus dolencias y consultar dudas sobre el tratamiento de su enfermedad.
- Inteligencia emocional; el personal médico con altos índices de inteligencia emocional y madurez tiene mayor optimismo y es más sensible a las emociones de los pacientes. Estas cualidades lo ayudan también para saber reaccionar frente a situaciones duras como el comunicar una enfermedad grave o la muerte de una persona.
- Buena comunicación; la comunicación asertiva y la escucha activa son cualidades fundamentales para conectar con los pacientes y lo-

grar una atención adecuada. Estas habilidades también son claves para las relaciones con el personal de salud y para encabezar equipos de trabajo o proyectos de investigación en salud.

- Trabajo en equipo; el trabajo de un doctor implica la colaboración de otros profesionales de la salud como las enfermeras y el personal técnico. Por ello, es muy importante trabajar en equipo para unir conocimientos y experiencias en beneficio de los pacientes.
- Responsabilidad; los doctores tienen muchas vidas bajo su cuidado, por ello, una de sus principales prioridades es procurar el bienestar de los pacientes y el de sus seres queridos. La tranquilidad y salud estarán en sus manos y del dependerá la recuperación y la prevención de sus enfermedades.
- Organización y planificación; ser disciplinado, organizado y aprender a gestionar correctamente el tiempo.
- Principales indicadores de calidad del personal de enfermería
- Responsabilidad en el ejercicio de su profesión tanto con los pacientes como con las demás personas
- Prestar una atención clínica efectiva y eficiente
- Trato digno; la mayoría de los pacientes ingresan a un hospital o centro asistencial en situación vulnerable, tanto en lo físico como en lo anímico. La labor del personal de asistencia debe ser, pues, contrarrestar en la medida de lo posible dicha situación y actuar hacia el paciente con respeto, interés y celeridad. En el trato digno también es indispensable la empatía de los enfermeros hacia las personas atendidas, lo cual contribuirá a aumentar la sensación de bienestar del enfermo. Dentro de esta categoría se incluye la posibilidad de que el paciente pueda elegir el médico de su preferencia.
- Información veraz; la esencia de las labores de enfermería radica en saber responder a la confianza que el paciente entrega a sus cuidadores. Esa confianza implica unos principios éticos, entre los que destaca la veracidad de la información que los profesionales de enfermería suministran. Es deber del personal mantener al tanto a los pacientes y sus familias sobre el estado de salud del enfermo y de su evolución. A la vez, debe saber transmitir la información correspondiente en cada caso. Un proceso de atención sanitario que no sea veraz perderá confianza y verosimilitud.

- Comunicación y coordinación; a la hora de la atención, el grupo de enfermeros debe estar coordinado y poner en práctica estrategias de comunicación eficaz. Los mensajes tienen que ser veraces y claros entre los miembros de un mismo turno y, por supuesto, entre un turno y otro. Entre más coordinado esté el personal, más será la confianza y el bienestar de los pacientes y sus familias. Estas estrategias deben vincular, además, al personal de ayuda y a los miembros de otros equipos auxiliares que intervienen en el cuidado.
- Prevención de caídas; las caídas entre los pacientes ingresados son más frecuentes que entre las personas mayores. Su situación de convalecencia les hace más vulnerables y propensas a este tipo de incidentes. Una de las labores indispensables del personal de enfermería es velar para que esto no ocurra y garantizar que el proceso de recuperación se desarrolle normalmente. En este punto también se deben tener en cuenta los factores ambientales (frío, calor, humedad), las características arquitectónicas de la unidad hospitalaria y las funciones que prestan el equipo humano y el mobiliario.
- Dedicación; trabajar con vidas humanas no es un juego.
- Vocación de servicio; Implica una motivación profunda de apoyo hacia el enfermo y la sociedad, incluso, muchas veces, en condiciones no favorables, como la carencia de insumos o el uso de equipos obsoletos. Sin embargo, nada será un obstáculo cuando tu misión en la vida es ayudar desinteresadamente a los demás.
- Tolerancia ante situaciones de estrés; como personal de la salud se enfrentará a situaciones que pueden volverse estresantes como una emergencia en plena guardia hospitalaria o una crisis del paciente durante una consulta. Por ello, es importante que demuestre habilidades de trabajo bajo presión, toma de decisiones, análisis y serenidad.
- Empatía; es una cualidad en la carrera y en la vida profesional de un médico. La empatía es importante para que seas capaz de conectar a sus pacientes y generar confianza en ellos para que lo vean como un amigo a quien pueden contarle sus dolencias y consultar dudas sobre el tratamiento de su enfermedad.
- Buena comunicación; la comunicación asertiva y la escucha activa son cualidades fundamentales para conectar con los pacientes y lograr una atención adecuada. Estas habilidades también son claves para las relaciones con el personal de salud y para encabezar equi-

pos de trabajo o proyectos de investigación en salud.

- Trabajo en equipo; la colaboración con otros profesionales de la salud como los médicos y el personal técnico.

Implementación de protocolos y guías clínicas en atención primaria

Los protocolos sanitarios son documentos de trabajo encaminados a facilitar la intervención clínica, proporcionar a los usuarios una atención de calidad y orientar la toma de decisiones correctas. Son directrices que ayudan a sistematizar los procesos asistenciales ante la variabilidad de indicaciones médicas en la práctica clínica.

Vera (68)

Los protocolos son instrumentos de aplicación, de orientación, eminentemente práctica, que pueden o no resumir los contenidos de una Guía de Práctica Clínica o Guía de Atención. Los protocolos de actuación contienen la secuencia de actividades que se deben desarrollar sobre grupos de pacientes con patologías determinadas en un segmento limitado o acortado del dispositivo asistencial. Definen el manejo del cuidado de los pacientes para situaciones o condiciones específicas. (p. 1)

Su justificación se apoya en la necesidad de normalizar la práctica clínica, definir derechos de usuarios de la sanidad, priorizar el manejo de ciertas patologías, optimizar recursos, entregar instrumentos para facilitar el diagnóstico, usar racionalmente los medicamentos y controlar patologías de interés en salud pública, entre otras.

Desde el punto de vista preventivo los protocolos son útiles porque facilitan el seguimiento de las personas expuestas a factores de riesgo ambiental, laboral, genético, familiar o de estilo de vida. Al mismo tiempo permiten el diagnóstico precoz y la identificación de signos o síntomas que pueden ser indicativos de daño. En lo metodológico, su construcción reposa en teoría de decisiones, valoración de pruebas diagnósticas, validación de instrumentos y pruebas de pilotaje.

Los protocolos médicos disminuyen la variabilidad entre observadores al momento del diagnóstico, lo que permite mejorar la precisión clínica, además de optimizar eficacia, eficiencia, oportunidad en la atención y participación de terapeutas y enfermos en las decisiones. También permiten la actualización médica continua en la medida que recogen los avances clínicos y terapéuticos.

Llamasa (69)

La protocolización, entendida como una metodología o como una técnica, precisa un aprendizaje y un entrenamiento práctico como cualquier otro aspecto de la medicina, sobre todo si se pretende que tenga una base científica. La enorme importancia de estos aspectos se explica porque al ser un protocolo una herramienta que se va a aplicar a la toma de decisiones clínicas en la consulta, y que por lo tanto se aplicará a los pacientes, si es una mala herramienta (mal diseñada) puede producir el efecto contrario al buscado (sistematizando decisiones inadecuadas y/o errores), o no utilizarse. (p. 94)

Fases de la construcción

El proceso de protocolización una vez definido el tema a protocolizar consta de las siguientes fases o pasos:

Estos pasos o fases los deberemos seguir, en ese mismo orden, si queremos contar con buenos protocolos.

1. Fase de preparación. Esta fase, o fase inicial, termina cuando se tiene una estructura definida y un cuerpo de conocimientos suficientes sobre el problema de salud que se va a protocolizar.
2. Fase de elaboración del documento. Consiste en dar forma de protocolo, es decir, en redactar un documento con todos los datos y conocimientos recogidos en la fase anterior. Termina cuando existe una redacción provisional del documento del protocolo.
3. Fase, o de análisis crítico. La discusión y el pilotaje del Protocolo: consiste en someter la estructura diseñada y la redacción obtenida en las fases anteriores a la discusión y crítica de los profesionales y usuarios a los que afectará su puesta en marcha. Tras recoger las sugerencias y modificaciones correspondientes termina con la elaboración del texto definitivo del documento del protocolo. En esta fase sería deseable pilotar el funcionamiento del protocolo antes de ponerlo en marcha de una forma generalizada.
4. Fase de difusión e implantación. La puesta en marcha: consiste en difundir el protocolo, ya terminado, a todo el personal implicado en el mismo. En este momento se debe fijar una fecha para la puesta en marcha del protocolo, fecha en la que termina esta fase.
5. Fase de evaluación. La evaluación del Protocolo (monitorización del cumplimiento): fija la periodicidad con la cual se comentará y analiza-

rá el cumplimiento del protocolo, para garantizar su utilidad. Esta fase no termina nunca.

Guía de Atención

Llamasa (70)

La elaboración de guías de práctica clínica (clinical practice guidelines) es una de las técnicas que se pueden utilizar para diseñar la calidad asistencial. Las guías de práctica clínica se pueden presentar en una amplia variedad de formas, tal como recoge la cita clásica del IOM4 en su «Appendix B», donde hay ejemplos de estas distintas formas de presentación y que incluyen: algoritmos, protocolos clínicos, etc. (p. 530)

Las Guías de Atención son un instrumento que contiene los lineamientos técnicos para la atención, orientan al personal de los servicios y se aplican a las personas que presentan un determinado problema o situación de salud, con un enfoque de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la red de Servicios de Salud

Aseguran la calidad de las intervenciones en salud y define la secuencia y el cuidado que se debe tener al proporcionar la atención.

Especifica los objetivos de intervención en cada fase de la historia natural de la enfermedad, conjugando la medicina basada en la evidencia y las dimensiones en la calidad de atención, sin reemplazar el juicio clínico del profesional.

La finalidad de una guía de atención, guías de práctica clínica o protocolos,

- Homologar el proceso de atención a las personas, mejorando la eficiencia y la toma oportuna de decisiones basado en evidencia científica.
- Definir la responsabilidad de cada uno de los miembros del personal de salud, según nivel de atención.
- Fortalecer la toma de decisiones por parte de las y los usuarios, dándoles oportunidad para que participen en su proceso de atención.
- Promover el respeto a los derechos humanos de las y los usuarios en el proceso de atención.
- Fortalecer la equidad en el proceso de atención mediante la utilización de los recursos de manera eficaz y eficiente.

- Sistematizar y simplificar y el registro de información del proceso de atención que facilite la evaluación de la misma.
- Generar indicadores para la evaluación del proceso de atención con base en estándares
- Fortalecer la práctica del personal de salud, como un respaldo, en la atención a las personas.

Las guías o los protocolos definen la atención o cuidado que ha de recibir el enfermo. Las vías definen cuándo, cómo y en qué secuencia se ha de proporcionar la atención o cuidado y además especifican los objetivos de cada fase.

La vía clínica es una herramienta de gestión clínica, destinada a facilitar la atención sistemática y multidisciplinaria del paciente y no reemplaza el juicio clínico del profesional, sino que lo complementa.

Vías clínicas: son planes asistenciales que se aplican a enfermos de una patología determinada, que presentan un curso clínico predecible. Las vías clínicas también se conocen como mapas de cuidados, guías prácticas, protocolos de atención, atención coordinada, vías de atención integrada, vías de atención, multidisciplinaria, programas de atención en colaboración, vías de alta anticipada, vías de atención o de gestión de casos clínicos.

Auditoría y retroalimentación en la mejora de la calidad de la atención

En primer lugar es importante señalar a Valenzuela (71), el cual define la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención: es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

La auditoría y la retroalimentación se utilizan a menudo en las organizaciones sanitarias para mejorar el desempeño de los profesionales y la calidad de la atención en salud.

La función de auditoría

- Identificación de problemas de calidad (procesos prioritarios) con base en el seguimiento a riesgos del sistema único de habilitación, la autoevaluación realizada frente a los estándares de acreditación, los indicadores y los eventos adversos trazadores del sistema de información para la calidad.

- Establecimiento de la meta respectiva: definición de la calidad esperada.
- Medición y seguimiento del desempeño de los procesos prioritarios: identificación de la calidad observada.
- Aplicación y seguimiento de Acciones de Mejoramiento consistentes, tendientes a disminuir la brecha entre la calidad esperada y la calidad observada.
- Aprendizaje organizacional para actualizar la planeación de la calidad en el proceso de mejoramiento continuo.

La auditoría y la retroalimentación

Se utilizaron para influir en el desempeño en diferentes áreas, incluyendo el uso apropiado de los tratamientos o las pruebas de laboratorio o la mejora del manejo general de los pacientes con enfermedades crónicas como la enfermedad cardíaca o la diabetes.

Después de medir el desempeño, a los profesionales sanitarios se les proporcionó retroalimentación, ya sea verbalmente, por escrito o de ambas formas.

El efecto de la auditoría y la retroalimentación sobre el comportamiento profesional y sobre los resultados de los pacientes varía desde un efecto pequeño o ningún efecto a un efecto significativo. La calidad de esta evidencia es moderada.

La auditoría y la retroalimentación pueden ser más efectivas cuando:

1. los profesionales sanitarios no tienen un buen desempeño inicial
2. la persona responsable de la auditoría y la retroalimentación es un supervisor o un colega
3. se proporciona más de una vez se proporciona verbalmente y por escrito
4. incluye objetivos claros y un plan de acción.

Además, el efecto de la auditoría y la retroalimentación puede estar influenciado por el tipo de comportamiento al que se dirige. No está claro si la auditoría y la retroalimentación son más eficaces cuando se combinan con otras intervenciones.

Principios que orientan la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en Salud

Promoción del Autocontrol

La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesarias para que los procesos en los cuales participa, se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, y para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

Enfoque Preventivo

La auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.

Confianza y Respeto

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar, implantar y mejorar los procesos de mejoramiento institucional, y en la aceptación de los compradores de servicios de salud, de la autonomía institucional dentro de los términos pactados.

Sencillez

Las acciones y mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.

Confiabilidad

Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.

Validez

Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

Definición de los criterios de evaluación y sus estándares en salud

- Basado en evidencias.
- Prioridad.
- Susceptible de ser medido.
- Apropiado a la realidad.

Estos análisis y evaluaciones críticas son indispensables para que los profesionales del sector salud puedan brindar servicios integrales acordes a los estándares de calidad. Los análisis son realizados en diferentes etapas:

- Planificación

Se determinan cuáles son las áreas que van a ser analizadas y las que presentan más falencias. Igualmente, se establecen los recursos que se necesitan para llevar a cabo la revisión junto con los objetivos planteados y los alcances deseados.

- Evaluación de la información encontrada

Luego de haber recolectado la información y los datos sobre cómo está la calidad en el servicio, los expertos realizan un informe para su posterior interpretación y comprensión.

