

BOLETIN OFICIAL

DE LA REPUBLICA ARGENTINA

SUPLEMENTO

BUENOS AIRES, MARTES 7 DE NOVIEMBRE DE 2000

AÑO CVIII

Nº 29.520

1ª LEGISLACION
Y AVISOS OFICIALES

Los documentos que aparecen en el BOLETIN OFICIAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA serán tenidos por auténticos y obligatorios por el efecto de esta publicación y por comunicados y suficientemente circulados dentro de todo el territorio nacional (Decreto Nº 659/1947)

MINISTERIO DE JUSTICIA
Y DERECHOS HUMANOS
DR. JORGE E. DE LA RUA
MINISTRO

DIRECCION NACIONAL DEL
REGISTRO OFICIAL
DR. RUBEN A. SOSA
DIRECTOR NACIONAL

Domicilio legal: Suipacha 767
1008 - Capital Federal

Tel. y Fax 4322-3788/3949/
3960/4055/4056/4164/4485

~ ~

<http://www.jus.gov.ar/servi/boletin/>

Sumario 1ª Sección
(Síntesis Legislativa)
y
3ª Sección

~ ~

e-mail: boletin@jus.gov.ar

Registro Nacional de la
Propiedad Intelectual
Nº 34.903



RESOLUCIONES

Ministerio de Salud

SALUD PUBLICA

Resolución 932/2000

Apruébanse la Norma de Organización y Funcionamiento y las Guías de Procedimientos, Diagnóstico y Tratamiento en Medicina del Dolor, las que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Bs. As., 18/10/2000

VISTO el Expediente Nº 1-2002-6435-00-0 del Registro del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que las políticas tienen por objetivo primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean éstos de carácter público estatal, no estatal o privados; con fuerte énfasis en el primer nivel de atención.

Que en el marco de las políticas del Ministerio de Salud de la Nación se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos Servicios.

Que en dichas acciones se encuentran la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y procedimientos de patologías y normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.

Que las citadas guías y normas se elaboran con la participación de Entidades Académicas, Universitarias y Científicas de profesionales asegurando de esa forma la participación de todas las áreas involucradas en el Sector Salud.

Que la DIRECCION DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD, ha coordinado el proceso de elaboración de la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO Y GUIAS DE PROCEDIMIENTOS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN MEDICINA DEL DOLOR, de acuerdo con la normativa vigente contando con la participación de FEDERACION ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACION; ASOCIACION ARGENTINA PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR; ASOCIACION DE ANESTESIOLOGIA DE BUENOS AIRES y FUNDACION PARA EL ESTUDIO, INVESTIGACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR.

Que la DIRECCION NACIONAL DE NORMATIZACION DE SERVICIOS ha prestado su consentimiento a la Guía o Norma antedicha.

Que la SUBSECRETARIA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA SALUD, COORDINADORA GENERAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, y la SECRETARIA DE ATENCION SANITARIA han tomado la intervención de su competencia y avalan su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se adopta en uso de las atribuciones contenidas por la "Ley de Ministerios T.O. 1992", modificada por Ley Nº 25.233.

Por ello:

EL MINISTRO
DE SALUD
RESUELVE:

Artículo 1º — Apruébanse la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO y las GUIAS DE PROCEDIMIENTOS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN MEDICINA DEL DOLOR, que como Anexo forman parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2º — Incorpóranse la NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO y las GUIAS DE PROCEDIMIENTOS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN MEDICINA DEL DOLOR, que se aprueban en el artículo precedente al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Art. 3º — Difúndase a través de la Coordinación General del Programa las citadas normas y guías, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación de las mismas en el marco de dicho Programa Nacional referido en el artículo 2º precedente.

Art. 4º — La norma y guías que se aprueban por la presente Resolución podrán ser objeto de observación por las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y por las Entidades Académicas, Universitarias, Científicas de Profesionales dentro del Plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial y en caso de no ser observadas entrarán en vigencia a los noventa (90) días de dicha publicación.

Art. 5º — En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación a las presentes norma y guías para su aplicación a nivel de la jurisdicción deberá comunicar a la COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA dicha adecuación, la que recién entrará en vigencia a los sesenta (60) días de su registro a nivel nacional a través del acto administrativo correspondiente.

Art. 6º — Agradecer a las entidades participantes FEDERACION ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACION; ASOCIACION ARGENTINA PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR; ASOCIACION DE ANESTESIOLOGIA DE BUENOS AIRES y FUNDACION PARA EL ESTUDIO, INVESTIGACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR, por la importante colaboración brindada a este Ministerio.

Art. 7º — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional de Registro Oficial y archívese. — Héctor J. Lombardo.

SUMARIO

| | Pág. | Pág. |
|---|------|--|
| SALUD PUBLICA | | |
| Resolución 932/2000-MS | | |
| Apruébanse la Norma de Organización y Funcionamiento y las Guías de Procedimientos, Diagnóstico y Tratamiento en Medicina del Dolor, las que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. | 1 | Resolución 939/2000-MS Apruébanse el Programa Médico Obligatorio para los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1º de la Ley Nº 23.660, el Catálogo de Prestaciones de dicho programa y las Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los Motivos de Consulta Prevalentes en la Atención Primaria de la Salud. 10 |

ANEXO

NORMAS DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO Y GUIAS DE PROCEDIMIENTOS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN MEDICINA DEL DOLOR

INTRODUCCION:

La Organización Mundial de la Salud, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, y la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos se han ocupado desde hace mucho tiempo de dictar pautas y de divulgar acerca de la necesidad del alivio del dolor. Así como el nacimiento de la anestesia hace ciento cincuenta años permitió el desarrollo de la cirugía moderna, la evolución de todos y cada uno de los estudios, técnicas y descubrimientos en relación al dolor, lograron otro gigantesco paso de la ciencia en no sólo permitir la cirugía sin dolor sino también la vida sin dolor. En este último cuarto de siglo la medicina mundial a través de sus organismos e instituciones se ha ocupado finalmente de la calidad de vida. Es oportuno recordar los versos del poeta médico Weir Mitchel quien en el cincuentenario de la primera anestesia, dijo, "no habrá una hora más feliz en el transcurso de los siglos que aquella en que un cerebro audaz con voluntad casi divina fue capaz de decretar la muerte del dolor"

En este contexto es verdaderamente una conducta inmoral del médico, o del área responsable del sistema de salud limitar, demorar o impedir, la gestión de un profesional capacitado en aliviar a un individuo sufriendo. En el ámbito del dolor perioperatorio, como en el dolor crónico cuando no existe un tratamiento curativo destinado a erradicar la causa determinante del dolor y a través de ella el mismo dolor y cuando éste no cumple ninguna finalidad fisiológica, es injustificable que todos y cada uno de los referentes de la cadena de cuidados del paciente no dispongan de los medios consensuados y reconocidos mundialmente destinados a eliminar o atenuar el dolor y todos los efectos del que emanen.

En términos de costo-beneficio ha sido claramente demostrado que es antieconómico no organizar y ofrecer este tipo de servicios especializados. En el contexto de la medicina perioperatoria se han modificado sensiblemente indicadores como el tiempo de internación total, el consumo de analgésicos no reglados, el tiempo de internación en área crítica y el número de complicaciones directamente vinculadas a la inactividad de los pacientes por dolor postoperatorio. En el contexto del dolor crónico se ha disminuido el peregrinar de los pacientes generando numerosas consultas, estudios y tratamientos de prueba sin encontrar alivio al no estar dirigidos de un modo específico y organizado.

1. Alcances de las Normas

1.1 Estas normas se aplican a cualquier paciente que padece dolor agudo en el contexto del perioperatorio de cualquier intervención que por el solo hecho de provocar una lesión tisular pone en marcha mecanismos de dolor bien identificados en nuestros días. También deben ser aplicadas en el ámbito de Salas de Parto, Centros de Quemados, Salas de Trauma y asistencia en Emergencias médicas o quirúrgicas con las especificaciones consideradas en el desarrollo de las mismas.

1.2 Estas normas se aplican a cualquier paciente que padece dolor crónico de cualquier origen, dentro de las pautas metodológicas para el diagnóstico del mecanismo del dolor y de la aplicación de las técnicas farmacológicas o de procedimientos que correspondiere.

1.3 En ciertas circunstancias infrecuentes o inusuales, algunos métodos de diagnóstico y/o tratamiento pueden resultar impracticables y en consecuencia el profesional podrá encontrarse eximido de su aplicación y deberá señalar la circunstancia de excepción en la historia clínica o en el informe de registro que fuera menester.

1.4 En ciertas circunstancias infrecuentes o inusuales, el especialista en Medicina del Dolor se verá obligado a actuar al margen de las pautas aquí establecidas, en cuyo caso deberá señalar la circunstancia de excepción en la historia clínica o en el informe de registro que fuera menester.