- Conclusiones y recomendaciones

En última instancia, los profesionales encargados de las auditorías hacen la entrega del análisis y las evaluaciones para luego comentar y compartir las recomendaciones correspondientes con las áreas sobre los procesos que investigaron.

- Seguimiento

La auditoría en salud no solo brinda resultados y soluciones, esta hace un seguimiento constante para determinar si el centro médico ha implementado las recomendaciones y acciones dadas.

Es importante resaltar que, la auditoría en salud es una actividad para el control de la atención médica, además, es un proceso que permite la retroalimentación y el acompañamiento para la mejora constante de las instituciones.

En el mismo orden de ideas, es relevante señalar a Ávalos (72), la cual hace referencia a las Normas internacionales ISO5 9000. Establecen los requisitos que deben cumplir las organizaciones en su sistema de gestión de calidad. El objetivo de esta normatividad es gestionar los procesos y activida-

des de una organización mediante la mejora continua y el logro de la satisfacción del cliente.

Dentro de los puntos de aplicación de la norma ISO 9001:2000 sistemas de gestión de la calidad, se cuentan requisitos generales de documentación, responsabilidad de la dirección, planificación, responsabilidad, autoridad y comunicación, gestión de los recursos, realización del producto, procesos relacionados con el cliente, diseño y desarrollo, producción y prestación del servicio, control de los dispositivos de seguimiento, medición, análisis y mejora, seguimiento y medición, control del producto no conforme, análisis de datos y mejora continua.

La norma ISO 14001: 2004 proporciona a las organizaciones los elementos, estructura y organización de un sistema de gestión del medio ambiente. La norma ISO 15189:2003 señala los requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia de los laboratorios clínicos.

La especificación OHSAS6 18001:1999 establece los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. Las pautas de la norma IWA17 desde el 2001 contienen el plan y mejora del sistema de gestión de calidad para organizaciones de salud y se basan en la norma ISO 9004: 2000 derogada a partir de esa fecha.

Los requerimientos instituidos en las mencionadas normas pueden adaptarse a cualquier organización sea de salud o no, independientemente del nivel de complejidad de que se trate y pueden ser aplicables en el ámbito de servicio público o privado. Su utilización en las organizaciones no es obligatoria en ningún país del mundo.

Participación del paciente en la evaluación y mejora de la atención primaria

La participación genera salud en sí misma y, además, es esencial para la efectividad y sostenibilidad de las acciones de promoción de la salud.

Para la Organización Mundial de la Salud (73), El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, accesible y de calidad satisfactoria y por ello para un óptimo desarrollo del modelo de salud familiar con enfoque comunitario, se hace necesario reflexionar sobre la necesidad de integrar a los elementos de carácter técnico tradicionales en salud, aquellos de carácter subjetivos asociados a la satisfacción usuaria. (p. 1)

Los cambios en el modelo actual de la atención de Salud y la incorporación del modelo de salud familiar, han producido un cambio en la importancia

de la familia, de la comunidad y del individuo tanto en la promoción, como la protección de salud. Este cambio ha provocado una necesidad creciente de entregar atención de calidad, donde la opinión y percepción del usuario se hace fundamental.

En la evaluación de los servicios de atención primaria hay que utilizar una diversidad de fuentes de información, entre ellas las opiniones de los usuarios o de los pacientes.

El objetivo de las evaluaciones de la calidad en AP, es conocer la realidad para saber qué hacer para mejorarla. Es decir, una evaluación que ayude a diseñar las intervenciones factibles y realistas que conduzcan a elevar el nivel de calidad de la atención, optimizando los recursos de que disponen.

El paciente es una figura relevante en la evaluación de AP, ya que como el usuario puede activamente cambiar a médicos, equipos, centro u hospital, formular quejas y reclamaciones, actuar a través de asociaciones de usuarios y consumidores, y participar a través de los Consejos de Salud y órganos similares en la política de calidad de las instituciones concretas a las que se adscriban.

Todas estas formas de participación activa, el papel del usuario como reformador de la atención sanitaria.

El paciente como ente participe de la evaluación en AP contribuye a elevar la calidad de los servicios sanitarios, de igual manera es importante y metodológicamente diversa. Donde el objetivo es colaborar aportando ideas para mejorar la calidad del servicio.

En otro orden de ideas la participación del paciente y la comunidad sirven para conocer mejor los problemas sociales, permitiendo compartir con la población y construir caminos de superación. La gente pasa a ser, a través de este proceso, sujeto activo y protagonista de un proyecto de transformación de su entorno y realidad más inmediatos. Para ello, es fundamental que, al hacer el levantamiento diagnóstico, se cumpla con cuatro pasos fundamentales:

- Diagnóstico participativo
- Estudio de base participativo
- Seguimiento participativo
- Evaluación participativa

A continuación, se presentan algunas metodologías y técnicas que pueden ser aplicadas, con la finalidad de lograr un diagnóstico participativo e inclusivo.

Lluvia de ideas

Permite en forma flexible y abierta, recoger opiniones del paciente su familia y de la comunidad, las que podrán servir de base para un primer ordenamiento de los problemas o soluciones.

Sociogramas

Ayudan a identificar actores que pueden estar involucrados en los problemas o en las soluciones; también permiten identificar y caracterizar las relaciones entre los distintos actores y las posiciones de poder de quienes pueden apoyar u obstaculizar los acuerdos o los avances en la búsqueda e implementación de soluciones (afines, opuestos, diferentes, lejanos).

Árbol de problemas

Permite analizar los problemas considerando las causas (raíces del problema) y consecuencias (ramificaciones del problema).

Análisis FODA

Permite realizar un escrutinio interno y externo, identificando y analizando las fortalezas y debilidades del grupo de trabajo, así como también las amenazas externas y las oportunidades que influirán en la toma de decisiones o implementación de las soluciones.

Flujogramas

Permiten ordenar los problemas y sus relaciones con otros problemas, e identificar los que pueden transformarse en nudos críticos por mantener relaciones con un mayor número de problemas (causas y consecuencias).

Matrices de problemas

Permiten ordenar, de acuerdo a criterios de gravedad, urgencia, centralidad del problema en relación a otros, relación con necesidades más sentidas, entre otros. Con la finalidad de apoyar la gestión participativa.

En el mismo orden de ideas es importante señalar a Añel (74), la cual exhibe:

El espectro de la participación es tan amplio, desde la toma de decisiones compartidas hasta la presencia de pacientes en los consejos de dirección con capacidad de influir en las decisiones de gestión, pasando por la participación

en órganos consultivos, que a menudo no sabemos muy bien a qué nos referimos cuando hablamos de participación, o no nos referimos a lo mismo.

Si el paciente se siente capacitado, quiere participar y encuentra oportunidad para hacerlo, lo hará. Si con su actitud participativa obtiene un beneficio y la respuesta de los profesionales que le atienden es positiva, volverá a participar en futuras ocasiones, adquiriendo nuevos conocimientos y habilidades, y fortaleciendo las que ya tenía. Su participación será cada vez más efectiva y su nivel de empoderamiento cada vez mayor.

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Capítulo

X

Salud comunitaria y atención primaria



Introducción

La salud comunitaria es una disciplina que se centra en cómo mejorar la salud de las comunidades, a través de la prevención y la promoción de la salud. La atención primaria y la salud comunitaria están muy relacionadas, ya que ambas se centran en la promoción y prevención de la salud a nivel comunitario.

Promoción de la salud a nivel comunitario desde la atención primaria

En primer lugar, es importante mencionar a la Universidad nacional de entre ríos (75), la cual cita a la Carta de Ottawa:

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social. La Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva. (p.1)

Promover la salud es generar espacios de participación, trabajar en red, reforzar el papel de las comunidades y potenciar sus activos y capacidades para que puedan abogar por sus necesidades y perspectivas.

Además, para promover la salud es clave empoderar a las personas y las comunidades para que puedan ser involucradas de forma significativa en la toma de decisiones que afectan a su vida.

La atención primaria tiene estrechas relaciones con la promoción de salud, entendiendo por ésta la acción de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. La promoción de la salud es realizada por y con la gente y no le es impuesta; mejora la capacidad de los individuos para actuar y la capacidad de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los determinantes de la salud. Es por ello que la atención primaria lleva implícita la participación activa de los ciudadanos y sus organizaciones, de forma que la comunidad no es objeto pasivo de intervención sino sujeto activo en el cuidado y promoción de su salud.

Los conceptos de intervención y participación comunitaria se entrecruzan y relacionan estrechamente, complementándose mutuamente.

También a nivel local los equipos de Atención Primaria, mediante intervenciones de atención comunitaria, habrán de tener en cuenta las desigualdades en salud, identificando grupos de población más desfavorecidos y en exclusión social, buscando intervenciones eficaces y específicas dirigidas a ellos, buscando la equidad necesaria.

Es relevante señalar a Soler (76), donde cita a la Carta de Ottawa:

La Atención Primaria debe destinar mayores recursos y sus profesionales más esfuerzos para la promoción de la salud, procurando aumentar la capacitación y el acceso a la toma de decisiones de los ciudadanos y sus organizaciones para el cuidado de su salud y en las propuestas de mejora de los servicios sanitarios. Como horizonte de futuro debe favorecerse la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. (p. 4)

La orientación comunitaria de la AP plantea la corresponsabilidad por la salud de la comunidad con la que trabaja. Así mismo, conlleva el uso de las ciencias de la Salud Pública (SP) y estrategias basadas en la evidencia, y otros enfoques para empoderar y trabajar con la comunidad, de una manera culturalmente apropiada, para optimizar la salud y la calidad de vida de las personas que viven, trabajan o están en una comunidad.

Se puede fortalecer la orientación comunitaria en el trabajo de AP a tres niveles

Nivel individual y familiar: pasar consulta mirando a la calle.

Es el nivel de trabajo en la práctica asistencial habitual en las consultas y en los domicilios. En él se presta atención a las personas dando importancia a sus contextos, a las historias personales y familiares, a las relaciones y a los entornos, desde un modelo de determinantes sociales de la salud. Todas las personas que trabajan en AP, incluidas las unidades administrativas, pueden incorporar la orientación comunitaria de su práctica diaria en este nivel.

Nivel grupal: educación para la salud grupal trabajando sobre las causas de las causas».

En este nivel se trabaja con grupos promoviendo acciones educativas dirigidas a la comunidad, teniendo en cuenta las características de esta y las necesidades concretas de cada territorio. Con una visión holística de las personas, invitando a la reflexión y potenciando el desarrollo de habilidades que den respuesta a los problemas e intereses de las personas, teniendo en

cuenta los determinantes sociales de la salud, incorporando una perspectiva de equidad y buscando el fortalecimiento de los recursos personales a través de la acción grupal por medio del aprendizaje significativo y entre iguales y el fomento del autocuidado.

Este nivel se desarrollará por aquellas personas de los equipos de AP que trabajan con grupos.

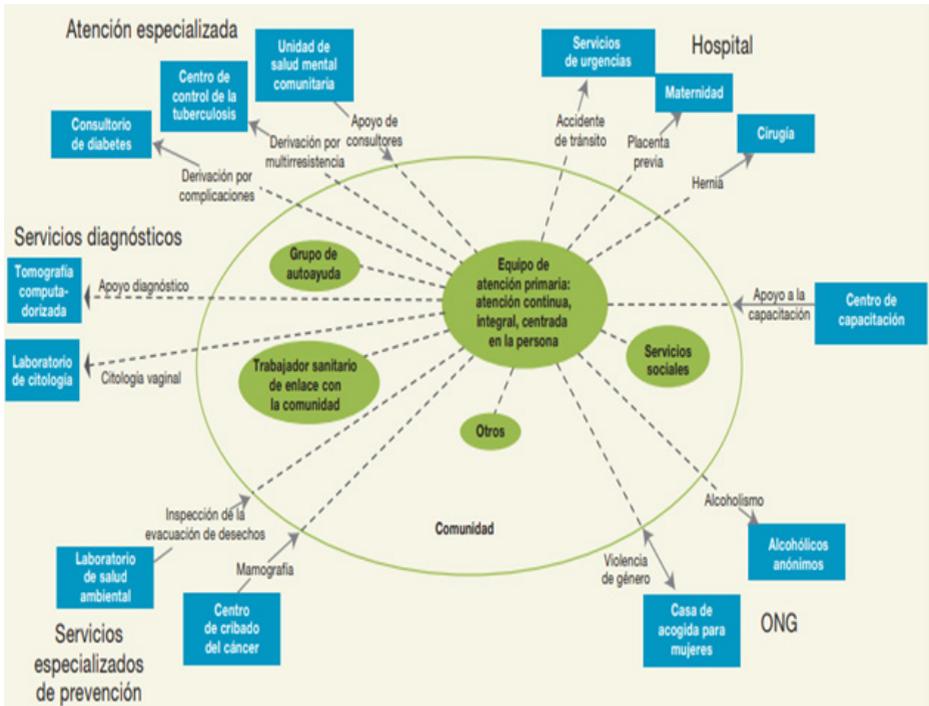
Nivel colectivo: Acción comunitaria en salud, «el centro de salud no es el único centro de salud».

En este nivel se trabaja, de forma intersectorial e interdisciplinaria, con numerosos agentes del territorio local que tienen un papel relevante para mejorar el bienestar de la comunidad. Se trata de que algunas personas del equipo de AP participen en un proceso de acción comunitaria/desarrollo comunitario.

La acción comunitaria tiene como alcance el conjunto de una población o comunidad definida, y como objetivo la mejora de los resultados en salud, entre los que merece un apartado concreto el bienestar, tratando de mejorar las condiciones de vida y la equidad. Para ello es fundamental la participación ciudadana, el trabajo intersectorial y multidisciplinar, e intervenir con perspectiva de equidad sobre los determinantes de la salud y la enfermedad.

La acción comunitaria tiene estrechas relaciones con la promoción de salud, y es la parte en la que la AP se incorpora a las áreas que esta propone: refuerzo de la acción comunitaria y participación colectiva, reorientación de servicios, abogacía, políticas saludables, generación de ambientes saludables y desarrollo de habilidades individuales o colectivas.

Ilustración 8. La atención primaria como centro de coordinación: creación de redes en la comunidad atendida y con asociados externos



Nota: Adaptado Güemes (77)

Participación de la comunidad en la planificación y entrega de servicios de atención primaria

La Organización Panamericana de la Salud citada por Reiner (78):

En la participación comunitaria intervienen las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir enfermedades y detener su avance. Este concepto fue definido en la conferencia de Alma Atá: “La participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario”. (p. 1)

La participación comunitaria en salud es el proceso en virtud del cual las personas, las familias y los colectivos asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo comunitario.

Se consideran como procesos de participación comunitaria aquellos en los que se alcanza como mínimo un nivel de decisión-acción conjunta, entendiéndose así que participar no es sólo recibir información, realizar una consulta o ser beneficiario de un programa, sino implicarse en el diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación.

Para establecer las mejores interrelaciones entre los servicios de salud a nivel local y las comunidades, se consideran los siguientes requisitos.