1.5 Estas normas están sujetas a revisión periódica para adecuarlas a la evolución de la de la práctica médica.

1.6 Se aclara que la expresión "Debe" es la condición obligatoria para cumplir la norma respectiva.

1.7 Se aclara que la expresión "Debería" es una condición muy conveniente pero no obligatoria.

1.8 Se aclara que la expresión "Puede" es una condición que se adopta si se la cree oportuna.

INDICE

2. Norma 1: Definiciones. Terminología. Taxonomía. Entidades Nosológicas.
3. Norma 2: Listado de consultas y procedimientos. Requisitos para su práctica.
4. Norma 3: Acreditación de Areas de Medicina del Dolor.
5. Norma 4: Certificación de Profesionales Médicos especialistas en Medicina del Dolor.
6. Norma 5: Certificación en especialidades directamente vinculadas con la Medicina del Dolor.

2. Norma 1: Definiciones. Terminología. Taxonomía. Entidades Nosológicas.

2.1. Definiciones

2.1.1. Dolor: Experiencia displacentera sensorial y afectiva asociada con un daño tisular real o potencial o expresada en términos de tales daños.

2.1.2. Dolor Agudo:

Dolor de reciente comienzo y de duración probablemente limitada, generalmente existe una relación identificable temporal y causal con la injuria o la enfermedad. El médico tratante debe ser consciente que el dolor agudo es un síntoma y como tal señala la existencia de daño tisular real o potencial. Por lo tanto, debe ser tratado.

2.1.3. Dolor Crónico:

Dolor que persiste por más de 30 días con igual o creciente intensidad.

2.1.4. Dolor Crónico Oncológico:

Es aquel dolor crónico que está relacionado con la enfermedad neoplásica y/o con su tratamiento.

Los eventuales episodios de dolor agudo por progreso de la enfermedad, complicaciones, tratamientos y/o estudios o exámenes complementarios se remite a las definiciones del apartado 2.1.1.2.de dolor agudo.

2.1.5. Dolor Crónico No Oncológico:

Es aquel dolor crónico de cualquier causa u origen, excluyendo enfermedades neoplásicas y/o sus tratamientos.

2.2. Taxonomía. Enumeración de Términos en Dolor y Síndromes de Dolor Crónico.

Las definiciones de los términos que a continuación se enumeran se remiten a las establecidas por la IASP.

2.2.1. Estímulo nocivo

2.2.2. Nociceptor

2.2.3. Umbral de dolor

2.2.4. Nivel de tolerancia de dolor

2.2.5. Dolor somático

2.2.6. Dolor referido

2.2.7. Sufrimiento

2.2.8. Analgesia

2.2.9. Hiperalgnesia

2.2.10. Hipoalgnesia

2.2.11. Anestesia

2.2.12. Hiperestesia

2.2.13. Hipoestesia

2.2.14. Disestesia

2.2.15. Parestesia

2.2.16. Alodinia

2.2.17. Anestesia dolorosa

2.2.18. Hiperpatía

2.2.19. Dolor neurogénico

2.2.20. Dolor neuropático

2.2.21. Dolor de origen central

2.2.22. Dolor por desaferentación

2.2.23. Dolor de miembro fantasma

2.2.24. Dolor del muñón

2.2.25. Dolor radicular

2.2.26. Radiculopatía

2.2.27. Neuralgia

2.2.28. Neuritis

2.2.29. Neuropatía

2.2.30. Neuropatía periférica

2.2.31. Síndrome doloroso regional complejo tipo I/ tipo II

2.2.32. Síndrome de dolor del opérculo torácico

2.2.33. Síndrome de la apófisis estiloides / síndrome de Eagle

2.2.34. Epidondilitis lateral / codo de tenista

2.2.35. Síndrome del músculo piriforme

2.2.36. Fibromialgia

2.2.37. Enfermedad de Raynaud

2.2.38. Fenómeno de Raynaud

3.3. Entidades nosológicas

A continuación se enumera el listado de entidades nosológicas reconocidas por la International Association for Study of Pain (IASP):