- a) Servicios básicos de salud.
- b) Equipo de salud participante.
- e) Respeto por la comunidad.
- d) Coordinación con organizaciones comunitarias.
- e) Coordinación con instituciones oficiales y privadas.
- f) Apoyo técnico y logístico.

Para la elaboración de una estrategia de participación se propone considerar los siguientes aspectos.

- a) Los individuos, familias y grupos comunitarios participan efectivamente sólo si son consultados e intervienen en sus propias decisiones.
- b) Se debe tener profunda fe en la capacidad de la comunidad para entender y abordar sus problemas de salud-enfermedad.
- c) Es indispensable el reconocimiento y respeto a los conocimientos del pueblo, a su dignidad humana y a sus potencialidades individuales.
- d) La comunidad debe recibir apoyo logístico y traspaso tecnológico simplificado.
- e) Deben emplearse modelos endógenos, autosuficientes y conforme a las tradiciones culturales y a la ecología local.
- f) Muy importante es la concientización para la creación de una conciencia crítica que permita descubrir factores causales, así como capacitarse en el ejercicio de la democracia participativa.
- g) Debe haber una intervención consciente y organizada de los propios afec-

tados en todas las fases del proceso de desarrollo.

h) Entre los objetivos de la participación está el conocimiento por parte de la población de las causas de sus propios problemas, así como la búsqueda de alternativas de solución.

i) La primera tarea para la puesta en práctica de una estrategia de participación comunitaria es ubicar las organizaciones comunitarias existentes, identificarlas y establecer contacto con ellas, para actuar así con efecto multiplicador y proyección social.

Espinosa (79)

Los mecanismos para fortalecer las comunidades se nutren siempre de los principios básicos de respeto por los valores, el conocimiento, la cultura y las decisiones de la comunidad. El aporte del liderazgo de la comunidad es esencial al proceso entero y no puede dejarse exclusivamente al personal técnico. (p. 50)

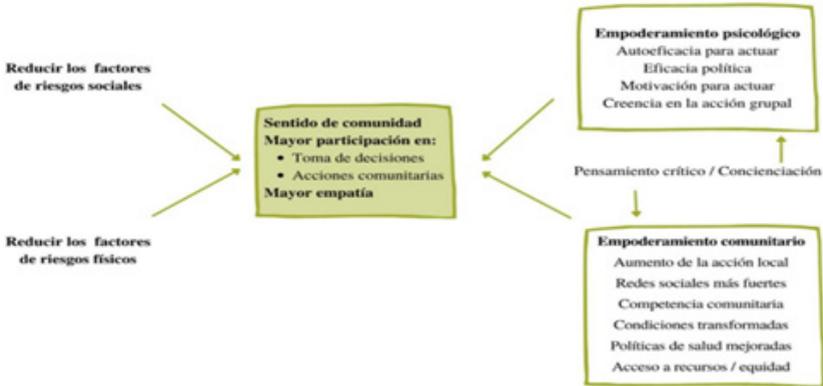
Empoderamiento en salud

Según la OMS citada por Arco (80), el empoderamiento en salud es un proceso social, cultural, psicológico o político que permite expresar a las personas, de manera individual o colectiva, sus necesidades o preocupaciones. De esta manera, cada individuo es protagonista en la toma de decisiones y acciones que afectan a su salud.

Los factores que envuelven y/o condicionan el empoderamiento en salud reducir los factores de riesgo a nivel social y físico, y, por el contrario, generar un empoderamiento psicológico (autocuidado, motivación, creencias de la comunidad, entre otros.) y un empoderamiento comunitario (aumentar las acciones locales, la competencia comunitaria, las políticas de salud, entre otros), a su vez generan un pensamiento crítico/concienciación en el individuo o población.

De esta manera, se consigue crear un sentimiento de comunidad, aumentar las acciones y la toma de decisiones, y aumentar la empatía, es decir, un mayor empoderamiento en salud.

Ilustración 9. Empoderamiento en Salud



Nota: Adaptado (80)

Empoderamiento comunitario

Montero citado por Arco (80), se trata de que cada sujeto de la organización o comunidad desarrolle sus capacidades, actúen de forma comprometida y consciente para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y objetivos, transformándose al mismo tiempo a sí mismos

Ilustración 10. Niveles o dimensiones del empoderamiento

Niveles	Proceso de empoderamiento	Resultados
INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de habilidades • para la toma de decisiones • Manejo de recursos • trabajar con los demás 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de control • Conciencia crítica • Comportamiento participativo
ORGANIZACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades en participar • en la toma de decisiones • Responsabilidades • Compartidas • Liderazgo compartid 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia efectiva en manejo de recursos • Redes de trabajo: coaliciones entre organizaciones • Influencia política
COMUNITARIO	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a recursos de la comunidad • Apertura de estructuras mediadoras • Tolerancia a la diversidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Coaliciones organizacionales • Liderazgo plural • Habilidades participativas de los residentes en la vida comunitaria

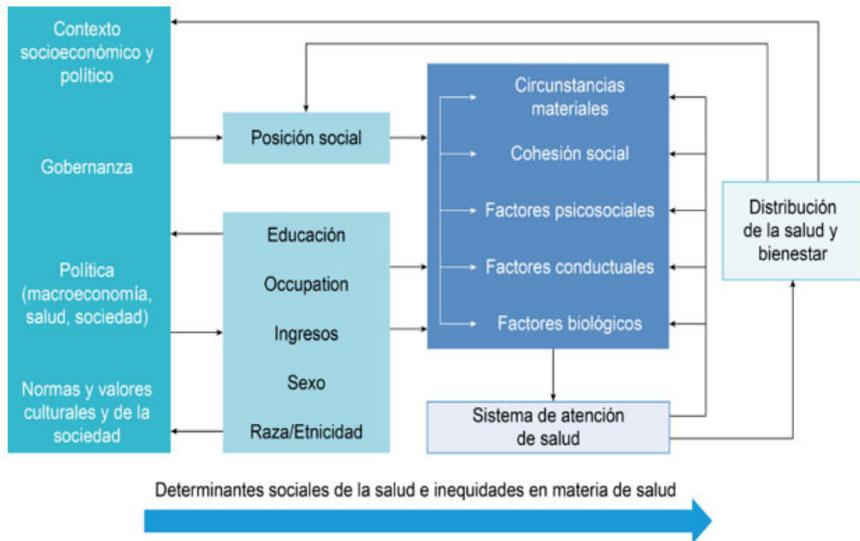
Nota: Adaptado (80)

Enfoque de determinantes sociales de la salud en atención primaria

La Organización Mundial de la Salud (81) Define los determinantes sociales de la salud (DSS) como

"las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad. (p. 1)

Ilustración 11. El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Nota: Adaptado OMS (81)

El sistema de salud es uno de los determinantes sociales de salud y aunque no es el más relevante, no debe desestimarse su potencial contribución a la reducción de las desigualdades sociales en la salud. Las características de la atención primaria de salud la hacen idónea para este objetivo. Una igualdad en el acceso a los servicios sanitarios, una atención proporcional a las necesidades y el trabajo conjunto con otros sectores pueden conseguir un efecto estimable en el camino hacia la equidad efectiva en salud.

Una de las características por las que Atención Primaria es fundamental dentro de un servicio de Salud es por su capacidad de acompañar a las personas y entender sus procesos de enfermedad desde los entornos donde viven, crecen, se relacionan, trabajan.

La mirada comunitaria es fundamental en el trabajo cotidiano de las profesionales de un Equipo de Atención Primaria. Esta mirada y visión global forma parte del trabajo del personal de medicina, enfermería, trabajo social, administración, fisioterapia, unidades de salud bucodental, entre otros.

Donde las enfermedades no surgen en cuerpos biológicos aislados del mundo, sino que aparecen en personas que viven en un contexto determinado: biográfico, cultural, social, económico.

Comprender este contexto es fundamental en el trabajo de Atención Primaria para entender los porqués de la aparición de algunas enfermedades y para entender la evolución y el pronóstico de todas ellas. La evolución y pronóstico de cualquier enfermedad, desde la más benigna, hasta la más grave, está íntimamente relacionada con ese “contexto”: ¿Qué condiciones de vida tenemos?, ¿quién y cómo nos cuidan?, ¿cuál es nuestra situación laboral?, ¿tenemos capacidad de cuidarnos?, ¿tenemos dificultades para llegar a fin de mes?

Es por eso que la Atención Primaria trabaja dentro de la comunidad y sin dejar de mirar a la comunidad. No solamente por la proximidad geográfica con los barrios y los pueblos donde trabajan los diferentes equipos de Atención Primaria sino por las herramientas de trabajo que manejan a diario las personas que forman parte de los equipos de nuestros centros de salud.

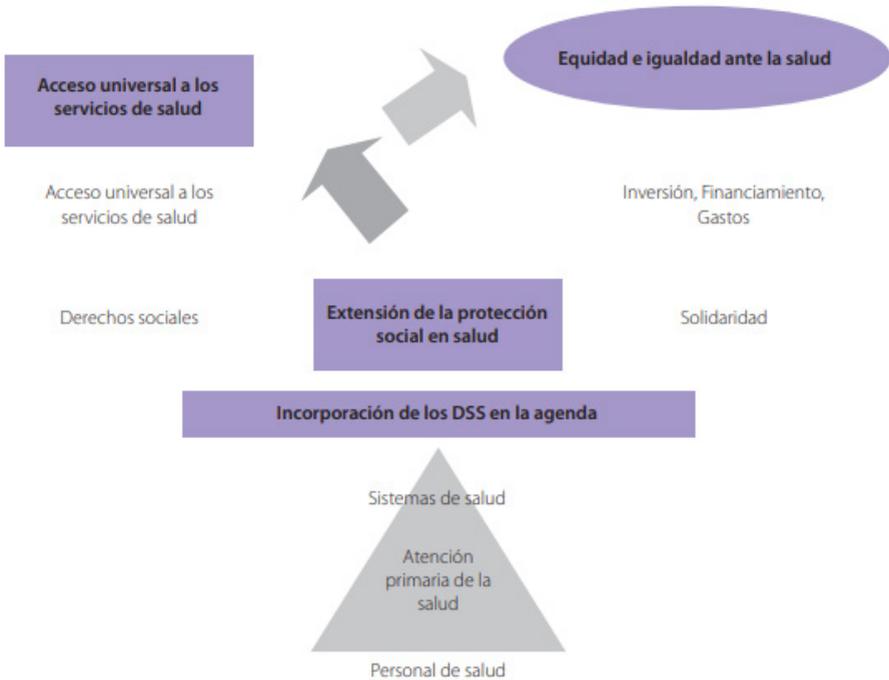
La equidad en salud

Es uno de los objetivos centrales de los sistemas de salud, lo que lleva a la necesidad de abordar los determinantes sociales de salud. Es importante precisar que la dimensión de equidad se centra en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios según necesidad sanitaria.

Este énfasis en la distribución equitativa de recursos y servicios de acuerdo a necesidad intenta enfrentar de manera justa los problemas de salud que surgen en la sociedad.

De modo que la equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente.”

Ilustración 12. La atención primaria a la salud y su importancia en los determinantes sociales de la salud



Nota: Adaptado OMS (81)

El abordaje de la salud desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud, o APS. Un concepto de atención fundamentado en un enfoque integral de la atención de la salud desde la prevención, diagnóstico y atención temprana, y de la integración de la persona, su círculo familiar y social, así como de los profesionales de la salud a disposición en su entorno sociodemográfico.

fico. En donde los factores sociales, como la pobreza, la exclusión social, la falta de educación y la discriminación, son factores determinantes del estado de salud de la población.

De igual manera los esfuerzos para mejorar la salud debían ir más allá de los servicios de atención médica y considerar muchos otros aspectos.

En el mismo orden de ideas es relevante señalara a Builes citado por Mesa (82):

Para avanzar hacia la acción política transformativa se requiere, más que descentralizar el poder administrativo para la toma de decisiones en salud, articular todos los actores sociales para lo cual es necesario contar con el compromiso real en la construcción de poder local; por tanto, los procesos participativos deben ser instituyentes y permitir el desarrollo de capacidades individuales y colectivas para la construcción autónoma de los proyectos valorados como positivos para la vida y la salud. La incursión en escenarios políticos es fundamental para el logro de transformación de la realidad de las comunidades a partir de lecturas políticas de los contextos y, así mismo, asumir posturas críticas y éticas que permitan involucrar a los diferentes actores, consolidando redes de apoyo que dinamicen las acciones concernientes a la APS encaminadas al bienestar general. (p.1)

Estrategias de prevención y control de enfermedades a nivel comunitario en atención primaria

La prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema de Salud.

La aplicación de la prevención de la enfermedad, permite según su nivel de intervención mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo.

En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente se emana desde los servicios de salud y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo de los individuos. La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad.

La Estrategia de Atención Primaria (APS)

Procura una transformación de la cultura, orientándola hacia el autocuidado y la garantía de acceso a los servicios, genera efectos favorables a la conservación de la salud, previene, minimiza o retarda las consecuencias del riesgo de enfermar y, como consecuencia, el impacto en los costos, por la reducción de la demanda de atención en niveles de mayor complejidad.

Para lograr este objetivo, la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), enfoca sus acciones en el individuo, la familia y la comunidad, atendiendo a la identificación temprana de riesgos, a las intervenciones oportunas, y recurriendo a recursos sociales a su alcance.

Favorece el acceso de las personas a los servicios, la continuidad de la atención y el fomento del autocuidado. También estimula los estilos de vida saludables, para evitar que las personas enfermen; retrasa la aparición de la enfermedad y la intensidad de la afectación si se presentaren las repeticiones de episodios; cambia el curso de la enfermedad que es detectada o de un padecimiento crónico.

Se establece la continuidad de la atención, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas, lo que facilita el seguimiento a los avances en los resultados de tratamientos, la detección temprana de cambios desfavorables que afecten su condición de salud, con la identificación de condiciones del ambiente y la dinámica familiar que representan riesgos y que puedan agravar su estado o que lleven a complicaciones evitables, lo cual favorece, además, la reducción de recaídas, la intensidad de las mismas, y, en muchos casos, el tiempo de espera, que implica el pago de cuotas o diferencias por parte del afiliado, por las atenciones de esos niveles más complejos.

Además, la atención estará enfocada en la prevención, lo cual implica que las personas serán más saludables, se enfermarán menos y reducirán sus gastos en salud.

Las estrategias de prevención de enfermedades pueden tener un impacto significativo en la salud de las personas y mejorar la calidad de vida de las comunidades y esto a la vez ahorrar recursos sanitarios a largo plazo. Un ejemplo común de estrategias de prevención de enfermedades en la comunidad es la promoción de una alimentación saludable, esto puede incluir campañas de concientización sobre la dieta, talleres de educación sobre nutrición y programas de subsidios de alimentos saludables.