2.3.1. Síndromes relativamente generalizados

2.3.1.1. Neuropatía periférica

2.3.1.2. Muñón doloroso

2.3.1.3. Dolor fantasma

2.3.1.4. Causalgia

2.3.1.5. Distrofia simpática refleja

2.3.1.6. Dolor central (incluido dolor talámico y pseudotalámico)

2.3.1.7. Síndrome de Siringomielia (cuando afecta la cabeza o los Miembros)

2.3.1.8. Polimialgia reumática

2.3.1.9. Fibrositis o síndrome de dolor miofacial difuso

2.3.1.10. Artritis reumatoidea

2.3.1.11. Osteoartritis

2.3.1.12. Enfermedad por depósito de pirofosfato de calcio

2.3.1.13. Gota

2.3.1.14. Artropatía hemofílica

2.3.1.15. Quemaduras

2.3.1.16. Dolor de origen psicológico

2.3.1.16.1. Tensión muscular

2.3.1.16.2. Ilusorio o alucinatorio

2.3.1.16.3. Histérico o hipocondríaco

2.3.1.17. Enfermedad ficticia y simulada

2.3.2. Neuralgias de la Cabeza y la Cara

2.3.2.1. Neuralgia del trigémino (tic doloroso)

2.3.2.2. Neuralgia secundaria (trigeminal) de lesiones SNC

2.3.2.3. Neuralgia secundaria del trigémino por trauma facial

2.3.2.4. Herpes zóster agudo (trigeminal)

2.3.2.5. Neuralgia postherpética (trigeminal)

2.3.2.6. Neuralgia geniculada (nervio craneano VII): Síndrome Ramsay Hunt

2.3.2.7. Neuralgia glossofaríngea (nervio craneano IX)

2.3.2.8. Neuralgia del nervio laríngeo superior (neuralgia del nervio vago)

2.3.2.9. Neuralgia occipital

2.3.3. Dolor craneofacial de origen musculoesquelético.

- 2.3.3.1. Cefalea por tensión aguda
- 2.3.3.2. Cefalea tensional: forma crónica (cefalea por contracción del cuero cabelludo)
- 2.3.3.3. Síndrome de dolor y disfunción temporomandibular
- 2.3.3.4. Osteoartritis de la articulación temporomandibular
- 2.3.3.5. Artritis reumatoidea de la articulación temporomandibular
- 2.3.4. Lesiones de la Oreja, Nariz y Cavidad bucal
- 2.3.4.1. Sinusitis maxilar
- 2.3.4.2. Odontalgia dolor dental. Debido a defectos en el esmalte
- 2.3.4.3. Pulpitis
- 2.3.4.4. Periodontitis periapical y absceso periapical
- 2.3.4.5. Dolor dental no asociado con lesiones. Odontalgia atípica
- 2.3.4.6. Glosodinia y úlceras bucales. Lengua ardiente o disestesia oral
- 2.3.4.7. Síndrome del diente partido
- 2.3.4.8. Dolor luego de extracción dental
- 2.3.5. Síndromes de cefaleas primarias
- 2.3.5.1. Migraña clásica
- 2.3.5.2. Migraña común
- 2.3.5.3. Migraña variante
- 2.3.5.4. Carotidinia
- 2.3.5.5. Cefalea mixta
- 2.3.5.6. Cefalea en racimo
- 2.3.5.7. Hemicrania crónica paroxística
- 2.3.5.8. Cefalea crónica en racimo
- 2.3.5.9. Síndrome de Cluster tic
- 2.3.5.10. Cefalea postraumática
- 2.3.6. Dolor de origen psicológico en la Cabeza y la Cara
- 2.3.6.1. Dolor ilusorio o alucinatorio
- 2.3.6.2. Histérico hipocondríaco
- 2.3.7. Desórdenes musculoesqueléticos suboccipitales y cervicales
- 2.3.7.1. Síndrome miofacial: torcedura cervical o lesión por hiperextensión cervical
- 2.3.7.2. Síndrome miofacial: músculo esternocleidomastoideo
- 2.3.7.3. Síndrome miofacial: músculo trapecio
- 2.3.7.4. Síndrome del proceso estilohioideo . Síndrome de Eagle
- 2.3.8. Dolor visceral en el Cuello
- 2.3.8.1. Carcinoma de tiroides
- 2.3.8.2. Carcinoma de laringe
- 2.3.8.3. Tuberculosis de laringe
- 2.3.9. Dolor de origen neurológico en el Cuello, Hombro y Extremidades Superiores
- 2.3.9.1. Prolapso discal
- 2.3.9.2. Osteofito: espondilosis cervical
- 2.3.9.3. Tumor intraespinal
- 2.3.9.4. Fractura o colapso de las vértebras cervicales
- 2.3.9.5. Absceso epidural
- 2.3.9.6. Tumor vertebral
- 2.3.9.7. Herpes zóster agudo
- 2.3.9.8. Neuralgia postherpética
- 2.3.9.9. Sífilis: tabes dorsal y paquimeningitis hipertrófica
- 2.3.9.10. Meningitis y aracnoiditis
- 2.3.9.11. Avulsión traumática de raíces nerviosas
- 2.3.9.12. Síndrome apical pulmonar. Tumor de Pancoast
- 2.3.9.13. Síndrome del opérculo torácico
- 2.3.9.14. Costilla cervical o malformación de la primera costilla cervical
- 2.3.9.15. Dolor por enfermedad metastásica esquelética del hombro o brazo
- 2.3.10. Lesiones del Plexo Braquial
- 2.3.10.1. Tumor del plexo braquial
- 2.3.10.2. Irritación química del plexo braquial
- 2.3.10.3. Avulsión traumática del plexo braquial
- 2.3.10.4. Postradiación
- 2.3.10.5. Brazos doloridos y dedos inquietos
- 2.3.11. Dolor de Hombro, Brazo y Mano
- 2.3.11.1. Tendinitis bicipital
- 2.3.11.2. Bursitis subacromial (bursitis subdeltoidea y tendinitis del supraespinoso)
- 2.3.11.3. Ruptura del manguito rotador: parcial o completa
- 2.3.11.4. Epicondilitis lateral (codo de tenista)
- 2.3.11.5. Epicondilitis medial (codo de golfista)
- 2.3.11.6. Tenosinovitis de DeQuervain
- 2.3.11.7. Osteoartritis de la mano
- 2.3.11.8. Síndrome del túnel carpiano
- 2.3.11.9. Dolor de origen psicológico en el hombro y el brazo
- 2.3.11.9.1. Tensión
- 2.3.11.9.2. Ilusorio o alucinatorio
- 2.3.11.9.3. Histérico o hipocondríaco
- 2.3.12. Enfermedad vascular de los miembros
- 2.3.12.1. Enfermedad de Raynaud
- 2.3.12.2. Fenómeno de Raynaud
- 2.3.12.3. Congelamiento y lesión por frío
- 2.3.12.4. Eritema pernio (sabañón)
- 2.3.12.5. Acrocianosis
- 2.3.12.6. Lidedo reticularis
- 2.3.13. Enfermedad del colágeno de los miembros
- 2.3.13.1. Esclerodermia
- 2.3.13.2. Ergotismo
- 2.3.14. Enfermedad funcional por vasodilatación de los miembros
- 2.3.14.1. Eritromelalgia
- 2.3.14.2. Tromboangeítis obliterante
- 2.3.14.3. Insuficiencia venosa crónica
- 2.3.15. Insuficiencia arterial de los miembros
- 2.3.15.1. Claudicación intermitente.
- 2.3.15.2. Dolor de reposo
- 2.3.16. Dolor de origen psicológico de los miembros
- 2.3.16.1. Tensión.
- 2.3.16.2. Ilusorio.
- 2.3.16.3. Conversión
- 2.3.17. Dolor torácico.
- 2.3.17.1. Herpes zóster agudo
- 2.3.17.2. Neuralgia postherpética
- 2.3.17.3. Postinfección y neuralgia periférica segmental
- 2.3.17.4. Angina de pecho
- 2.3.17.5. Infarto de miocardio
- 2.3.17.6. Pericarditis
- 2.3.17.7. Aneurisma de aorta
- 2.3.17.8. Enfermedades del diafragma
- 2.3.17.8.1. Infección: origen torácico o pulmonar
- 2.3.17.8.2. Neoplásica: origen torácico o pulmonar
- 2.3.17.8.3. Musculoesquelético
- 2.3.17.8.4. Infección: origen gastrointestinal
- 2.3.17.8.5. Neoplásica: origen gastrointestinal
- 2.3.17.8.6. Colelitiasis
- 2.3.17.9. Fractura o colapso de la vértebra torácica
- 2.3.17.10. Síndrome de la costilla flotante
- 2.3.17.11. Dolor postmastectomía: agudo y subagudo
- 2.3.17.12. Dolor postmastectomía: crónico no maligno
- 2.3.17.13. Dolor postmastectomía final o carcinoma regional
- 2.3.17.14. Síndrome de dolor postoracotomía
- 2.3.18. Dolor torácico de origen psicológico
- 2.3.18.1. Tensión muscular
- 2.3.18.2. Ilusorio
- 2.3.18.3. Conversión
- 2.3.19. Dolor torácico: referido al tracto abdominal o gastrointestinal
- 2.3.19.1. Absceso subfrénico
- 2.3.19.2. Organos abdominales herniados
- 2.3.19.3. Desórdenes de la motilidad esofágica
- 2.3.19.4. Esofagitis
- 2.3.19.5. Reflujo esofágico con ulceración péptica
- 2.3.19.6. Carcinoma del esófago
- 2.3.19.7. Úlcera gástrica con dolor torácico
- 2.3.19.8. Úlcera duodenal con dolor torácico
- 2.3.19.9. Enfermedad visceral torácica con dolor
- 2.3.19.9.1. Referida al abdomen
- 2.3.19.9.2. Pericarditis
- 2.3.19.9.3. Hernia diafragmática
- 2.3.20. Dolor abdominal de origen neurológico
- 2.3.20.1. Herpes zóster agudo
- 2.3.20.2. Neuralgia postherpética
- 2.3.20.3. Neuralgia segmental o intercostal
- 2.3.20.4. Síndrome de la décimo segunda costilla
- 2.3.20.4. Síndrome del atrapamiento del nervio abdominocutáneo
- 2.3.21. Dolor abdominal de origen visceral
- 2.3.21.1. Fallo cardíaco
- 2.3.21.2. Enfermedad vesícula biliar
- 2.3.21.3. Síndrome postcolecistectomía
- 2.3.21.4. Úlcera gástrica crónica
- 2.3.21.5. Úlcera duodenal crónica
- 2.3.21.6. Carcinoma de estómago

2.3.21.7. Carcinoma del páncreas
 2.3.21.8. Isquemia mesentérica crónica
 2.3.21.9. Enfermedad de Crohn
 2.3.21.10. Constipación crónica
 2.3.21.11. Síndrome del colon irritable
 2.3.21.12. Enfermedad diverticular del colon
 2.3.21.13. Carcinoma de colon
 2.3.22. Síndrome de dolor abdominal de enfermedades generalizadas
 2.3.22.1. Fiebre familiar del Mediterráneo (FMF)
 2.3.22.2. Migraña abdominal
 2.3.22.3. Porfiria intermitente aguda
 2.3.22.4. Coproporfiria hereditaria
 2.3.22.5. Porfiria variegata
 2.3.23. Dolor abdominal de origen psicológico
 2.3.23.1. Tensión muscular
 2.3.23.2. Ilusorio o alucinatorio
 2.3.23.3. Conversión
 2.3.24. Enfermedades del útero, ovarios y anexos
 2.3.24.1. Mittelschmerz
 2.3.24.2. Dismenorrea secundaria
 2.3.24.2.1. Con endometritis
 2.3.24.2.2. Con adenomiosis o fibrosis
 2.3.24.2.3. Con obstrucción congénita
 2.3.24.2.4. Con obstrucción adquirida
 2.3.24.2.5. Causas psicológicas
 2.3.24.3. Dismenorrea primaria
 2.3.24.4. Endometrosis
 2.3.24.5. Parametritis posterior
 2.3.24.6. Salpingitis tuberculosa
 2.3.24.7. Retroversión del útero
 2.3.24.8. Dolor ovárico
 2.3.24.9. Dolor pelviano crónico sin patología obvia (CPPWOP)
 2.3.25. Dolor en el Recto, Perineo y Genitales Externos
 2.3.25.1. Neuralgia de los nervios iliohipogástrico, ilioinguinal o genitofemoral
 2.3.25.2. Infiltración por tumor del sacro y nervios sacros
 2.3.25.3. Dolor rectal, perineal y genital de origen psicológico
 2.3.26. Dolor de espalda y dolor de origen neurológico en el tronco y la espalda
 2.3.26.1. Prolapso del disco intervertebral
 2.3.26.2. Herpes zóster agudo
 2.3.26.3. Neuralgia postherpética
 2.3.26.4. Tumor intraespinal
 2.3.26.5. Fractura de vértebras lumbares
 2.3.26.6. Colapso de las vértebras lumbares
 2.3.26.7. Absceso epidural
 2.3.26.8. Tumor vertebral
 2.3.26.8.1. Que involucra nervios: tórax
 2.3.26.8.2. Que involucra músculo esquelético: tórax
 2.3.26.8.3. Que involucra nervios: abdomen
 2.3.26.8.4. Que involucra músculo esquelético: abdomen
 2.3.26.8.5. Que involucra nervios: baja espalda
 2.3.26.8.6. Metástasis musculoesquelética: baja espalda
 2.3.26.9. Tumor retroperitoneal
 2.3.26.10. Sífilis
 2.3.26.11. Meningitis y aracnoiditis
 2.3.26.12. Carcinomatosis meníngea
 2.3.26.13. Infiltración tumoral del plexo lumbosacro
 2.3.27. Dolor de espalda de origen musculoesquelético
 2.3.27.1. Osteofito
 2.3.27.2. Espondilolisis lumbar
 2.3.27.3. Estenosis espinal
 2.3.27.4. Sacralización o lumbarización (vértebra transicional)
 2.3.27.5. Faceta articular anormal (tropismo facetario)
 2.3.27.6. Dolor bajo de espalda agudo postesfuerzo
 2.3.27.7. Recurrente dolor bajo de espalda postesfuerzo excesivo
 2.3.27.8. Trauma: agudo
 2.3.27.9. Dolor de espalda bajo crónico mecánico
 2.3.27.10. Lesión de disco prolapsado
 2.3.27.11. Lesión de cauda equina
 2.3.27.12. Espondilitis anquilosante
 2.3.27.13. Síndrome del cuadrado de los lomos
 2.3.27.14. Síndromes glúteo
 2.3.28. Dolor de espalda de origen visceral

2-3.28.1 Carcinoma del recto
 2.3.29. Dolor de espalda bajo de origen psicológico
 2.3.29.1 Tensión
 2.3.29.2 Ilusorio
 2.3.29.3. Conversión
 2.3.30. Síndromes locales en la pierna y el pie – Dolor de origen neurológico
 2.3.30.1. Neuropatía del femorocutáneo lateral (meralgia parestésica)
 2.3.30.2. Neuralgia del obturador
 2.3.30.3. Neuralgia femoral
 2.3.30.4. Neuralgia del ciático
 2.3.30.5. Neuralgia interdigital del pie (Metatarsalgia de Morton)
 2.3.30.6. Neuropatía por inyección
 2.3.30.7. Pierna dolorida y dedos inquietos
 2.3.30.8. Enfermedad metastásica
 2.3.31. Síndromes de dolor de la cadera y el muslo de origen musculoesquelético
 2.3.31.1. Bursitis isquial
 2.3.31.2. Bursitis trocantérica
 2.3.31.3. Osteoartritis de cadera
 2.3.32. Síndromes musculoesqueléticos de la pierna
 2.3.32.1. Estenosis espinal.
 2.3.32.2. Osteoartritis de la rodilla
 2.3.32.3. Calambres nocturnos
 2.3.32.4. Facitis plantar

3. Norma 2: Listado de consultas y procedimientos. Requisitos para su práctica.

En medicina del dolor y clasificación de los mismos a realizar según los diferentes niveles de riesgo del ámbito de su aplicación.

3.1. Se considerará:

3.1.1. Nivel 1: solamente podrán realizarse las consultas o procedimientos indicados con el número 1.

3.1.2. Nivel 2: se podrán realizar las consultas o procedimientos indicados con el número 2 ó 1.

3.1.3. Nivel 3: se podrán realizar solamente las consultas o procedimientos indicados con el número 3. En establecimientos nivel 3 se pueden realizar la totalidad de consultas y procedimientos contenidos en el listado.

| Consultas | Nivel de riesgo |
|---|-----------------|
| Consulta en consultorio. Primera vez | 1 |
| Consulta en domicilio. Primera vez | 1 |
| Consultas de seguimiento en consultorio o domicilio semanal y/o mensual | 1 |

| Bloqueos | Nivel de riesgo |
|---|-----------------|
| Bloqueo del nervio occipital | 2 |
| Bloqueo diagnóstico interescalénico | 2 |
| Bloqueo axilar diagnóstico | 2 |
| Bloqueo de Bier con vasodilatadores (ej.:bretilio o guanetidina) | 2 |
| Bloqueo interescalénico regional continuo (por c/24 hs) | 2 |
| Bloqueo diagnóstico o terapéutico del Ganglio Estrellado | 2 |
| Bloqueo paravertebral cervical | 2 |
| Bloqueo paravertebral torácico | 2 |
| Bloqueo paravertebral lumbar | 2 |
| Bloqueo perirradicular diagnóstico o terapéutico por fluoroscopia.(1 nivel) | 2 |
| Bloqueo perirradicular diagnóstico o terapéutico por fluoroscopia. (+ de 1 nivel) | 2 |
| Bloqueo selectivo de raíces cervicales con fluoroscopia. | 2 |
| Bloqueo selectivo de raíces torácicas o lumbares con fluoroscopia. (1 Nivel) | 2 |
| Bloqueo selectivo de raíces torácicas o lumbares con fluoroscopia.(+ de 1 Nivel) | 2 |
| Bloqueo de raíces con catéter de Racz | 2 |
| Bloqueo del ganglio de Whalter. Diagnóstico | 2 |
| Bloqueo del ganglio de Whalter. Neurolítico | 2 |
| Bloqueo del simpático lumbar o dorsal | 2 |
| Bloqueo intercostal (1 o más niveles) | 2 |
| Bloqueo neurolítico intercostal (1 o más niveles) | 2 |
| Bloqueos facetarios lumbares | 2 |
| Bloqueos facetarios torácicos | 2 |
| Bloqueos facetarios cervicales | 2 |
| Bloqueo Neurolítico Esplácnico | 3 |
| Bloqueo diagnóstico y/o terapéutico del Plexo Celíaco.(uni o bilateral) | 3 |
| Bloqueo diagnóstico o terapéutico peridural cervical | 2 |
| Bloqueo diagnóstico o terapéutico peridural torácico o lumbar | 2 |
| Bloqueo raquídeo diagnóstico y/o terapéutico con Opioides | 2 |
| Bloqueo raquídeo diagnóstico y/o terapéutico con Baclofen | 2 |
| Bloqueo neurolítico peridural cervical | 2 |
| Bloqueo neurolítico peridural torácico | 2 |
| Bloqueo neurolítico peridural lumbar | 2 |
| Bloqueo del plexo hipogástrico superior | 2 |
| Bloqueo diagnóstico y/o terapéutico del ganglio de Gasser | 2 |
| Epidurograma | 2 |
| Epiduroscopia | 3 |
| Discograma | 2 |
| Estimulación discal diagnóstica | 2 |
| Bloqueo de articulación sacroilíaca. (Unilateral) | 2 |
| Bloqueo de articulación sacroilíaca. (Bilateral) | 2 |

| Infiltraciones | Nivel de riesgo |
|--|-----------------|
| Infiltración de puntos gatillos. (hasta 3) | 1 |
| Infiltración de puntos gatillos. (más de 3) | 1 |
| Proloterapia de articulación sacroilíaca. (Unilateral) | 2 |
| Proloterapia de articulación sacroilíaca. (Bilateral) | 2 |
| Infiltración articulación rodilla. (Unilateral) | 2 |
| Infiltración articulación rodilla. (Bilateral) | 2 |
| Infiltración articulación cadera. (Unilateral) | 2 |
| Infiltración articulación cadera. (Bilateral) | 2 |
| Infiltración articulación hombro. (Unilateral) | 2 |
| Infiltración articulación hombro. (Bilateral) | 2 |
| Infiltración de nervios periféricos | 2 |

| Colocación de catéteres y analgesia regional (peridural, raquídeo, endovenoso, subcutáneo, pleural) | Nivel de riesgo |
|---|-----------------|
| Colocación de catéter intratecal | 2 |
| Colocación de catéter peridural a nivel lumbar | 2 |
| Colocación de catéter peridural a nivel cervical | 2 |
| Colocación de catéter peridural a nivel torácico | 2 |
| Colocación de catéter peridural o raquídeo tunelizado para bombas de infusión no implantables | 2 |
| -cervical | 2 |
| -torácico | 2 |
| -lumbar. | 2 |
| Analgesia regional continua con bomba de infusión para SDRC. (DSR) | 2 |
| Analgesia peridural continua cada 10 días de vigilancia | 2 |
| Test endovenoso con vasodilatadores o anestésicos locales | 2 |
| Colocación de catéter subcutáneo con bomba de infusión externa | 2 |
| Colocación de catéter interpleural | 2 |

| Neurólisis | Nivel de riesgo |
|--|-----------------|
| Neurólisis por radiofrecuencia de los nervios facetarios lumbares (único código) | 3 |
| Neurólisis por radiofrecuencia de los nervios facetarios cervicales (único código) | 3 |
| Radiculólisis epidural por técnica de Racz. | 3 |
| Radiculólisis epidural por técnica de Racz. (días subsiguientes, hasta 2 días-) | 3 |
| Bloqueo Neurolítico Subdural. | 3 |
| Crioneurólisis de nervios facetarios | 3 |
| Crioneurólisis de neuromas postquirúrgicos | 3 |
| Crioneurólisis de neuroma de amputación | 3 |
| Crioneurólisis de articulación sacroilíaca | 3 |
| Lesión por radiofrecuencia del ganglio de Gasser | 3 |
| Radiofrecuencia de articulación sacroilíaca (Unilateral) | 3 |
| Radiofrecuencia de articulación sacroilíaca (Bilateral) | 3 |
| Radiofrecuencia del ganglio estrellado | 3 |
| Radiofrecuencia del disco intervertebral | 3 |

| Dispositivos implantables | Nivel de riesgo |
|--|-----------------|
| Implante de estimulador medular transitorio | 3 |
| Implante de estimulador medular definitivo | 3 |
| Procedimiento diagnóstico para Implante de bomba de infusión | 3 |
| Implante de catéter tunelizado definitivo con bomba subcutánea | 3 |
| Recarga de Bomba de Infusión | 2 |

| Analgesia Controlada por el Paciente (PCA) | Nivel de riesgo |
|---|-----------------|
| Analgesia continua endovenosa con o sin PCA. Instalación y primer día de tratamiento. | 2 |
| Analgesia continua endovenosa con o sin PCA. Controles | 2 |
| Analgesia epidural continua con o sin PCA. Instalación y primer día de tratamiento | 2 |
| Analgesia epidural continua con o sin PCA. Controles | 2 |

| Otros procedimientos | Nivel de riesgo |
|--|-----------------|
| Test de Opiode Intratecal, Baclofén, otros | 2 |
| Blood Patch | 2 |
| TENS. 15 días de tratamiento | 1 |
| Administración regional de fármacos | 2 |