Así mismo, en la prevención de enfermedades infecciosas en la comunidad, una jornada de vacunación es una estrategia clave para prevenir enfermedades como la polio, la hepatitis A y la influenza. Estas estrategias pueden ayudar a aumentar la productividad y disminuir el costo de la atención de la salud.

En este entorno comunitario, es muy importante la atención domiciliaria como estrategia, muy característica e inherente a la enfermería de familia y APS. Es fundamental reforzarla y protegerla para que las personas incluidas en los programas de atención domiciliaria que suelen ser vulnerables, con limitaciones de movilidad y con muchas patologías reciban la misma atención que si visitarán el centro de salud.

Para poder reforzarla, el personal debe tener tiempo suficiente reservado en sus agendas para tal fin y, además, se pueden sumar nuevas formas de consulta que se han desarrollado en los últimos tiempos, como son las visitas no presenciales o las video consultas o estrategias de autocontrol de algunos parámetros de determinadas patologías.

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Capítulo

XI

Salud mental en atención primaria



Introducción

El abordaje de la salud mental en atención primaria se basa en un enfoque comunitario que pone el énfasis en la promoción, la prevención, la participación social, la organización de servicios de salud, el enlace con otros servicios y la recuperación de las personas en su entorno. Propone una transición de la reclusión de las personas con problemas mentales en hospitales psiquiátricos, hacia una atención digna y de calidad en la comunidad. Esto es a lo que hace referencia al proceso de desinstitucionalización.

Detección temprana y manejo de trastornos de salud mental en atención primaria

En primer lugar es relevante mencionar a la Organización Panamericana de la Salud (83), la cual define:

La salud mental es más que la mera ausencia de problemas de salud mental. Es “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”. (p. 5)

La detección precoz de los trastornos de salud mental de los niños y adolescentes está por definición en la Atención Primaria de Salud, fundamentalmente en los pediatras y enfermeras de pediatría que tienen la ventaja de encontrarse en contacto frecuente con los niños y sus familias desde que nacen.

Dentro de la población general existen una serie de factores que se encuentran relacionados con la aparición, o con la ausencia, de patología: factores positivos, factores de protección y factores de riesgo, así como señales de alerta a las que tenemos que prestar atención.

Se llama factor de riesgo toda característica del niño/a y del adolescente o cualquier circunstancia de su entorno que comporte una mayor posibilidad de trastornos de salud mental que en población general. Los factores de riesgo son de tipo físico, psicológico y/o social.

Se entiende por señales de alerta aquel signo, síntoma o conjunto de manifestaciones que, si aparecen a determinada edad, han de hacer pensar inmediatamente en una posibilidad de trastorno psicopatológico.

El abordaje promocional de la salud mental en un modelo comunitario se efectúa a través de la Atención Primaria de la Salud. Tal como se describía ya

en el año 1978, en la Conferencia de ALMA ATA citada por Kiernan (84), “La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Los problemas de salud mental comunes pueden ser manejados desde la atención primaria. La integración de la salud mental es una estrategia clave que los países deben de incluir en sus programas de salud mental.

La línea de cuidado de la salud mental empieza en la atención primaria y es transversal a todas las redes para gestionar el acceso a la atención y cuidado de las personas con trastorno mental, en todas sus formas en cualquier etapa de la vida.

El abordaje de los trastornos de salud mental en el contexto de la atención primaria es fundamental, pues la atención primaria es la puerta de entrada de la gran mayoría de pacientes al sistema de salud.

Teniendo como estrategia un nuevo modelo de salud mental integral e integrado, accesible y de calidad, desde un enfoque de redes de servicios de salud, facilitado por la coordinación y referencia, el monitoreo y el apoyo desde el nivel especializado.

La asistencia integral y multidisciplinar, la accesibilidad y el seguimiento longitudinal que se establece con el paciente, atribuye a la atención primaria el escenario perfecto, para atender a una población, a la cual no tiene acceso la atención especializada.

Teniendo presente la promoción del bienestar, la prevención de los problemas de salud mental y el tratamiento integral y recuperación de las personas

Surgiendo las líneas estratégicas en AP, al incorporar, como uno de los principios básicos, una correcta atención a los problemas de salud mental. Se incluyen en ellos la promoción del bienestar mental y la desaparición de la discriminación, la estigmatización y la exclusión social de estos pacientes; además, la promoción de hábitos saludables, la prevención y el diagnóstico precoz de los problemas, el tratamiento temprano, y las intervenciones precisas para su mejor asistencia, para alcanzar la rehabilitación y recuperación, que permitan a la persona el desarrollo de una vida plena, productiva y creativa.

La rehabilitación y reinserción social en la comunidad son fundamentales para garantizar los derechos de las personas con trastorno mental. La inclusión social es la forma de superar la cultura de intervenciones asistencialistas, centradas en el hospital y generadoras de regímenes restrictivos que privan a las personas de sus derechos, de su autonomía, es decir, del ejercicio de ciudadanía.

Dotar a los equipos de atención primaria de infraestructuras y recursos humanos suficientes, asegurando formación continuada y soporte por parte de los servicios especializados, y así mismo trabajar en estrecha colaboración con éstos, son las claves para rentabilizar mejor los recursos sanitarios y proporcionar una atención asistencial de más calidad al usuario.

En el mismo orden de ideas es significativa señala a Ruata (85):

La atención primaria es un sitio ideal donde llevar a cabo estrategias de prevención primaria de muchas enfermedades, incluidas las mentales comunes. Muchas personas con riesgo de enfermedades mentales comunes van a ver a su médico/a de familia, y los centros de salud tienen asignada una determinada población que facilita las actividades comunitarias y la base poblacional de la prevención. Los/las profesionales de atención primaria tienen además la posibilidad de trabajar coordinados con el conjunto de los recursos comunitarios de su zona básica de salud y fomentar su uso (prescripción social). (p. 1)

Intervenciones psicosociales y terapia breve en atención primaria

La intervención psicosocial es un intento de generar una aproximación integral al ser humano y su funcionamiento, generada por una autoridad, no impuesta, sino más bien a partir de una asociación delegada, que busca producir intencionalmente un cambio con un efecto previsto.

La intervención psicosocial es una tarea de gran envergadura y gran responsabilidad social y científica. El especialista calificado para una intervención psicosocial es el psicólogo social.

- El conocimiento teórico de los aspectos psicológicos vinculados al proceso a intervenir.
- La consideración de los mecanismos de resistencia al cambio expuestos por el objeto de intervención.
- La selección oportuna de la estrategia y técnicas que se emplearán

en la intervención en función de:

- El diagnóstico del proceso a intervenir.
- Las particularidades en que se realizará la intervención, tanto en el nivel psicosocial (personal, interpersonal, grupal) y el ámbito (familiar, comunitario, institucional, social).

La intervención psicosocial consiste en la integración de ciertos conocimientos teóricos e investigativos, las necesidades particulares de la realidad a la cual se le busca dar respuesta o solución y una evaluación de la calidad de vida final. Durante este proceso deben agotarse los siguientes pasos o momentos:

- Definición del objeto
- Diagnóstico de la situación actual
- Establecimiento del tipo de cambio que se quiere lograr
- Relación de estrategias interventivas y técnicas a utilizar
- Definición del tiempo de duración
- Evaluación del resultado

Características de la intervención psicosocial

La realidad se comprende y es intervenida desde una perspectiva integralista, incorporando los diversos niveles de funcionamiento: cognitivo, emocional, conductual, relacional, identitaria, cultural.

El énfasis de la intervención se centra en:

Prevención de dificultades

Promoción de las capacidades individuales

Identificación de factores de riesgo y factores protectores individuales, característicos del entorno en el que se desenvuelve la persona.

El propósito de la intervención se orienta a:

Dignificación de la persona y de su condición de vida, sus necesidades y preservación de sus derechos y oportunidades.

Empoderamiento de la persona y las comunidades, es decir, se proporcionan las herramientas para que se vean éstas capaces de acceder a sus

propios recursos personales y sociales, de modo que puedan asumir la responsabilidad de la propia existencia, hacer frente a los desafíos que se les presenten y tomar las decisiones que competan.

Lograr la participación activa, protagónica, de las personas en su propio proceso, al descubrir las propias habilidades, capacidades y destrezas, el despliegue y desarrollo de estos recursos para alcanzar los propios fines vitales autonomía y libertad, en función de su realización personal.

Para ello, la intervención es enfocada no solo en la persona, sino además en sus procesos relacionales: familiares, comunitarios y sociales.

Cabe considerar por otra parte a Torales (86), el cual expone:

La mayoría de los pacientes con problemas psicosociales o trastornos mentales consulta primero con profesionales de atención primaria de la salud. Por ejemplo, los trastornos de ansiedad y los depresivos son muy prevalentes en la población general. Los pacientes afectados son tratados, con una frecuencia cada vez mayor, en instalaciones de atención primaria de la salud, mientras que la derivación a centros de atención más compleja queda reservada para casos más graves. Es por ello que el desarrollo de enfoques psicoterapéuticos válidos y ajustados a las características propias de la consulta en atención primaria, es una tarea que profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, médicos de familia) de todo el mundo están abordando. (p. 1)

De igual manera es relevante menciona a Dulmus citado por Hewitt (87), presenta sobre la terapia breve:

Se define como una estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los consultantes acerca de sus comportamientos problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto. Se considera como la intervención primaria para aquellas problemáticas psicológicas caracterizadas por ser específicas, tales como excesos o déficits conductuales concretos y dificultades emocionales causados por la incapacidad para la toma de decisiones. (p. 166)

La meta es ofrecer a los consultantes herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar los problemas subyacentes.

El terapeuta que quiera utilizar la terapia breve debe tener en cuenta los siguientes elementos que el permitirán identificar si su consultante es un buen candidato para este tipo de terapia:

- a. Evaluar en primera instancia la severidad del problema del consultan-

te (este tipo de terapias no son aconsejables para trastornos clínicamente significativos ni para personas que tienen varias patologías).

- b. Tomar decisiones acerca del objetivo de la terapia, el cual debe ser definido de manera específica.
- c. Establecer los límites de tiempo de la terapia.
- d. Explorar la disposición del consultante para el cambio.

Características de la terapia breve

1. Terapia de tiempo limitado y corta duración: máximo cinco sesiones de cuarenta y cinco a sesenta minutos.
2. La terapia breve se centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona. Si bien tiene en cuenta el pasado como dato referencial, enfatiza en el presente y se orienta hacia el futuro, donde realmente se va a desempeñar el individuo. El pasado es importante, pero es algo que ya pasó; es en el presente y en el futuro donde se pueden aplicar los cambios logrados.
3. La terapia breve pretende incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio. Los consultantes deben motivarse hacia el logro de diferentes metas, esto incrementa su sentido de autoeficacia. Las creencias acerca de la eficacia personal tienen un papel importante en el proceso de cambio comportamental. La finalidad es que los consultantes no solo logren controlar su ambiente, sino sentir el control de sus vidas, es decir, desarrollar un sentido de dominio personal o eficacia. Dicho control se inicia con la formulación de sus propias metas, que no son impuestas por el terapeuta, sino definidas y propuestas por el consultante. Una vez empieza a experimentar éxito en uno o dos aspectos de su vida, el consultante puede plantear expectativas de autoeficacia en otras áreas.
4. La terapia breve trabaja la cognición y la emoción para lograr el cambio. Se reconoce que las valoraciones, las expectativas y otros constructos cognitivos desempeñan un papel clave en la emoción; por tanto, se promueve la comprensión de la relación entre los procesos cognitivos y los problemas emocionales, pues está demostrado que los estados anímicos influyen sobre las percepciones que las personas tienen de sí mismas y de los demás.

5. La terapia breve tiene como objetivo la toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental. Se lleva al consultante a analizar los pros y los contras de su comportamiento, también las posibles formas de actuar para lograr las metas propuestas y los resultados planeados.

Estructura general de la terapia breve

1. Proporcionar retroalimentación sobre los posibles riesgos personales y sociales del comportamiento de la persona.
2. Enfatizar en la responsabilidad de la persona en su proceso de cambio.
3. Asesorar al consultante sobre su cambio de comportamiento.
4. Proveer al consultante una amplia gama de opciones de cambio.
5. Desarrollar una relación empática.
6. Fortalecer la autoeficacia en el consultante sobre su capacidad de cambio.

Mediadores del cambio en la terapia breve

Para que una persona tome la decisión de cambiar y efectivamente lleve a cabo esa decisión se requieren como mínimo dos condiciones:

- a. Expectativa de resultado
- b. Expectativa de eficacia.

Esto implica que el consultante considere que cambiar su comportamiento implica mayor refuerzo que mantenerlo y que será capaz de lograr dicho cambio.

Para conseguir estos dos elementos, el terapeuta que utiliza un modelo de terapia breve debe lograr que el consultante sea consciente de que su comportamiento es un problema por las consecuencias negativas que le genera a él y a su contexto social próximo y distal, así como la identificación de las habilidades que tiene para lograr un cambio efectivo en su comportamiento.

Lineamientos para el desarrollo de una terapia breve efectiva

Dos fases principales.

- La primera aborda el proceso motivacional y de toma de decisiones; en esta fase se usa principalmente la estrategia terapéutica de entrevista motivacional.
- La segunda fase aborda los procesos conductuales de autocontrol y de solución de problemas, los cuales están relacionados con la acción y el comportamiento manifiesto.

Entrevista motivacional como estrategia inicial de la terapia breve

La entrevista motivacional se soporta en una serie de principios fundamentales relacionados con la motivación para el cambio.

1. La motivación intrínseca, en la cual la capacidad para el cambio se encuentra en la persona y es poco susceptible de ser influida externamente.
2. La elección y el control propio, donde el sujeto se presenta más motivado si los objetivos del cambio son propuestos por él mismo.
3. La autoconvencimiento auditiva, se refiere a la mayor probabilidad de convencimiento y motivación que tienen las razones verbalizadas por el consultante; d) la percepción de autoeficacia, relacionada con el juicio que hace la persona sobre su capacidad de lograr el cambio.
4. La ambivalencia, en la que la persona se muestra indecisa acerca del cambio.
5. La intervención particular, tiene que ver con la necesidad de intervenir en la persona de acuerdo con la etapa motivacional en la que se encuentre.
6. La relación interpersonal, donde el consultante es abordado desde una aproximación empática.

Autocontrol y solución de problemas como estrategias finales de la terapia breve y registro del comportamiento:

- Proceso de auto observación

Un factor fundamental en la toma de conciencia sobre el comportamiento es el proceso de auto observación del mismo; en este proceso se le pide a la persona que realice registros sencillos del comportamiento en términos de frecuencia y/o intensidad. La autoobservación y el registro permiten construir una línea de base del comportamiento, dar retroalimentación directa al consultante y evaluar la efectividad del tratamiento.

- Establecimiento de metas:

Se trata de fijar en conjunto con el consultante metas realistas que puedan ser alcanzadas por él. Las metas son evaluadas y medir.

- Identificación de antecedentes y consecuentes:

Parte fundamental del control del comportamiento está mediado por los factores que lo anteceden (emociones, pensamientos, situaciones) y por lo que se recibe después (factores consecuentes). Identificar dichos factores es fundamental para que la persona entienda su propio comportamiento y pueda construir en conjunto con el terapeuta alternativas de solución que afecten los antecedentes o los consecuentes.

- Planeación del cambio:

En esta fase se construyen o se buscan alternativas relacionadas con los factores identificados previamente, tales como cambios cognitivos, emocionales, control de estímulos o cambios de contingencias.

- Toma de decisiones:

Este proceso puede observarse en varias etapas de la intervención breve: al inicio, cuando la persona toma la decisión de cambiar su comportamiento, un proceso propio de la resolución de la ambivalencia y, por tanto, un objetivo fundamental de la entrevista motivacional.

- Autoevaluación y autor refuerzo:

Una vez que estas alternativas son llevadas a la práctica, la persona debe evaluar su efectividad en términos de las consecuencias positivas y negativas

tanto para él como para el contexto en el cual se desarrolla. Si la valoración es positiva, la persona puede proponer alternativas de refuerzo (actividades o elementos); si es negativa, debe retroceder hasta la planeación del cambio para tomar otra alternativa posible y ponerla en práctica.

Coordinación con servicios de salud mental especializados desde atención primaria

La coordinación entre niveles asistenciales y la integración clínica es una condición indispensable para que la atención a la salud se organice de forma efectiva como un proceso integral con garantías de continuidad de la atención prestada a cada individuo. Para desarrollar una atención global en salud mental, con un mejor abordaje del paciente, permitiendo un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible, un aumento de su calidad de vida y adaptación a su entorno, se requiere una actuación complementaria y coordinada entre los Servicios de Salud Mental, Atención Primaria y los servicios sociales y recursos comunitarios, aplicando modelos de atención compartida y desarrollando estrategias de enlace entre los profesionales de los distintos niveles.

Donde esta coordinación debe servir para colaborar conjuntamente en beneficio del paciente. Para ello el profesional de atención primaria debe disponer de mecanismos fluidos de comunicación con los profesionales de salud mental y éstos deben mostrarse accesibles y facilitar, cuando el caso lo requiera, visitas preferentes en un plazo aceptable. Sirve también para orientar al profesional de atención primaria sobre estrategias prácticas de manejo de los casos expuestos y para decidir conjuntamente qué casos deben ser derivados.

El profesional de atención primaria espera de esta colaboración que los centros de salud mental proporcionen el seguimiento de los casos derivados y mantengan informado al profesional que lo ha derivado de la evolución de cada caso particular, mediante las vías que resulten más prácticas. No debe olvidarse que la responsabilidad general de los pacientes sigue siendo del médico de atención primaria, al que seguirán acudiendo por otros múltiples problemas de salud.

En un sistema de atención primaria el médico de familia y el pediatra deben de manejar fundamentalmente lo siguiente:

- Disponer de información actualizada del paciente que ha derivado. Es imprescindible que se utilice un mismo sistema de registro de la

información clínica o que se disponga de un documento clínico que informe de forma regular sobre la situación del paciente. No disponer de esta información de 1 de cada 3 pacientes es inaceptable.

- Las reuniones de interconsulta para discutir los casos que no se puede derivar requieren que el profesional de salud mental actúe con «agilidad» y sea resolutivo. Menos de una reunión al mes puede resultar inútil.
- Los programas formativos de salud mental deberían ser impartidos conjuntamente por profesionales de salud mental y de atención primaria. Esto ayudaría a conocer la realidad asistencial del otro y haría más fácil la comprensión mutua de ambos grupos de profesionales. Debería ser, además, un programa estructurado y práctico (que incluya casos clínicos reales). A partir de estas sesiones, podrían establecerse criterios de derivación. Sería deseable una sesión mensual.
- Deben establecerse vías de colaboración novedosas. Determinados pacientes pueden beneficiarse del tratamiento en sesiones grupales dirigidas por un profesional de atención primaria y uno de salud mental. En múltiples trastornos esta estrategia terapéutica se ha mostrado efectiva y útil para los pacientes, a la vez que optimiza el tiempo de dedicación y evita la medicalización innecesaria.
- Deberían incentivarse nuevos modelos de colaboración participativos. La presencia activa en una consulta compartida del profesional de atención primaria y el de salud mental, en determinado tipo de paciente, ha proporcionado satisfacción tanto para el usuario como para los profesionales.

Este acercamiento en los dos sentidos (del profesional de atención primaria hacia el de salud mental y del profesional de salud mental hacia el de atención primaria) es la única vía de colaboración posible.

En el mismo orden de ideas es notable menciona a Ferreras (88), el cual presenta:

El médico de familia constituye la puerta de entrada del paciente al sistema de salud. Por tanto, desempeña un papel fundamental para diagnosticar, prescribir y realizar interconsulta con especializada. Aproximadamente uno de cada cuatro pacientes que visita presentan una patología psiquiátrica, lo que implica una gran parte de su actividad diaria. Para cumplir con los estándares

de la atención primaria el médico debe asegurar una asistencia personalizada, integrada, continuada y permanente. Por eso, teniendo a favor la accesibilidad de los pacientes, es fundamental diagnosticar lo antes posible e iniciar un tratamiento correcto para aliviar los síntomas de este tipo de patologías psiquiátricas. Además, se debe realizar también un seguimiento al enfermo de forma constante, así como a los cuidadores de estos pacientes. En cualquier caso, debe existir una correcta coordinación entre atención primaria y especializada en Salud Mental. (p. 1)

Apoyo emocional y cuidado de la salud mental del personal médico y de enfermería en atención primaria

En primer lugar, es relevante señalar a Torres (89), donde expone:

El personal sanitario puede experimentar ansiedad intensa, incertidumbre, pérdidas de rutinas y tradiciones, estrés, fatiga por compasión, así como daño moral, quedando propensos a desencadenar alteraciones mentales como depresión, trastorno de estrés postraumático e incluso ideación suicida. Es prioritario detectar comportamientos indicativos de alteraciones en la salud mental para mitigar sus efectos, implementando estrategias con alto grado de calidad y apoyo que propicien crecimiento postraumático. Superada la pandemia, es recomendable monitorear a corto, mediano y largo plazo al personal de salud, para identificar y tratar adecuadamente el daño moral o alteración mental resultantes, ayudándoles a recuperar su confianza y seguridad antes tan natural, en el trato de sus pacientes. (p. 1)

Muchos son los retos a los que diariamente se enfrenta el personal de atención primaria, como la alta demanda de atención, viéndose muchas veces frente a situaciones que dificultan su trabajo, como el no contar con equipo o medicación suficiente, sumándose la incomodidad, alejamiento de la familia; además de estar expuestos a contraer enfermedades contagiosas como el COVID 19 y otras; requiriendo tratamiento y guardar cuarentena.

Esta situación lleva también a la posibilidad de exponer a sus familias, amigos y compañeros de trabajo, al riesgo de infección, tornándose en una situación difícil de manejar, generando en muchos casos angustia y estrés; reacciones que deben comprenderse como esperadas, ante situaciones difíciles, no siendo señal de que no pueda realizar su trabajo o de que sea débil.

Entre las condiciones de trabajo exigentes en el sector de la atención médica se encuentran las siguientes:

- Largas horas de trabajo
- Turnos rotativos e irregulares
- Trabajo físico y emocional intenso
- Exposición al sufrimiento humano y la muerte
- Mayor riesgo de exposición a enfermedades y violencia.

Esta situación puede afectar la salud mental del personal sanitario, ocasionando sentimientos como el miedo, pena, frustración, culpa, soledad y problemas relacionados con el sueño, apetito, agotamiento, entre otros que pueden generar ansiedad, depresión, desmotivación y desesperanza, condiciones que perjudican gravemente la realización de labores relacionadas al cuidado de la salud de las personas.

El atender su salud mental y su bienestar psicosocial en esos momentos es tan importante como cuidar su salud física.

Recomendándose adoptar estrategias de autoayuda como descansar y hacer pausas durante el trabajo o entre turnos, alimentarse saludablemente y en cantidad suficiente, realizar actividad física; evitando estrategias de respuesta inadecuada, como es el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.

Estrategias para la atención del personal de AP

Extender estrategias de prevención/ motivación e intervención en salud mental, con énfasis en el autocuidado del personal de AP.

Reforzar la difusión de estrategias comunicacionales para que todos los funcionarios estén al tanto de las instancias de intervención psicosocial y de talleres, para así facilitar el acceso, teniendo en cuenta que existen diferentes factores que han limitado al funcionario solicitar ayuda, barreras vinculadas a que tanto prestador como solicitante son parte de un mismo equipo de trabajo, generando inseguridad por parte de funcionarios al verse expuestos a que otro de su mismo entorno laboral se entere de si necesita ayuda.

Realizar Talleres, intervenciones individuales y grupales, cápsulas y acciones a ser implementadas por las jefaturas y en reuniones de equipo, las que aportarían a fomentar el cuidado de la salud mental en el personal de AP.

Crear y seguir potenciando la salud mental del personal de atención primaria y generando otras instancias de autocuidado que se mantengan en el tiempo.

Enfoques Integrados en

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Capítulo

XII

Aspectos económicos y financiación de la atención primaria



Introducción

La atención primaria está enfrentando retos económicos y financieros, ya que las necesidades de la población van aumentando, pero los recursos son limitados. Uno de los principales retos es financiar la atención primaria en una forma efectiva y eficiente, asegurando un acceso equitativo para todos.

Modelos de financiación de la atención primaria médica y de enfermería

Financiación significa origen de fondos. Los individuos son los financiadores últimos de la Sanidad, tanto por la vía de la financiación pública (impuestos, tasas y cotizaciones sociales) como por la vía de la financiación privada (seguros privados y pagos directos a proveedores). En estas líneas se abordan los tres aspectos que socialmente preocupan más acerca de la financiación de la sanidad: su déficit su composición (pública/privada) y su evolución previsible.

Modelo de financiamiento en salud

Financiación de la atención de la salud es la función de un sistema de la salud que se centra en la movilización, la acumulación y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individualmente o colectivamente, en el sistema de la salud.

Un modelo financiero es una abstracción a una situación económica y financiera de una empresa u organización que sirve como herramienta de gestión y permite proyectar los resultados futuros de las decisiones que se planean tomar en el presente.

Los sistemas de financiación deben diseñarse específicamente para proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios (incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación) de calidad suficiente para que sean eficaces; y para garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras.

Modelo de financiación estándar de cada distrito de Atención Primaria y nivel de eficiencia

Debe señalarse a Moreno (90), en su ejemplo de financiación estándar de cada distrito de Atención Primaria y nivel de eficiencia:

La financiación estándar para cada distrito de atención primaria, aparece determinada por el producto de su tarifa por el número total de TAE's que tienen adscritos el conjunto de médicos de familia y pediatras de los centros de salud y consultorios que componen el distrito.

La financiación estándar calculada para el ejercicio cerrado (n-1; siendo n el año en curso) permite por comparación con el gasto real del mismo año determinar el grado de eficiencia relativa con el que ha desarrollado su actividad en ese ejercicio. Al igual que ocurre con los hospitales la comparación entre el gasto óptimo esperado y el real de cada distrito posiciona a todos ellos en un nivel de eficiencia o ineficiencia relativa.

Un análisis detallado de las variaciones y su evolución, en el conjunto de distritos, permite documentar con rigor las decisiones de asignación ligadas a mejoras de eficiencia y el traslado de riesgo a los centros que tienen atribuida la organización y gestión de los servicios de atención primaria de salud.

Como en el caso de los hospitales con el cálculo del gasto estándar y el nivel de eficiencia de cada distrito (por comparación con el gasto realmente ocurrido) concluye la primera fase del modelo.

Áreas de Gestión Sanitaria

El Área Sanitaria constituye una modalidad asistencial que integra bajo una misma estructura organizativa y de gestión ambos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada. Mediante esta modalidad asistencial se presta atención sanitaria integrada a un área geográfica concreta. Desde el punto de vista de gestión existe un único órgano gestor, si bien los sistemas de información de actividad se mantienen separados y permiten conocer la actividad que se realiza en cada ámbito asistencial.

La financiación del Área es la suma de la que corresponda a cada nivel asistencial.

La parte que corresponde a Atención Primaria se financia por su estándar en función de sus tarjetas ajustadas por edad (TAE's), número de horas de Área. Continuada que oferta a la población y número de centros por 10.000 habitantes y para la financiación de la A. Especializada se trata como cualquier hospital; tarifa media ajustada por su índice de complejidad (tarifa propia) por población, considerando los flujos reales de pacientes.

En relación al gasto real con el que medir el nivel de eficiencia, se considera en Atención Primaria el gasto real igual al gasto estándar. Dado que presupuestariamente no es posible separar los gastos que se generan en uno u otro ámbito asistencial se acepta como gasto derivado de la A. Especializada la diferencia entre el gasto total realmente producido y el que le corresponde como gasto estándar (y real) a la parte de A. Primaria. De esta forma la eficiencia o ineficiencia recae solo sobre la parte especializada.

Esta metodología se aplica provisionalmente. En la medida que el modelo organizativo Área de Gestión Sanitaria se consolide, tal cual está previsto, y exista un número suficiente de áreas, la financiación pasará a ser la que le corresponda en función del nivel de eficiencia de los dos ámbitos asistenciales.

Para ello, se tomará como gasto real de referencia, con el que comparar el gasto estándar de Atención Primaria y Atención Especializada, el que resulta de la imputación de costes que realiza el

Área entre ambos niveles asistenciales en su contabilidad analítica (Coanhyd). Este sistema de información permitirá conocer de forma separada los consumos de cada nivel asistencial.

De esta manera, la eficiencia/ineficiencia será la que realmente corresponda a Atención Primaria y a Atención Especializada, y no recaerá solo en la parte hospitalaria. Esto permitirá dar a la financiación de las Áreas un tratamiento común con el resto de los Centros.

Una vez conocido el nivel de eficiencia de cada ámbito asistencial, la financiación del Área es la suma de la financiación que corresponde a cada nivel.

Las principales características del modelo de financiación desarrollado son:

- Prospectivo y capitativo. De acuerdo con el primer Plan de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud el modelo desarrollado permite financiar prospectivamente a los centros en función de la población que atienden.
- Reconoce los flujos reales de pacientes. Los sistemas de información que lo soportan permiten reconocer a cada centro la población que realmente atiende con independencia de la asignación que teóricamente exista de la misma.
- Permite contemplar las características particulares y estructurales de cada centro. Esto se reconoce en el ajuste de la tarifa media a la com-

plejidad de cada centro o a su oferta de servicio y en la consideración de su gasto histórico.