3.2. Pautas generales para la realización de Procedimientos Invasivos en Dolor.

3.2.1 Con relación al paciente:

3.2.1.1. Debe tener una indicación precisa avalada por un plan de estudio, con una historia clínica de dolor y los exámenes complementarios recomendables para cada caso.

3.2.1.2. Los pacientes deben presentarse con un ayuno de 6 hs. como mínimo

3.2.1.3. No poseer contraindicaciones absolutas tales como:

3.2.1.3.1. Infección de la piel en la zona de abordaje

3.2.1.3.2. Sepsis

3.2.1.3.3. Coagulopatía

3.2.1.4. En el caso de contraindicaciones relativas debe tratarse cada situación en particular para evitar las posibles complicaciones:

3.2.1.4.1. Ingesta de Anticoagulantes

3.2.1.4.2. Tumores del SNC con hipertensión endocraneana (para procedimientos del neuroaxis)

3.2.1.4.3. Distress psicológico severo

3.2.1.5. Consentimiento informado: el paciente debe tener conocimiento del procedimiento a realizar, pronóstico y posible complicaciones. Todas las dudas deben ser explicadas.

3.2.1.6. Dicho consentimiento se deberá realizar por escrito y firmado por el paciente, o tutor o encargado en caso de minoría de edad o encontrarse inhabilitado legal o físicamente. El consentimiento deberá incluir garantía de medios pero no de resultados.

3.2.1.7. Deberían ser repetidos los procedimientos sólo en aquellos pacientes en los cuales se demuestre beneficio clínico.

3.2.1.8. Luego de la realización del procedimiento el paciente será observado en la sala de cuidados postanestésicos por el tiempo que el especialista indique como necesario. En aquellos procedimientos más complejos la internación del paciente para su observación será decidida por el especialista.

3.2.1.9. Siempre se realizará un seguimiento post-procedimiento que puede ser telefónico, en consultorio externo o en el domicilio del paciente, a los efectos de evaluar la respuesta al mismo y las posibles complicaciones.

3.2.2. Con relación al especialista:

3.2.2.1. Este debe contar con los requisitos necesarios establecidos en la currícula para especialistas en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos.

3.2.2.2. Deberá realizar un informe previo para informar al paciente, institución médica o entidad correspondiente, acerca de la indicación del procedimiento avalado por el plan de estudio previo surgido del examen físico y los estudios complementarios y asentado en la historia clínica.

3.2.2.3. La técnica, vía de abordaje, material a utilizar, etc. deben estar dentro de los cánones de la práctica de la especialidad y del marco de la práctica habitual, es decir lo que surge del consenso de expertos en la materia o de las publicaciones basadas en la evidencia, tanto a nivel nacional como internacional con adaptación al medio.

3.2.2.4. El especialista debe dejar sentado en un parte o informe del procedimiento realizado, explicando las estructuras abordadas, material, técnica utilizada, etc.

3.2.2.5. Luego del procedimiento el especialista debe realizar una visita post-procedimiento en donde evalúa la respuesta del paciente y posibles complicaciones inmediatas. Finalmente el especialista firma el alta cuando a su criterio el paciente se encuentra estable y puede regresar a su domicilio.

3.2.2.6. Antes de ser dado de alta debe recibir información acerca de los cuidados post-procedimiento, (reposo, medicaciones, etc.), y un número telefónico donde pueda comunicarse en caso de emergencia.

3.2.2.7. El especialista deberá llevar un registro de sus pacientes para posteriores consultas, seguimiento, estudio epidemiológico, etc.

3.2.3. Con relación a la institución:

3.2.3.1. Debe contar con los requisitos de Acreditación de acuerdo a los Niveles de Riesgo.

3.2.3.2. Deberá contar con una sala para un control pre-procedimiento, comprobar la existencia de ayuno, medicaciones que puedan afectar el procedimiento (anticoagulantes, AINES, etc.), alergias medicamentosas y control de signos vitales.

3.2.3.3. Debe contar con una sala para la realización de procedimientos y poseer los materiales necesarios para la práctica de los mismos, que varían según el tipo. (ver Equipamiento básico para Procedimientos en Medicina del dolor).

3.2.3.4. Debe poseer una sala o área de Cuidados Postanestésicos, en donde se realiza un control post-procedimiento, signos vitales y aseguran el bienestar general del paciente: brindar medicación analgésica si es necesaria, medicaciones específicas requeridas por la enfermedad de base del paciente, comidas, etc. (Ver equipamiento básico para Procedimientos en Medicina del dolor. La norma de Equipamiento Básico para salas de recuperación Postanestésica satisface las necesidades del área de cuidados post-procedimientos.)

3.2.3.5. Acorde a la complejidad del área de dolor deberá llevar un registro de los pacientes para su seguimiento y el relevamiento epidemiológico de las distintas entidades nosológicas con todas las características de interés de acuerdo a las necesidades específicas de la historia clínica de dolor.

3.3. Pautas para la realización de procedimientos implantables y neurodestructivos:

3.3.1. Neurodestructivos:

Alcoholizaciones, Fenolizaciones, Radiofrecuencia, Crioneurólisis. Además de todos los requisitos anteriores en los procedimientos neurodestructivos es necesario la realización de procedimientos diagnósticos previos a la destrucción de tejido neurológico. Debido a que este procedimiento en muchos casos es definitivo se deben practicar previamente procedimientos con intención diagnóstica y sólo en caso de lograr resultados positivos se debe proceder con el definitivo.

3.3.2. Dispositivos Implantables:

3.3.2.1. Neuroestimuladores: como primera medida el paciente debe ser sometido a un test de screening psicológico. Si el paciente lo aprueba luego se considerará la colocación de un electrodo temporario percutáneo por varios días. Si esto le brinda una mejoría de sus síntomas mayor al 70%, entonces recién se considera la colocación del electrodo definitivo con el generador y batería. Este último se realiza con la asistencia de un neurocirujano o un especialista acreditado con experiencia para la realización de la etapa quirúrgica del procedimiento.

3.3.2.2. Bombas de Infusión: en este caso también el paciente debe ser sometido a un test psicológico. De ser superada esta instancia se procede con un estudio diagnóstico que consiste en la colocación de opiáceos intratecales mediante una inyección única o a través de la colocación de un

catéter peridural e infusión continua. Si el paciente refiere una mejoría del 70% o mayor entonces se considera la colocación de un dispositivo definitivo.

4. Norma 3: Acreditación de Areas de Medicina del Dolor

Las tareas de acreditación deben llevarse a cabo por la Autoridad competente.

4.1. Características de las instalaciones para el diagnóstico y tratamiento del dolor

La presente norma adhiere a las pautas internacionales elaboradas por la IASP en cuanto a los criterios para la Acreditación de las diferentes Areas de Medicina del Dolor y las adecua a nuestro medio.

4.1.1. Definición de términos

4.1.1.1. Instalación de Diagnóstico y Tratamiento de Dolor

Término genérico que se refiere a todas las formas de instalaciones para el tratamiento del dolor, sin considerar al personal involucrado o tipos de pacientes atendidos.

4.1.1.2. Centro Multidisciplinario de Diagnóstico y Tratamiento del Dolor

Es una organización de científicos y profesionales de la salud que incluye la investigación, enseñanza y atención de pacientes con dolor agudo y crónico. Es la más grande y compleja de las instalaciones, e idealmente debería existir como componente de una escuela médica u hospital escuela. Los programas clínicos deben ser supervisados por un autorizado y entrenado director médico. Se requiere una amplia gama de profesionales: médicos, psicólogos, enfermeros, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, consejeros vocacionales, trabajadores sociales y otros, intercomunicados entre sí. Deben ofrecerse programas para pacientes internados y ambulatorios de diagnóstico y tratamiento.