- Introduce mecanismos de competencia interna. Sitúa a los centros en una escala de eficiencia relativa con su propio estándar de gasto y con el resto de los centros.
- Estimula el control de costes ya que las desviaciones no previstas además de que no se consolidan sitúan al centro en peor nivel de eficiencia y por tanto con menos posibilidades de crecimiento en su financiación.
- Plantea objetivos de gasto razonables y posibles en tanto que no persigue grandes ahorros sino mantener o moderar los crecimientos del gasto facilitando los procesos de sustitución y/o ampliación de cartera de servicios.
- Exige un esfuerzo de control del gasto a todos los centros, pero mayor a aquellos que sistemáticamente se muestran ineficientes.

Eficiencia y sostenibilidad económica en la atención primaria

Es importante señalar a Salvador (91), el cual menciona:

La eficiencia clínica pasa por la maximización de la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios con los menores costes sociales posibles. El camino a la eficiencia social pasa por la efectividad clínica y eso parece estar íntimamente relacionado con el número y las características profesionales de la medicina de familia. (p. 52)

Una de las aproximaciones económicas a la sanidad consiste en el análisis de la producción y el consumo de bienes y servicios. La asignación eficiente de recursos dará lugar a una maximización de la cantidad y la calidad de la salud. Sin embargo, la medición de la eficiencia de las organizaciones sanitarias resulta compleja, dadas sus características de "multiproducto".

La eficiencia en el sector de la salud se estudia en tres dimensiones: por la eficiencia social, médica y económica. Eficiencia social: Se relaciona con el grado de satisfacción de la población por la equidad o igualdad de acceso a los servicios, su calidad y el mejoramiento del estado de salud individual y colectiva. Eficiencia médica. Se relaciona con una atención lo más temprana y oportuna posible.

La eficiencia no es sinónimo de altos niveles de resultados, aunque estos siempre la favorecerán sino, que refleja la mejor relación entre los resultados que se logran y los recursos que se consumen para ello. Por esta razón, en la búsqueda de la eficiencia no se debe perder de vista que lo más importante es la adecuada relación entre unos y otros.

Eficiencia económica. Se valora por el aprovechamiento racional u óptimo de los recursos.

Donde la búsqueda de la calidad, debe ser siempre más bien la búsqueda del mejor balance entre calidad y eficiencia.

La eficiencia es la mejor relación realmente obtenida como resultado de una cierta aplicación de medios medidos como gastos y la obtención de un efecto medido como resultado, esto significa que en un problema de salud se evalúan todas las posibles soluciones efectivas, se miden en términos de costos y resultados y resultará la eficiente aquella donde se logren los mayores beneficios en término de salud al menor costo.

Es conveniente mencionar a Florencio (92):

Los Centros de Atención Primaria pueden ser equiparables a organizaciones multiproducto en las cuales no se trata, en principio, ni de minimizar costes ni de maximizar beneficios dada su condición de servicio público y sin ánimo de lucro. Por el contrario, se busca la maximización de la eficiencia social entendida como la obtención del máximo de resultados con los recursos con que se cuenta, modulando esta eficiencia con el criterio "equidad", entendido como igualdad de servicios a igualdad de necesidades. (212)

Análisis de costos y beneficios de intervenciones en atención primaria

Definición de costo

Se puede definir Costo como la cantidad monetaria que se debe pagar para producir un producto bien o un servicio que a futuro le generara un beneficio. Desde el punto de vista del sector salud, podemos considerar los costos como las erogaciones de dinero que se utilizan para cubrir la atención en salud o la prestación de servicios de salud, los cuales están asociados directamente con la actividad principal del prestador de servicios.

Los análisis de costo-beneficio requieren que las consecuencias de la intervención a evaluar sean expresadas en términos monetarios, lo que permite al analista hacer comparaciones directas entre distintas alternativas por medio de la ganancia monetaria neta o razón de costo- beneficio.

Los estudios de costos son indispensables en salud, al igual que en cualquier industria, ya que permiten el control y la planificación de las entidades y de sus financiadores. Sus complejidades son mayores que los de la producción de manufacturas, por cierto, pero no por ello imposibles.

Es preciso afinar siempre las metodologías y declarar los supuestos para tener un juicio sobre la cercanía con la realidad, lo mismo que desarrollar sistemas de información que sigan a los pacientes y sistemas de contabilidad de costos para la valoración de los costos indirectos. Los estudios de costos para las prestaciones básicas deberían ser repetidos al menos cada dos años para tener una apreciación global del manejo financiero de un hospital o un sistema de atención primaria.

Además, junto con reconocer los costos reales hace falta adoptar mecanismos elementales para fomentar la eficiencia de la producción de los hospitales, como el modelo de pagos que usa los Grupos Relacionados por el Diagnóstico y sus valorizaciones para asignar recursos a los hospitales pagando por desempeño o su equivalente para la atención ambulatoria.

Aquí observamos igualmente la energía que otorgan los méritos de los profesionales entrenados en gestión y finanzas en desempeño en los establecimientos de salud.

Hay tres tipos principales

Evaluación de los costes totales, lo que supone calcular el costo de todos los componentes o insumos del programa (por ejemplo, recursos humanos y suministros médicos).

La evaluación de la productividad, que se basa en las “cantidades producidas”. El costo total se dividirá por los resultados del programa (por ejemplo, el número de pacientes tratados).

Estudio de coste-efectividad, que introduce un concepto cualitativo dividiendo el costo total por una medida del resultado del programa (por ejemplo, el número de pacientes curados).

El principio de compensación

Es la base teórica del análisis de costo-beneficio puesto que examina si una acción de política pública genera beneficios netos positivos, es decir, si los beneficios superan a los costos. Además de permitir analizar cuál es el valor que le asignaría una persona a su vida, y con este valor encontrar un valor comparable para identificar la demanda social de prevención o regulación de la mortalidad. Por otro lado, los sistemas de salud en el mundo tienden a tener una participación pública, esto lleva a la discusión sobre el bienestar entendido este como la financiación sobre cuáles son los proyectos que se deben producir en servicios de salud para ser financiados por el sistema.

Como no se puede responder permitiendo que cada individuo opte libremente en función de cuál sean su renta y la estructura de sus preferencias, el análisis de evaluación de eficiencia de las políticas públicas que usan metodologías de análisis costo beneficio intenta incluir las preferencias de las personas para aconsejar a las autoridades sanitarias sobre cuál es la mejor decisión.

Las herramientas del análisis costo-beneficio permite valorar las consecuencias de los programas sanitarios en unidades monetarias, permitiendo de este modo comparar directamente los diferenciales de costo y sus consecuencias. Para el análisis de la toma de decisiones sociales se plantean, los siguientes principios:

- 1) Es necesario medir el beneficio y el costo que produce para cada individuo una determinada decisión sobre la asignación de recursos, es decir, estos beneficios y costos deben ser un reflejo de las preferencias de los individuos.
- 2) Se debe establecer un criterio común que admita sumar los beneficios y los costos que diversas políticas suponen para diferentes individuos. En otras palabras, si medimos el beneficio usando la disposición a pagar se debe poder sumar todas las disposiciones a pagar de los diferentes individuos.
- 3) Los beneficios y perjuicios individuales pueden o no ponderarse por igual según las características de las personas afectadas,

Estas herramientas que utiliza el análisis costo beneficio al monetizar los beneficios y los costos de la atención en salud, permiten informar y tomar decisiones dentro de y entre los sectores de la economía. Al mismo tiempo, puede ayudar a informar sobre temas de eficiencia de asignación de recursos en temas de salud.

Asignación monetaria de los beneficios en salud

Para estimar la valoración tanto de los beneficios como los costos (outcomes) de salud existen 3 enfoques teóricos para su abordaje:

1. El denominado capital humano

Este enfoque asume que la realización de una política, programa o proyecto de salud debe ser entendida como una inversión en el capital humano de una persona y de una economía.

2. Las preferencias reveladas

Este enfoque se basa en las transacciones que evidencian las preferencias del individuo para aumentar o disminuir la salud o lesiones en el trabajo, es decir, los individuos expresan cuanto ingreso están dispuestos a cambiar para disminuir la probabilidad de riesgo de muerte.

3. Las preferencias declaradas, también conocido como disposición a pagar.

El enfoque de disposición a pagar usa métodos para construir escenarios hipotéticos sobre el programa que se busca evaluar, es decir, las personas asumen la existencia de un mercado para el programa, proyecto o política pública en salud y expresan lo máximo que estaría dispuesto a pagar para que se realizara y así medir las demandas del consumidor y la valoración de bienes sociales fuera del mercado

Políticas de salud y su impacto en la atención primaria

Las políticas sanitarias, también conocidas como políticas de salud, son un elemento clave que generan impactos en la salud y el bienestar social de todo un país. Estas políticas se enfocan en mantener a las personas de una nación seguras y saludables a través de leyes y políticas implementadas a nivel local, estatal y federal. Establecer políticas sanitarias informadas es imprescindible para mejorar la salud en todo un país.

Las políticas de salud, son protocolos sobre decisiones, objetivos y acciones que determinan cómo se administra y se accede a la atención médica.

Pueden incluir normas legales y de seguridad por estado o protocolos sobre cómo se brinda atención y medicamentos a los pacientes en un hospital específico. Por otro lado, las políticas de salud también se refieren a las políticas establecidas a nivel nacional, en términos de acceso a la salud, cobertura y costo.

Las políticas de salud son importantes porque ayudan a establecer pautas que benefician a la salud de la población, a los pacientes, a las organizaciones y a todo el sistema de atención médica. Contar con protocolos establecidos también puede ayudar a prevenir el error humano y la mala comunicación en cuanto a las decisiones médicas. Por otra parte, las políticas de salud pueden ayudar a prevenir enfermedades y a promover la salud.

Es significativo señala el aporte de The Lancet Global (93), relacionado con el financiamiento en la APS:

Invertir más en la APS para alcanzar las metas de desarrollo sustentable, brindar una cobertura médica universal y lidiar mejor con la próxima crisis sanitaria. h Aumentar el gasto público en salud

- Los Ministerios de Finanzas deben permitir la movilización de suficientes ingresos para financiar en forma adecuada la APS centrada en las personas, y cumplir con el compromiso de sus países de brindar una cobertura médica universal y con los múltiples parámetros de gastos que asumieron.
- Los donantes deben seguir ofreciendo asistencia para el desarrollo a los países de renta baja con el fin de asegurar una financiación suficiente en el área de salud.

Crear capacidad fiscal y una base imponible

- Los Ministerios de Finanzas deben impulsar una agenda impositiva ambiciosa, enfocados en aumentar la base imponible, ampliar los tipos de impuestos recaudados y en la capacidad de recaudación.
- Los ministros de Finanzas deben conjugar una mejor implementación de impuestos dirigidos a los ricos, con un claro beneficio en el gasto público.
- Los Ministerios de Salud también deben mejorar sus conocimientos en materia de recaudación de impuestos y movilización de recursos nacionales, para facilitar el diálogo con los Ministerios de Finanzas.

Asegurar fondos del presupuesto de salud para la APS

Los Ministerios de Salud deben:

- Liderar iniciativas para priorizar la APS, garantizar que se disponga

de suficientes recursos y promover mejoras en la financiación de la APS.

- Aclarar qué departamentos/unidades son responsables de la financiación y la prestación de los servicios de APS para garantizar la responsabilidad.
- Desarrollar los conocimientos técnicos necesarios para atraer una mayor financiación de la APS

Reducir las barreras financieras para acceder a la APS

- Cuando los gobiernos introduzcan nuevos planes para evitar que las familias paguen los gastos médicos, deberán empezar por cubrir la APS y priorizar la cobertura de las comunidades y personas más vulnerables y de bajos ingresos.
- Los Ministerios de Salud deben trabajar para eliminar los cargos y los pagos informales que se imponen a los usuarios; identificar qué recursos adicionales son necesarios para esta reforma; diseñar un plan que considere las necesidades de fortalecimiento del sistema de salud y reafirmar el apoyo a esta reforma junto con los encargados de implementarla.

Invertir mejor en la APS Proteger a las personas y promover la equidad asignando recursos de la APS según las necesidades médicas de la población y garantizar que los recursos adecuados lleguen a los proveedores de primera línea de la APS.

Garantizar que los recursos destinados a la APS lleguen a los proveedores de primera línea Los Ministerios de Salud y de Finanzas deben trabajar juntos para:

- Estimar los recursos necesarios asignados a la APS de acuerdo con evaluaciones precisas de las necesidades médicas de la población.
- Usar toda la variedad de herramientas de asignación de recursos durante las etapas de elaboración y ejecución de los presupuestos para hacer que las asignaciones a la APS sean visibles y proteger los recursos destinados a la APS para que lleguen a los proveedores de primera línea de la APS y a los pacientes.

- Invertir en las capacidades del sistema y fortalecerlas, incluida la capacidad de gestión presupuestaria del Ministerio de Salud y las prácticas contables eficaces.

Hacer de la equidad un principio rector para la asignación de recursos a la APS

- Las políticas de financiación de la APS deben basarse en el principio del universalismo progresivo, según el cual la asignación de los recursos prioriza la cobertura de las comunidades y personas más vulnerables y de bajos ingresos. Solo cuando se haya logrado una cobertura universal de la APS, se podrán ampliar los recursos mancomunados para cubrir otras prestaciones.
- En la fase de ejecución del presupuesto, utilizar una fórmula de asignación de recursos para mejorar la asignación de fondos a la APS y promover la equidad. Una fórmula simple per cápita, con ecualización del riesgo y el agregado de incentivos al desempeño y la calidad a medida que se desarrolla el sistema, puede promover la equidad mediante la cobertura universal de un paquete básico de servicios de atención primaria.

Avanzar hacia un modelo de pago mixto para la APS, enfocado en la capitación Los Ministerios de Salud deben:

- Tomar medidas graduales a fin de cambiar el sistema de pago a los proveedores por uno que combine la capitación con otros métodos de pago y, de este modo, conectar directamente la asignación de recursos con la población beneficiaria de la APS.
- Fortalecer los sistemas de respaldo a medida que los sistemas de pago se vuelven más sofisticados. Las funciones básicas de respaldo incluyen: sistemas informáticos, autonomía y capacidad de los proveedores, sistemas de gestión de las finanzas públicas y capacidad de los compradores.

Adoptar una estrategia técnica fundamentada en términos políticos.

Cada país debe trazar su propio camino de manera estratégica hacia una financiación de la APS centrada en las personas.

Las estrategias técnicas para transformar la financiación deben estar respaldadas por el análisis de la economía política. Visión clara para financiar la APS

- Los Ministerios de Salud deben articular una visión clara y a largo plazo para la financiación de la APS centrada en las personas, y permitir que aquellos que toman las decisiones diseñen un recorrido técnico estratégico e identifiquen qué compromiso político se necesita para que las partes interesadas apoyen el progreso.
- La visión del país debe implementarse diseñando una serie de medidas claras para seguir el rumbo trazado, mientras se prepara para aprovechar las oportunidades imprevistas y crear un margen de maniobra necesario para adaptarse a los cambios políticos y socioeconómicos, las crisis y otros impactos.