Características del Centro Multidisciplinario de Diagnóstico y Tratamiento del Dolor:

4.1.1.2.1. Distintos tipos de profesionales

4.1.1.2.2. Por lo menos tres especialidades médicas, una debe ser psiquiatría o psicología médica. Debe contemplar aspectos físicos y psicosociales del paciente. La necesidad de los otros proveedores de salud debe ser determinada sobre la base de la población asistida.

4.1.1.2.3. Los profesionales deberían comunicarse entre sí acerca de cada paciente y de los programas de tratamiento.

4.1.1.2.4. Debería haber un coordinador o Director del centro. Si no es médico, debería existir además un Director de Servicios Médicos especializado en medicina del dolor y cuidados paliativos, responsable del monitoreo de los profesionales.

4.1.1.2.5. El Centro Multidisciplinario de Dolor debería ofrecer diagnóstico y servicio terapéuticos que incluyen manejo de medicación, consultas médicas, revisión de tratamiento previos y test diagnósticos, exámenes físicos, evaluación y tratamientos psicológicos, fisioterapia, evaluación vocacional, etc.

4.1.1.2.6. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe tener un espacio designado para sus actividades, adecuado para pacientes internados y ambulatorios.

4.1.1.2.7. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe tener archivos y registros de sus pacientes, también para evaluar resultados y efectividad de los programas.

4.1.1.2.8. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe tener empleados de soporte para llevar a cabo sus actividades.

4.1.1.2.9. Los proveedores activos de cuidados de la salud deben tener un adecuado conocimiento de ciencias básicas y prácticas clínicas relevantes en el tratamiento del dolor crónico.

4.1.1.2.10. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe tener profesionales entrenados en el manejo de las emergencias.

4.1.1.2.11. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe estar disponible para tratar la más amplia gama de dolores crónicos de diferente etiología.

4.1.1.2.12. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe establecer protocolos del manejo del paciente con dolor y evaluar su eficacia periódicamente.

4.1.1.2.13. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe tratar un adecuado número de pacientes a fin de mantener la práctica del Staff profesional.

4.1.1.2.14. Los miembros del Centro Multidisciplinario de Dolor deben desarrollar tareas de investigación en dolor crónico.

4.1.1.2.15. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe tener programas educacionales de diferentes niveles de proveedores de salud, pre graduados, graduados y postdoctorales.

4.1.1.2.16. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe estar estrechamente afiliada a una institución mayor de investigación y ciencias educativas.

4.1.1.2.17. Este tipo de establecimiento admite consultas y procedimientos para los niveles de riesgo 1, 2 y 3.

4.1.1.3. Clínica Multidisciplinaria de Diagnóstico y Tratamiento del Dolor

Similar a la anterior, pero sin investigación ni enseñanza en sus programas regulares.

Características deseables de una Clínica multidisciplinaria de dolor

4.1.1.3.1. Distintos tipos de profesionales

4.1.1.3.2. Por lo menos tres especialidades médicas, una debe ser psiquiatría o psicología médica. Debe contemplar aspectos físicos y psicosociales del paciente. La necesidad de los otros proveedores de salud debe ser determinada sobre la base de la población asistida.

4.1.1.3.3. Los profesionales deberían comunicarse entre sí acerca de cada paciente y de los programas de tratamiento.

4.1.1.3.4. Debería haber un coordinador o Director del centro. Si no es médico, debería existir además un Director de Servicios Médicos especializado en medicina del dolor y cuidados paliativos responsable del monitoreo de los profesionales.

4.1.1.3.5. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debería ofrecer diagnóstico y servicio terapéuticos que incluyen manejo de medicación, consultas médicas, revisión de tratamiento previos y test diagnósticos, exámenes físicos, evaluación y tratamientos psicológicos, fisioterapia, evaluación vocacional, etc.

4.1.1.3.6. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debe tener un espacio designado para sus actividades, adecuado para pacientes internados y ambulatorios.

4.1.1.3.7. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debe tener archivos y registros de sus pacientes, también para evaluar resultados y efectividad de los programas.

4.1.1.3.8. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debe tener empleados de soporte para llevar a cabo sus actividades.

4.1.1.3.9. Los proveedores activos de cuidados de la salud deben tener un adecuado conocimiento de ciencias básicas y prácticas clínicas relevantes en el tratamiento del dolor crónico.

4.1.1.3.10. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debe tener profesionales entrenados en el manejo de las emergencias.

4.1.1.3.11. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debe estar disponible para tratar la más amplia gama de dolores crónicos de diferente etiología.

4.1.1.3.12. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debe establecer protocolos del anejo del paciente con dolor y evaluar su eficacia periódicamente.

4.1.1.3.13. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debe tratar un adecuado número de pacientes a fin de mantener la práctica del Staff profesional.

4.1.1.3.14. Este tipo de establecimiento admite consultas y procedimientos para los niveles de riesgo 1, 2 y 3.

4.1.1.4. Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Dolor

Esta institución enfoca el diagnóstico y tratamiento del paciente con dolor clínico. Puede especializarse en diagnósticos específicos o en dolores relacionados con áreas específicas del cuerpo (Ej.: Clínica de Cefaleas, Clínica de Lumbalgias, etc.) o de características interdisciplinarias.

Puede ser grande o pequeña y debería ser dirigida por un médico especialista en medicina del dolor y cuidados paliativos.

Características de una Clínica de Dolor

4.1.1.4.1. Deberá tener acceso a la internación en por lo menos tres especialidades médicas.

4.1.1.4.2. Los profesionales deberían comunicarse entre sí acerca de cada paciente y de los programas de tratamiento.

4.1.1.4.3. Debería haber un coordinador o Director de la clínica. Si no es médico, debería existir además un Director de Servicios Médicos especializado en medicina del dolor y cuidados paliativos responsable del monitoreo de los profesionales.

4.1.1.4.4. Debe ofrecer servicios de diagnóstico y tratamiento.

4.1.1.4.5. Debe tener asignado espacio para sus actividades.

4.1.1.4.6. La Clínica de Dolor debe tener archivos y registros de sus pacientes, también para evaluar resultados y efectividad de los programas.

4.1.1.4.7. La Clínica de Dolor debe tener empleados de soporte para llevar a cabo sus actividades.

4.1.1.4.8. Los proveedores activos de cuidados de la salud deben tener un adecuado conocimiento de ciencias básicas y prácticas clínicas relevantes en el tratamiento del dolor crónico.

4.1.1.4.9. La Clínica de Dolor debe tener profesionales entrenados en el manejo de las emergencias.

4.1.1.4.10. Este tipo de establecimiento admite consultas y procedimientos para los niveles de riesgo 1 y 2.

4.1.1.5. Consultorio de Medicina del Dolor

Será un consultorio particular, en un establecimiento de cualquiera de los niveles de riesgo, en un centro periférico, Municipal, Provincial, etc., que será acreditado sólo en caso de encontrarse atendido por un Médico Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. En el mismo se podrán hacer consultas y procedimientos establecidos en el apartado correspondiente de esta norma, designado como nivel 1.

Características de un Consultorio del Dolor

4.1.1.5.1. Debe ofrecer servicios de diagnóstico y tratamiento.

4.1.1.5.2. Debe tener asignado espacio para sus actividades.

4.1.1.5.3. El consultorio del dolor debe tener archivos y registros de sus pacientes, también para evaluar resultados y efectividad de los programas.

4.1.1.5.4. El consultorio del dolor puede tener empleados de soporte para llevar a cabo sus actividades.

4.1.1.5.5. Debe mantener íntima relación con algún establecimiento de mayor complejidad para poder llevar a cabo los procedimientos que figuran en el listado de estas normas para nivel 2 y 3 de riesgo, las internaciones o interconsultas cuando sean necesarias.

4.2. Relación del área o servicio dolor con otras dependencias del área de prestadores de servicios de salud

4.2.1. Dependencia administrativa

4.2.1.1. La dependencia administrativa deberá ser en forma directa de la División Anestesia o Servicio de Anestesiología de la Institución. El anestesiólogo es especialmente entrenado en el tratamiento del dolor perioperatorio, lo que conlleva al seguimiento del paciente mediante técnicas analgésicas que en muchas oportunidades comienzan en el preoperatorio y/o intraoperatorio. (Ej.: colocación de catéteres epidurales, analgesia preventiva, etc.) En el mundo existe consenso y es común esta elección basándose en que la mayoría de los especialistas en dolor son además Anestesiólogos.

4.2.1.2. Deberá ser resorte de la División o Servicio de Anestesiología, el seleccionar al personal que tendrá a su cargo las tareas de diagnóstico y tratamiento del dolor, de acuerdo a las normas vigentes en cada institución y sobre la base de las pautas de certificación en el tema dolor.

4.2.1.3. La nueva dependencia tendrá carácter de Servicio o Area, según corresponda.

4.2.1.4. La misma contará con un encargado o jefe de servicio o área. El cargo mencionado se asignará por concurso de antecedentes, mediante selección abierta o interna, de acuerdo al sistema vigente para cada institución y según corresponda la designación o creación de partidas.

4.2.2. De los recursos humanos.

4.2.2.1. Es incumbencia de cada especialidad (ver listado de especialidades certificadas directamente vinculadas con la medicina del dolor) asistir a un paciente con dolor agudo siempre que se resuelva dentro de las primeras 6 hs. de su presentación a la consulta médica o ingreso al centro asistencial.

4.2.2.1.1. El médico tratante deberá registrar la intensidad del dolor utilizando una escala verbal numérica y si luego del término previsto el dolor supera los 3 puntos de dicha escala, se deberá indicar la participación del especialista en medicina del dolor.

4.2.2.2. Un especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos deberá ser consultado para la evaluación, plan de estudio y tratamiento de los pacientes que padecen dolor crónico.

4.2.2.3. La certificación y recertificación del recurso humano médico estará a cargo de la autoridad competente.

4.2.2.4. Se debe contar con personal de enfermería entrenado en las tareas a desarrollar por el Servicio o Area Dolor, tanto en los niveles de complejidad 1, 2 ó 3.

4.2.2.5. La cantidad de los mismos dependerá de la complejidad de la institución y el grado de desarrollo que tenga dicho Servicio o Area, el horario en que desempeñe sus funciones, no pudiendo ser inferior a uno en cada turno.

4.2.2.6. La selección del personal de enfermería será por antecedentes dando mayor preponderancia a la capacitación específica en el tema.

4.2.2.7. Se debe contar con personal de secretaría entrenado en el manejo de pacientes con dolor. En los niveles 2 y 3, dicho personal debe además, acreditar destreza en el manejo de datos epidemiológicos, realización de relevamientos telefónicos y coordinación de turnos para consultas y procedimientos.

4.2.2.8. Las tareas a desarrollar por el personal auxiliar serán diagramadas por el médico especialista en medicina del dolor en el nivel 1, y el jefe o encargado del servicio o área dolor en los niveles 2 y 3.

4.2.2.9. En el nivel 1 debe prestar atención un profesional con el título de especialista en medicina del dolor y cuidados paliativos, debidamente certificado y / o recertificado, de acuerdo a las normas vigentes. Puede contar con el apoyo de una secretaria para el otorgamiento de turnos y la mejor distribución de los pacientes.

4.2.2.10. En el nivel 2, se debe contar con un área o servicio dolor con las características descritas en las presentes normas, dependiendo de un jefe de servicio o área.

4.2.2.11 Los servicios o áreas de diagnóstico y tratamiento del dolor deberán contar a su vez con el recurso humano necesario para poder realizar sus funciones, y de acuerdo al nivel de complejidad.

4.2.2.12. El número de integrantes, excluida la jefatura, que se considera de utilidad para un nivel 2, debería ser de tres profesionales médicos de planta, especialistas en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos.

4.2.2.13. El número de integrantes, excluida la jefatura, que se considera de utilidad para un nivel 3, debería ser de tres profesionales médicos de planta y 7 profesionales de guardia activa, especialistas en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos.

4.2.2.14. El personal profesional se designará siguiendo igual metodología que para la selección de la jefatura.

4.2.2.15. En el nivel 3 el especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos debería participar de las actividades del Departamento Docencia e Investigación.

4.2.2.16. En el nivel 2 y 3 el especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos debería integrar el Comité de Bioética de la Institución.

4.2.3. De los recursos materiales.

4.2.3.1. El servicio o área dolor dispondrá de un lugar fijo o ámbito. El mismo puede corresponder a un Consultorio Particular o el Domicilio del paciente, en el nivel 1, y a un consultorio dentro de la institución en los niveles 2 y 3.

4.2.3.2. Las características de los Consultorios deberían ser:

4.2.3.2.1. Contar con una sala de espera de aproximadamente 16 metros cuadrados.

4.2.3.2.2. Sillas y/o sillones en cantidad suficiente para acomodar a 6 personas simultáneamente y adecuados a las características de minusvalía de algunos pacientes.

4.2.3.2.3. Instalaciones sanitarias lindantes a la misma con comodidades para el ingreso de sillas de ruedas y manoplas o agarraderas de seguridad.

4.2.3.2.4. Escritorio para recepción y otorgamiento de turnos en forma personal o telefónica.

4.2.3.2.5. Consultorio propiamente dicho. Características:

4.2.3.2.5.1. Aproximadamente 12 metros cuadrados.

4.2.3.2.5.2. Iluminación natural y artificial adecuadas.

4.2.3.2.5.3. Camilla

4.2.3.2.5.4. Escritorio

4.2.3.2.5.5. Negatoscopio

4.2.3.2.5.6. Esfigmomanómetro

4.2.3.2.5.7. Estetoscopio

4.2.3.2.5.8. Material para examen neurológico

4.2.3.2.5.9. Sillas en número de cuatro

4.2.3.2.5.10. Acondicionamiento ambiental frío - calor

4.2.3.2.5.11. Todo otro material que sea considerado necesario para el funcionamiento del mismo

4.2.3.2.6. Historia Clínica de Dolor o Historia Clínica Unica de la Institución con el agregado de folios específicos deberá constar de los siguientes ítems: en los niveles 2 y 3 (en el nivel 1, el profesio-

nal actuante podrá omitir, sobre la base de su criterio, uno o varios de los ítems que se enumeran a continuación.

- Medición cualitativa del dolor.

- Medición de intensidad del dolor

- Repercusión psicológica del dolor

- Mapa dermatomal de Bonica

- Efectos de los distintos tratamientos realizados con anterioridad

- Plan de estudios diagnósticos

- Informe de propuesta terapéutica

- Resultado del plan de analgesia

- Hojas de solicitud de exámenes complementarios y de interconsultas.

- Hojas de evolución con los contenidos específicos donde consignar en una tabla los medicamentos y las dosis que recibe el paciente, las escalas de dolor, otras escalas de control de síntomas donde se monitoriza la intensidad de los mismos así como la respuesta a los tratamientos.

- En la historia de dolor deberán volcarse los datos obtenidos basándose en la aplicación de métodos internacionalmente aceptados (por ej.: Termómetro de sufrimiento del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, escalas numéricas y visuales análogas para intensidad de dolor, Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton, performance de estatus Karnofsky, Minimental test de Folstein, Mac Gill, Cheops, Cries, Comfort, Premature Infant Pain Profile, escalas para niños (escala de caritas o la escala colorimétrica de Eland), Oucher, Bieri, Mc Grath, etc.)

4.2.3.3. Medicamentos básicos como analgésicos antiinflamatorios no esteroideos en ampollas y comprimidos o cápsulas, opioides de diferentes tipos, adyuvantes, etc.

4.2.3.4. Se deberá asignar un área lindante en los niveles 2 y 3, de aproximadamente 8 metros cuadrados debiendo ser equivalente en equipamiento a las salas de cuidados postanestésicos, según normas de equipamiento básico para salas de recuperación postanestésica.

4.2.3.5. Todo centro médico de nivel 2 y 3 deberá contar con un espacio físico exclusivo destinado a las actividades del servicio o área de dolor agudo, dependiente de la división o servicio de anestesiología que monitorizará diferentes áreas de incumbencia como ejemplos

- Dolor perioperatorio

- Dolor en obstetricia

- Dolor en trauma

- Dolor en sala de Terapia Intensiva

- Dolor en Sala de Recuperación postanestésica

- Enfermedades médicas o quirúrgicas que causan dolor agudo: dolor inflamatorio, infarto agudo de miocardio, cólico renal, herpes zóster, pancreatitis, hipo, isquemia de miembros inferiores, quemados, dolor agudo en pacientes oncológicos, etc.

4.2.3.6. Area de internación de medicina del dolor.

4.2.3.6.1. En el nivel 2 el área o servicio dolor deberá contar con camas disponibles para la internación de pacientes, pudiendo éstas pertenecer a otro servicio.

4.2.3.6.2. En el nivel 3 el área o servicio dolor deberá contar con camas propias disponibles para la internación de pacientes.

4.2.3.6.3. La cantidad de camas disponibles para el Area o Servicio Dolor, debe ser no inferior al 3 % de las camas disponibles o de dotación de la Institución, pudiendo este porcentaje modificarse de acuerdo a las diferentes políticas sanitarias y / o a la ubicación del centro.

4.2.3.6.4. La cantidad de metros cuadrados asignados a cada cama deberá seguir las normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

4.2.3.6.5. Deberá contar con los Servicios de Apoyo Generales tales como Laboratorio, Radiología, Unidad de Cuidados Intensivos, Servicio de Hemoterapia, Farmacia, Auditoría, Departamento o Jefatura de Enfermería, etc.