Tomar decisiones fundamentadas en términos políticos Los Ministerios de Salud y otros actores deben:

Desarrollar estrategias políticas para ampliar y mejorar la financiación centrada en las personas en respaldo de la APS, atender los intereses de los distintos actores y alinear el respaldo para las reformas de financiamiento sanitario.

Llevar a cabo un análisis de la economía política al inicio de cualquier proceso de reforma, con el fin de investigar y reconocer las condiciones políticas y socioeconómicas a nivel subnacional, nacional y mundial.

Invertir en desarrollar la capacidad de los empleados públicos, socios académicos y donantes para así hacer un análisis de la economía política.

Enfoques Integrados en
**ATENCIÓN PRIMARIA
DE LA SALUD**

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Capítulo

XIII

*Desafíos y oportunidades en
la atención primaria médica
y de enfermería*



Introducción

Uno de los principales desafíos de la atención primaria es que la demanda de servicio de salud va en aumento y la oferta de recursos es limitada. Además, hay una escasez de profesionales de la salud y una falta de conocimiento sobre cómo prevenir enfermedades y mantenerse saludables.

Escasez de recursos y carga de trabajo en la atención primaria

En primer lugar, es importante señalar a la Organización Panamericana de la Salud (94), donde se expone en el Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud:

En el mundo faltarán 12,9 millones de trabajadores de la salud en 2035. En la actualidad esa cifra se ubica en los 7,2 millones, indica un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzado hoy, y que advierte que, si no se aborda este problema, podría tener serias implicancias para la salud de millones de personas en todas las regiones del mundo. (p. 1)

Una de las principales preocupaciones en atención primaria es los escasos de recurso. Esto incluye escasos de personal de salud, falta de insumos médicos y equipos y de infraestructura.

Donde muchas regiones sufren una falta de personal de salud, especialmente en las áreas rurales. Esto se debe a varios factores como la falta de incentivos para el personal médico y de enfermería para trabajar en estas áreas, la falta de oportunidades de formación profesional y la dificultad de atraer personal de salud de otras regiones del país.

En el mismo orden de ideas, el trabajo de los profesionales de la salud es parte en el sector de servicios e implica una relación entre sujetos que son de la misma naturaleza, un trabajo cuyo resultado depende de la colaboración entre quien realiza y quien está siendo atendido. Además, como los trabajos desarrollados en otros sectores de la economía, es fuertemente influenciado por las condiciones específicas en las que se realiza, cómo se hace y en qué condiciones y relaciones laborales.

La manera de realizar el trabajo, así como la complejidad del ambiente de trabajo y las condiciones para su realización, interfiere con la calidad y seguridad de la asistencia, en todos los niveles de atención.

El equipo médico y de enfermería representa la mayor categoría entre los profesionales del área y desempeña un papel central en los servicios de salud

y en la garantía de la seguridad de los usuarios.

Las varias cargas de trabajo del cotidiano de los servicios, potencializadas por malas condiciones de trabajo, interfieren negativamente en el resultado y en la satisfacción y salud de estos profesionales.

Entre los principales elementos que aumentan las cargas están los problemas relacionados con las condiciones de trabajo, que tienen fuerte relación con la gestión. Entre ellos se encuentran: sobrecarga de trabajo; exceso de demanda; déficits en la infraestructura física; fallas de la red de atención; insatisfacción con los salarios considerados insuficientes y jornada laboral excesiva; escasez de recursos humanos y sobrecarga laboral causada por la realización de actividades administrativas.

Ilustración 13. Principales elementos que aumentan las cargas de trabajo



Nota: Adaptado: Pires (95)

Ilustración 14. Principales elementos que reducen la carga de trabajo



Nota: Adaptado: Pires (95)

La escasez de recursos es el principal déficit en AP en algunas regiones del mundo. La burocracia y tareas administrativas de todo tipo consumen gran parte de las consultas. No es cuestión solo de más presupuesto y recursos, sino también de organización y desburocratización para poder dedicar más a los pacientes.

Recomendaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud (94), en el Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud:

- Aumento del liderazgo político y técnico en los países para apoyar los esfuerzos de desarrollo de recursos humanos a largo plazo.
- Recopilación de datos fiables y el fortalecimiento de los recursos humanos para bases de datos de salud.
- Maximizar la función de los trabajadores de la salud de nivel medio y de agentes de salud comunitarios para que los servicios de salud de primera línea sean más accesible y aceptables.
- Retención del personal sanitario en los países donde los déficits son más agudos y mayores equilibrios en la distribución geográfica del personal de salud.

Proporcionar mecanismos para que la voz, derechos y responsabilidades de los trabajadores de la salud sean incluidos en el desarrollo e implementación de políticas y estrategias hacia la cobertura universal de la salud.

Equidad y acceso a la atención primaria en poblaciones vulnerables

En primer lugar, es relevante señalar a Urbanos (96); donde expone que la equidad sugiere que se necesitan reformas en una variedad de áreas: incluyen la definición de seguro, el reparto de costos entre aseguradores y asegurados, el reparto de poder entre la atención primaria y la atención especializada, la gobernanza clínica y la producción y difusión de información para apoyar la toma de decisiones. Realizado por profesionales y residentes. Además, debe prestarse especial atención a los grupos especialmente vulnerables.

En segundo lugar, es necesario menciona a Tamborero (97), el cual explica:

La inequidad puede ser horizontal (cuando las personas con las mismas necesidades no tienen acceso a los mismos recursos) o vertical (cuando individuos o grupos con mayores necesidades no cuentan con mayores recursos). A su vez, la equidad en salud puede abordarse desde 2 puntos de vista: la equidad en los resultados de salud y la equidad en la atención de la salud. La primera pretende que cada individuo pueda desarrollar su máximo potencial de salud, con independencia de su posición o características sociales, mientras que la equidad en la atención de salud intenta que toda la población tenga asegurada la posibilidad de acceder y utilizar bienes y servicios sanitarios de alta calidad, de acuerdo a sus necesidades. Por tanto, desde el punto de vista de las políticas públicas requiere que los recursos sean asignados según las necesidades, teniendo en cuenta que existen grupos sometidos a una mayor vulnerabilidad, sobre los que deben intensificarse ciertas actuaciones en el campo de la salud. (p.110)

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

La salud no es una mercancía, sino un bien de relevancia pública. Los sistemas públicos universales de salud, gratuitos, financiados por impuestos,

que tienen la atención primaria de salud como corazón de la red de atención, materializan el camino más eficaz y eficiente hacia la promoción de la equidad y la garantía del derecho universal a la salud, sin dejar a nadie atrás.

La salud es un derecho de todos y garantizarla es deber del Estado a través de políticas sociales y económicas integradas.

La atención primaria de salud es el corazón de los sistemas universales de salud.

En ellos, el reconocimiento del derecho universal implica la oferta de servicios de salud de acuerdo con las necesidades individuales y poblacionales. La integralidad de la atención es uno de sus principios: cada cual debe recibir atención según sus necesidades, no por mérito o nivel de ingresos.

La implementación de una atención primaria de salud abarcadora conlleva esquemas de gobernanza que incluyen acciones concertadas entre varios agentes con base en la determinación social de la salud. Incluye un conjunto de estrategias de intervención sanitaria que van más allá del sector de la salud y promueven enfoques multidisciplinarios, como la promoción de la salud, la vigilancia sanitaria, la salud ambiental, los derechos humanos y la equidad de acceso a la educación en salud, servicios de protección social y seguridad humana.

Es notable menciona a la Fundación Osvaldo Cruz (98), la cual menciona que en:

La propuesta de Declaración de Astana subraya la necesidad de compromiso con la salud y el bienestar social, recogidos en la definición de la Agenda 2030 y sus objetivos de desarrollo sostenible, con base en la cobertura sanitaria universal (CSU), que incluye a grupos marginados o vulnerables, evitando dificultades financieras para ellos. Se considera la atención primaria de salud en la declaración propuesta como la base necesaria para alcanzar la cobertura sanitaria universal, ya que es más efectiva, eficiente y equitativa. (p. 445)

Un sistema de salud pública universal basado en la atención primaria de salud integral es inseparable del desarrollo sostenible de una sociedad democrática. Es la forma más eficaz, justa y eficiente de garantizar el acceso a los servicios de salud y el derecho humano universal a la salud y superar las desigualdades sociales.

Innovaciones y avances tecnológicos en atención primaria

La atención primaria ha pasado de ser una inversión mínima frente a los hospitales y la atención especializada, a convertirse en una prioridad en la inversión de infraestructura tecnológica y formación de recursos humanos, alineados con el nuevo rol de la atención primaria como eje central de la atención a la salud de los ciudadanos de una comunidad o de un país.

Alfaro (99)

Las nuevas tecnologías y la importancia de su desarrollo en la atención primaria de salud se dibujan hoy de forma clara. La tecnología es importante en tanto en cuanto contribuye a resolver los problemas prácticos que aparecen cuando intentamos mejorar la atención al paciente. Bajo el epígrafe de «nuevas tecnologías de información y comunicación» en salud podemos encontrar muchas utilidades, pero nos centraremos en dos de sus exponentes más cualificados: la historia clínica electrónica e Internet, sin olvidar que más importante que las tecnologías es el fin para lo que se crean y se usan, y por supuesto las personas que las utilizan. (p. 107)

Internet es uno de los desarrollos tecnológicos más importantes en la historia de la humanidad. En medicina, Internet es una gran herramienta que simplifica el procesamiento de la información al tiempo que facilita una comunicación fluida y rápida. Desde el correo electrónico hasta las listas de correo y la World Wide Web, los servicios de Internet han brindado nuevas formas de procesar la información. Ha habido cambios significativos en el acceso a la información científica para la toma de decisiones, la educación continua, la comunicación entre profesionales y pacientes y la difusión de información de salud.

Por tanto, es exigente dotar al personal sanitario de una historia electrónica utilizable que pueda satisfacer sus necesidades de información relacionadas con la práctica clínica, valoración de la situación del paciente en el domicilio, fidelización al tratamiento, posibilidad de poner alarmas en la monitorización de constantes vitales, entre otros. Señalización, prescripción electrónica, telemedicina e información inmediata sobre posibles efectos secundarios para pacientes específicos.

La telemedicina es una herramienta que puede monitorear de forma remota a los pacientes e intercambiar información clínica para el monitoreo, tratamiento y diagnóstico de enfermedades. Puede ser síncrono (respuesta instantánea como videollamada o llamada telefónica) o asíncrono (correo electrónico o e-consulta) utilizando texto, voz, imagen o sonido.

Ilustración 15. Definición de telemedicina



Nota: Adaptado Vilar (100)

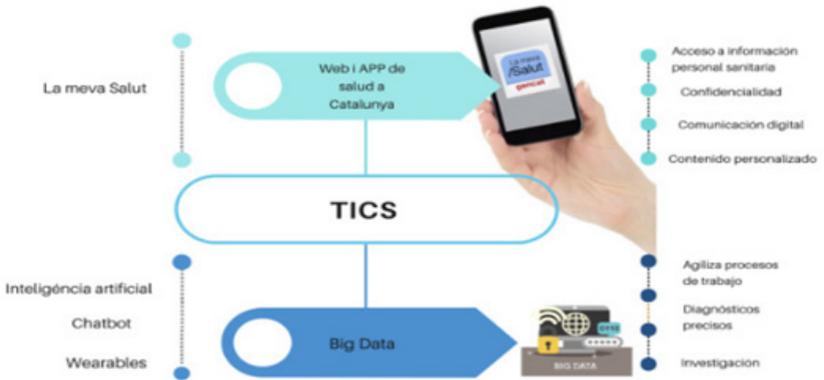
Ilustración 16. Esquema de evaluación del impacto del uso de la telemedicina en la atención primaria



Nota: Adaptado Vilar (100)

Las TIC pueden mejorar la disponibilidad y la calidad de los servicios médicos, aumentando así la eficiencia y la seguridad de la atención médica. La información de salud se almacena electrónicamente, lo que permite que la información se almacene, analice o recupere para diagnosticar, tratar o prevenir enfermedades mientras se reduce el riesgo de error. Además, puede mejorar el seguimiento del paciente, evitar la superposición de pruebas de diagnóstico y más. Por lo tanto, el impacto se puede medir en términos de mejoras en el diagnóstico, la gestión clínica, la continuidad de la atención y la atención centrada en el paciente.

Ilustración 17. Esquema resumen de las tecnologías digitales aplicables en la atención primaria



Nota: Adaptado Vilar (100)

El acceso oportuno a la tecnología en salud sin duda puede cambiar la vida de los pacientes, ya sea mediante el seguimiento continuo de enfermedades crónicas o el diagnóstico oportuno de enfermedades. Pero también contribuye al ecosistema de atención médica en general, ya que una atención primaria más receptiva tendrá un impacto positivo a nivel hospitalario, reduciendo su carga, reduciendo las listas de espera y permitiéndole enfocarse en servicios quirúrgicos patológicos y de alta complejidad. En resumen, se trata de hacer que la innovación funcione para las personas.

Promoción y defensa de la atención primaria en el sistema de salud

En primer lugar, es distinguido señalar a La Organización Mundial de la Salud (101):

Los Estados Miembros se han comprometido a renovar y ampliar la atención primaria de salud como piedra angular de un sistema de salud sostenible que permita lograr la CSU, los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud (ODS) y la seguridad sanitaria. La APS es el «motor programático» para lograr la CSU, los ODS relacionados con la salud y la seguridad sanitaria. Este compromiso ha sido formulado y reiterado en la Declaración de Astaná, la Resolución 72/2 de la Asamblea Mundial de la Salud, el Informe de seguimiento de la cobertura sanitaria universal 2019 y la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la CSU. La CSU, los ODS relacionados con la salud y los objetivos de seguridad sanitaria son ambiciosos pero alcanzables. Es necesario lograr avances urgentemente, y la APS proporciona los medios para hacerlo. (p. 1)

Los objetivos de la APS no se centran solamente en la curación y el diagnóstico de enfermedades, sino que también engloba la prevención, la promoción y la participación ciudadana, así como un abordaje multisectorial de la salud que se relaciona con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, un compromiso mundial que han firmado todos los países. Básicamente la APS pretende situar a las personas en el centro del sistema sanitario, y se basa en los valores de equidad, solidaridad y justicia social.

La APS comprende tres componentes interrelacionados y sinérgicos: servicios de salud coordinados y completos, en los que se incluyen, como piezas centrales, la atención primaria y funciones y bienes de salud pública; acciones y políticas multisectoriales en el ámbito de los determinantes de la salud más extendidos y de carácter general, y el establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento, para aumentar la participación social y mejorar la auto asistencia y la autosuficiencia en la salud.

En el mismo orden de ideas es distinguido menciona a Kiernan (102), el cual expone que la atención primaria en salud es la base del funcionamiento del sistema sanitario público. Por ello es necesario garantizar la accesibilidad y continuidad de la atención primaria, tal y como señalan las Conferencias de Alma Ata y Astaná. Bien organizada y con los recursos necesarios puede ser capaz de resolver el 90% de los problemas de salud de la población.

La Declaración final de la conferencia de Alma-Ata tenía 10 puntos principales, resumidos a continuación.

- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo,

que requiere de la acción de muchos sectores.

- La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable e involucra de manera común a todos los países.
- El desarrollo económico y social es esencial para poder alcanzar la salud para todos, y la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.
- Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria.
- Un objetivo principal de los gobiernos y la comunidad internacional debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud (APS) es la clave para conseguir este objetivo.
- La APS se basa en la práctica, en las pruebas científicas y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a través de la participación social, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Es el foco principal del sistema sanitario y su primer nivel de contacto, acercando el máximo posible la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan.
- La APS refleja las condiciones del país y de sus comunidades, y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad. Debería llevar a una mejora progresiva de la atención sanitaria para todos, dando prioridad a los más necesitados.
- Los gobiernos deberían formular políticas y planes de acción para establecer la APS como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Esto requiere del ejercicio de voluntades políticas, a fin de movilizar recursos internos y externos.
- La consecución de la salud, por la población de un país, afecta y beneficia directamente a cualquier otro país. Todos los países deberían cooperar para asegurar la APS en todo el mundo.
- Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000 mediante una utilización mejor de los recursos mundiales, gran parte de los cuales se gastan hoy día en conflictos militares.

La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y eficaz para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo... con el espíritu y contenido de esta Declaración.

Importancia de la Atención primaria

La AP se caracteriza por una serie de atributos o principios que la definen y que, a su vez, son el origen de su importancia. Clásicamente se describen cuatro: accesibilidad, longitudinalidad, integralidad o polivalencia, y papel de coordinación.

El primero de estos atributos, la accesibilidad, supone que la AP trata de ofrecer servicios sin barreras (geográficas, administrativas, monetarias, culturales y otras), por el profesional apropiado, garantizando el acceso a la asistencia sanitaria con cercanía y prontitud. No debe confundirse, sin embargo, con la inmediatez. La accesibilidad es un aspecto clave en la atención primaria, pero no está relacionada con que la asistencia haya de ser en el menor tiempo posible desde que se genera la demanda de la misma, sino que se relaciona con una asistencia adecuada en tiempo, forma y coste.

En segundo lugar, la AP se caracteriza por su longitudinalidad, siendo posiblemente ésta la característica más distintiva de la AP, al referirse a la continuidad en el tiempo de la relación entre el profesional y el paciente, en su medio y a lo largo de los distintos recorridos de su salud. Ello tiene un impacto directo en la consulta al mejorar el manejo de la incertidumbre y del tiempo.

En tercer lugar, la AP se caracteriza por su integralidad o polivalencia, que a su vez constituye el principal reto a que debe responder una AP de calidad. La enfermedad, los cuidados o las prácticas educativas y preventivas, siempre se concretan en personas que requieren ser asistidas como un todo biopsicosocial. En este sentido la AP tiene que dar respuesta a todas las demandas del paciente ya sea de forma directa en ese mismo momento, diferida en el tiempo o derivada (apoyándose en otros profesionales o servicios).

Finalmente, la AP tiene un importante papel de coordinación, es decir, este nivel asistencial debe ser la referencia para el paciente, coordinando los contactos o las decisiones del resto de profesionales con quienes precise tomar contacto (otras especialidades y niveles asistenciales, farmacia, trabajo social, entre otros.). El objetivo debe ser la integración de las diversas partes del sistema, evitando las contradicciones que puedan producirse.

Referencias



1. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria en Salud..
2. Guillén Fonseca M. Habilidades de comunicación en la relación médico-enfermera en la Atención Primaria de Salud..
3. Organización Panamericana de la Salud. OPS insta a ampliar el rol de las enfermeras en la atención primaria de salud. 10 de mayo de 2018..
4. Lucena MM. Función asistencial en Atención Primaria..
5. Rodrigo Henríquez Trujillo GSdH. La definición del perfil profesional del médico familiar en Ecuador: una tarea en proceso..
6. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud - Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS..
7. Corona Martínez LA. La toma de decisiones médicas en el contexto de la atención primaria. La trascendencia de un problema desde la perspectiva del médico general básico..
8. José Luis Mendoza García LRHAÁA. Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa Aplicabilidad en la Práctica de Enfermería..
9. Angélica Mosqueda Díaz SMPVJA. Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud..
10. Sara Mendoza VJSV. Investigación y Educación en Enfermería..
11. Antonio Moncada MSC. Toma de decisiones clínicas en atención primaria..
12. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC : OPS, 2013..
13. Organización Panamericana de la Salud. El modelo de cuidados crónicos..
14. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas..
15. Julio Vignolo MVCÁAS. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud..

16. Redondo Escalante P. Prevención de la enfermedad..
17. Alastrué Loscos I. Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria..
18. Myriam Leonor Torres Pérez LYPJNL. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS). 4 de Noviembre de 2022..
19. Organización Mundial de la Salud. Fortalecer la atención primaria de salud para hacer frente a la discriminación racial, promover servicios interculturales y reducir las desigualdades sanitarias..
20. Organización Mundial de la Salud..
21. Gaspar-Alberto Motta-Ramírez GMRPMJH. La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual..
22. Carlos Carvajal Guerrero ARP. Empatía y comunicación efectiva con el usuario..
23. Cecilia Sogi SZMCAD. Autonomía del paciente y toma de decisiones en salud: conocimiento en internos de medicina - 2010..
24. Mariela Barani KK. Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes..
25. García Rodríguez JF,RLGA. Holística y pensamiento complejo. Nuevas perspectivas metodológicas para el abordaje de la salud..
26. Zebiene E. Enfoque holístico o global..
27. Eumelia Ondina Terrero JLÁGJÁÁGAPCF. La orientación nutricional como elemento fundamental en la prevención y tratamiento de enfermedades..
28. Carmen Gomez candela ALdCB. Nutrición en Atención Primaria..
29. Gil Canalda I. Apuntes sobre Soporte Nutricional en Atención Primaria. 21 de junio de 2012..
30. Alegre M. Importancia de la nutrición en Atención Primaria. Riesgo nutricional y malnutrición..
31. Pérez SP. Soporte nutricional en la atención primaria de salud..
32. Sánchez Ruiz-Cabello J. Promoción de la actividad física. 05 de mayo de 2019..
33. Susan Rojas MQJLPB. Nivel de actividad física y factores de riesgo

cardiovascular en una comunidad rural del municipio San Diego, Carabobo, Venezuela..

34. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 9 de mayo de 2012..
35. Organización Mundial de la Salud. Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático. 3 de junio de 2022..
36. Francisco Buitrago Ramírez RCMLCBMdCFAJGCCMFJLTG. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018..
37. Organización Mundial de la Salud. Atención de la salud comunitaria, incluidas la divulgación y las campañas, en el contexto de la pandemia de COVID-19..
38. Redondo Escalante P. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención..
39. Eduardo Benjamin Puertas JMSGR. Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud. 2 de noviembre de 2020..
40. Flórez Lozano JA. EL DESARROLLO DE LA RELACIÓN“ENFERMERÍA-MÉDICO-PACIENTE. 10 de Febrero de 2014..
41. A. Arroyoa JAPGSJMAAFDCIOHHHSMRRCOA. Análisis de un programa de derivación directa entre atención primaria y especializada en pacientes potencialmente quirúrgicos..
42. Ana Delgado LSCCSCBLHPGCMAFJMVNGG. Derivaciones en los centros de salud de Andalucía según el sexo de profesionales y pacientes. Un análisis de género..
43. Páez Borda A, Redondo González E, Ríos González E, Linares Quevedo A, Sáenz Medina J, Castellón Vela I. Adecuación de las derivaciones desde Atención Primaria a un Servicio de Urología..
44. M.R. Valverde Jiménez MAHC. Modelo de gestión de casos e investigación..
45. Julio Alonso Arévalo JAMC. Aplicaciones móviles en salud: potencial, normativa de seguridad y regulación..

46. Salusplay. APLICACIONES MÓVILES DE SALUD APPs SANITARIAS..
47. Janet Núñez Marrero PRBBDÁFGMJSRCEMAIGLMdMGRMdRÁS. La vídeo-consulta en atención primaria de salud: una experiencia de implantación. 31 de enero de 2022..
48. Organización Panamericana de la Salud. Registros electrónicos de salud e interoperabilidad: dos conceptos fundamentales para mejorar la respuesta de salud pública ..
49. Iglesias Puzasa ACTPBELB. Registros electrónicos de salud. Nuevas tecnologías para proteger la privacidad del paciente..
50. Armiños G VLALCVSGAS. Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica..
51. Fernández Araquea AM. Competencias de las profesiones sanitarias..
52. Carme Nebot Adell CRERMBB. Desarrollo de competencias en atención primaria de salud..
53. Angelina Dois PBACMGSIM. Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. 24 de Septiembre de 2018..
54. Casado Vicent V. El período de formación en atención primaria en el nuevo programa de la especialidad..
55. Gutiérrez Samperio C. ¿Qué es la educación médica continua?.
56. Evimed. Educación Médica Continua. 6 de diciembre de 2010..
57. Kelly Karol Chafloque Barrios FDAHRMTMRYTFdPFC. Trabajo colaborativo para fortalecer la empatía como parte de la formación del profesional de salud. 14 de enero de 2022..
58. Betancourt V. Importancia de las relaciones interpersonales para el bienestar emocional..
59. Did Núñez JP. Principios bioéticos en la atención Primaria de Salud..
60. María Mercedes Hackspiel OLP. DILEMAS BIOÉTICOS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS EN LA PREVENCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS CIUDADES DE BOGOTÁ Y VALLEDUPAR, COLOMBIA1..
61. Nicolás Ávalos J. ASTM. Consentimiento informado: síntesis de teoría actual y recomendaciones..

62. Claudia Donoso S. SPZ. Principios Bioéticos Involucrados en el Consentimiento Informado..
63. Rafael Torregrosa PBVBMJBABC. INTIMIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO PROFESIONAL..
64. Delgado Marroquín MT. La confidencialidad y sus límites: repercusiones en el manejo de la información y documentación clínica..
65. Delgado Marroquín MT. Confidencialidad y secreto médico. 15 de abril de 2000..
66. García Vicentea S, Ramón Frías de R. ¿Qué indicadores de actividad de atención primaria se ofrecen en el Sistema Nacional de Salud? Comparación entre consejerías de salud?.
67. Graña A. SISTEMA DE INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD..
68. Vera Carrasco O. GUÍAS DE ATENCIÓN, GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN..
69. J. Saura Llamasa PSH. Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración..
70. J. Saura-Llamasa PSHJRRJGRJGC. Características de las guías clínicas de atención primaria que se asocian a una mayor calidad estructural..
71. Valenzuela Cazés A. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC) EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD..
72. Ávalos García MI. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas..
73. Organización Mundial de la Salud. Salud y los derechos humanos. 10 de diciembre de 2022..
74. Rosa María Añel Rodríguez CARMDMR. La participación del paciente en su seguridad..
75. Universidad nacional de Entre Ríos. Crecimiento y Desarrollo..
76. Soler Torroja M. Atención comunitaria y promoción de salud: la atención primaria en una encrucijada..
77. Güemes A. La participación social a través de la atención primaria en salud..

78. Lilien Reiner Hernández BACCCOM. La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud..
79. Espinosa Restrepo Hd. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud..
80. Arco Id. Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud..
81. Organización Mundial de la Salud. Reduciendo las Inequidades de Salud a través de Acción en los Determinantes Sociales de la Salud..
82. Olga L. Mesa Oliveros LDMFOH. Atención Primaria en Salud, un análisis desde los determinantes sociales de la salud..
83. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Una nueva agenda para la salud mental en las Américas..
84. Kiernan JP. Alma-Ata: 25 años después..
85. Ana Ruata Laclaustra MBVSBMABGAGMBRMF. Atención primaria: clave para diagnosticar trastornos mentales. 28 de febrero de 2023..
86. Julio Torales IBSC. ¿Es posible un abordaje psicoterapéutico en atención primaria de salud? 11 de octubre de 2017..
87. Nohelia Hewitt Ramírez CAGD. La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva..
88. José María Ferreras Amez RSDMPEVCSLMBVMdMYS. Evaluación de las derivaciones a un Centro de Salud Mental desde Atención Primaria..
89. Víctor Torres Muñoz JDFCLARVCGDB. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19..
90. Juan Manuel Moreno Ochoa ACADMFMDMMMS. MODELO DE FINANCIACIÓN CAPITATIVA DE HOSPITALES, DISTRITOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ÁREAS DE GESTIÓN SANITARIA..
91. Salvado Edgar L rTJM. Impacto Econômico da Medicina de Família nos Sistemas de..
92. García Latorre FJ, Marcuello Servos ,C, Serrano Peris GD, Urbina Pérez O. EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA. UNA APLICACIÓN DEL ANÁLISIS ENVOLVENTE DE DATOS..
93. The Lancet Global Health Commission on financing. FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD - CENTRADA EN LAS

PERSONAS..

94. Organización Panamericana de la Salud. La escasez de personal sanitario en el mundo alcanzará los 12.9 millones en las próximas décadas. 11 de noviembre de 2013..
95. Denise Elvira Pires de Pires RRMJSMdASASRGLLT. Cargas de trabajo de enfermería en la salud de la familia: implicaciones para el acceso universal..
96. Urbanos Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad..
97. Tamborero Cao G. Equidad en las consultas de atención primaria, la equidad de lo cotidiano..
98. Fundación Osvaldo Cruz. Atención primaria y sistemas universales de salud: compromiso indisociable y derecho..
99. Mercedes Alfaro JBRBEFSM. Nuevas tecnologías en atención primaria: personas, máquinas, historias y redes. Informe SESPAS 2012..
100. Mariona Vilar Pont MCSRNPBLPB. Impacto de la implementación de las nuevas tecnologías para innovar y transformar la atención primaria: la enfermera tecnológica..
101. La Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. 1 de abril de 2021..
102. Kiernan JP. Alma-Ata: 25 años después..

Enfoques Integrados en **ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad



Publicado en Ecuador
Julio 2023

Edición realizada desde el mes de febrero del 2023 hasta junio del año 2023, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 30, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman.
Portada: Collage de figuras representadas y citadas en el libro.

Enfoques Integrados en **ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

Perspectivas Médicas y de Enfermería para una Atención de Calidad

Autores Investigadores

Mg. Evelin Fernanda Velasco Acurio
Mg. Tannia Jacqueline Fiallos Mayorga
Mg. Beatriz Venegas Mera
Mg. Mery Susana Rodríguez Gamboa
Mg. Blanca Ofelia Pallango Espín
Mg. Rosario Elizabeth Abril Beltrán
Md. Estefania Abigail Benavides Tutillo
Md. Johana Natali Montaluisa Pilatasig
Mg. Juan Carlos Céspedes Cueva
Mg. Luis Felipe Chileno Camacho
Md. Daniel Enrique Torres Intriago
Md. Diego Armando Auqui Carangui

ISBN: 978-9942-622-66-2



9 789942 622662

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