4.2.3.6.7. Todos los requerimientos materiales necesarios para la realización de los procedimientos están sujetos a variaciones de acuerdo al desarrollo del área o servicio dolor y a los niveles 1, 2 ó 3.

4.2.4 Del funcionamiento. Generalidades

4.2.4.1. El nivel 1, los días y horarios de atención quedan supeditados al profesional actuante.

4.2.4.2. En el nivel 1, pueden llevarse a cabo las infiltraciones de puntos gatillo en pacientes ambulatorios, o cualquier otro procedimiento que a criterio del especialista pueda ser realizado en forma ambulatoria y fuera del área quirúrgica.

4.2.4.3. Debería tener trato o contrato con una institución de nivel 2 ó 3 para el /los casos en que se presenten cuadros de imposible manejo en ámbito de un consultorio o domicilio.

4.2.4.4. Los criterios de internación quedan a cargo del profesional actuante.

4.2.4.5. El traslado del paciente queda a cargo de familia o cobertura social.

4.2.4.6. Las actividades del Consultorio del Servicio o Area Dolor (niveles 2 y 3) deberá cubrir un mínimo de 6 (seis) horas diarias a desarrollarse en horas de la mañana y/o en horario vespertino según lo conveniente a la Institución.

4.2.4.7. Se deberá coordinar para que dichas actividades se lleven a cabo conjuntamente y en el horario de mayor demanda de la Planta Quirúrgica.

4.2.4.8. El Servicio o Area Dolor atenderá los pacientes ambulatorios con estricto turno, el cual será otorgado por el Servicio o Area Dolor o en su defecto por la central de turnos de la Institución. Es conveniente, que si este último es el mecanismo vigente en la Institución, consensuar con el Servicio o Area Dolor cuáles son las patologías, que pese a presentarse como ambulatorias, desde el punto de vista de la prevención y resolución de los problemas mayores que pudieran sucitarse, son consideradas patologías de urgencia.

4.2.4.9. De acuerdo al punto anterior, debería ser el Area o Servicio Dolor el que otorgue los turnos a los pacientes, y debe ser considerada ésta como una práctica ponderada, ya que a diferencia

de otras especialidades médicas el tiempo medio de consulta ambulatoria supera los 60 minutos de primera vez y los 30 minutos las siguientes.

4.2.4.10. En el caso del dolor perioperatorio existen pautas internacionalmente aceptadas y este comité considera absoluto consenso con las mismas, las que son de exclusivo resorte del anestesiólogo y las recomendaciones siguientes son las guías en esta área para cumplimentarse en los niveles 2 y 3.

- Un individualizado Plan de Manejo del Dolor debe ser instituido a todo paciente quirúrgico.
- El Personal Hospitalario debe ser entrenado acerca de los procedimientos de manejo del dolor para reducir el riesgo de los eventos adversos.
- Los pacientes y sus familiares deben ser entrenados acerca del tema y participar en el control del dolor postoperatorio.
- La medición y manejo del dolor perioperatorio debe ser documentado como una parte del registro de la historia clínica del paciente.
- Anestesiólogos entrenados en el manejo del dolor deben estar disponibles 24 hs. al día (solamente en el nivel 3)
- Políticas de estándares institucionales deben practicarse en cada lugar para ordenar, administrar, discontinuar y transferir responsabilidades en el manejo del dolor.
- Las técnicas más reconocidas como particularmente efectivas en el control del dolor postoperatorio:
 - Analgesia controlada por el paciente con opioides sistémicos (PCA)
 - Analgesia epidural con opioides, o con opioides y anestésicos locales.
 - Técnicas de anestesia regional.
 - Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) en infusión continua con rescates con opioides.
- La literatura sugiere que combinación de estas técnicas analgésicas son más efectivas que el uso de técnicas aisladas en el control del dolor postoperatorio.
- Un manejo interdisciplinario organizado debe ser utilizado en el manejo del dolor.
- Los problemas de dolor en pediatría presentan características de manejo y reconocimiento propias.
- La población de pacientes geriátricos también presentan alternativas de manejo de dolor específico.
- Los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria requieren consideraciones especiales.

4.2.4.11. El Servicio o Area Dolor deberá responder a todas aquellas interconsultas que soliciten los servicios de la institución, debiendo consignar en la historia clínica el probable diagnóstico, el o los tratamientos indicados y la frecuencia con la cual controlará la evolución de el/los pacientes

4.2.4.12. Un médico integrante del Servicio o Area Dolor formará parte del Comité de Ética de la Institución, para promover a una adecuada y completa revisión de las actividades de estudio e investigación comúnmente desarrolladas en esa institución. Así mismo participará en la toma de decisiones respecto a planes diagnósticos o terapéuticos en aquellos pacientes en los que se plantee un dilema ético.

4.2.4.13. El Servicio o Area Dolor elaborará políticas o protocolos de analgesia para ser puestos en práctica en las distintas áreas de la Institución, por ejemplo Departamento de Emergencias, Departamento de cirugía general, traumatología, neurocirugía, terapia intensiva, clínica médica, oncología clínica, pediatría, etc.

4.2.4.14. A su vez controlará que las mismas se lleven a cabo por personal médico y paramédico de cada una de las áreas en las cuales se les dé injerencia.

4.2.4.15. El Servicio o Area Dolor mantendrá informado, en forma mensual, a su jefatura inmediata mediante relevamientos estadísticos acerca de los pacientes atendidos en forma ambulatoria y por interconsultas. Deberá consignar diagnóstico, tratamiento y evolución de los mismos.

4.2.4.16. El Servicio o Area Dolor mantendrá informado a los Jefes de Departamentos acerca de los cambios en las terapias protocolizadas a llevarse a cabo, como así también el resultado de los mismos.

4.2.4.17. El Servicio o Area Dolor tendrá a su cargo la capacitación del personal médico y paramédico en cuanto a los avances en los diagnósticos y tratamientos de los cuadros o síndromes dolorosos más frecuentes.

4.2.4.18. Deberá realizar intercambio con otras especialidades para poder coordinar tratamientos efectivos y rápidos, dejar sentada la importancia de los tratamientos preventivos.

4.2.4.19. El Servicio o Area Dolor podrá hacer uso de otras dependencias de la institución para arribar a un diagnóstico o realizar tratamientos de los pacientes.

4.2.4.20. Para la realización del punto anterior, deberá contar con la autorización de las diferentes jefaturas y seguir los procedimientos y normativas de esas áreas en cuanto a la disponibilidad de sus recursos.

4.2.4.21. El Servicio o Area Dolor tiene a su cargo los pacientes con planes de analgesia continua, ya sea por medio de administración de medicamentos por vía endovenosa o catéteres en diferentes localizaciones, debiendo el mismo realizar por lo menos una vez al día el seguimiento y consignación en la historia clínica de la evolución de los mismos y cambios propuestos en dichos planes.

4.2.4.22. El Servicio o Area Dolor participará en todos aquellos eventos científicos que organice la institución a la que pertenecen, ya sea colaborando en su organización o por el aporte de datos científicos y estadísticos del funcionamiento del mismo.

4.2.4.23. La Institución será la encargada de proveer los recetarios para la prescripción de estupefacientes, debiendo los integrantes del Servicio o Area Dolor realizar el trámite pertinente antes las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Acción Social.

4.2.4.24. En el nivel 2 y 3, la realización de bloqueos de tipo diagnósticos, pronósticos y terapéuticos deberían ser realizados en el área quirúrgica central de las instituciones con la colaboración de los servicios de apoyo cuando éstos sean requeridos.

4.2.4.25. Corresponde a la jefatura del área o servicio dolor la tarea de solicitar todo aquel recurso humano, material e insumos que crea convenientes para el mejor funcionamiento y desarrollo de su área o servicio, debiendo seguir las pautas establecidas por la institución.

4.2.4.26. Las prácticas consignadas en el punto anterior deben seguir los pasos administrativos vigentes en cuanto a los requisitos de solicitud y utilización de los mismos que posea la institución.

4.2.4.27. Toda muestra profesional de medicamentos que sea entregada al cuerpo profesional de Servicio o Area Dolor, deberá quedar a disposición únicamente de los pacientes de la Institución.

4.2.4.28. El Servicio o Area Dolor podrá llamar a ateneo clínico a otras especialidades para poder arribar a un mejor diagnóstico y / o tratamiento de los pacientes. Dicho llamado se realizará por escrito.

4.2.4.29. El servicio o área dolor, deberá concurrir a todos los llamados de ateneos o reuniones científicas cuando le sea solicitado por otros servicios, en forma escrita.

4.2.4.30. Corresponde al Servicio o Area Dolor otorgar el alta médica de sus pacientes, y comunicarlo fehacientemente en la historia clínica de la institución.

4.2.4.31. En caso de atención de pacientes internados a los que se les otorga alta médica por otro servicio, y se hallan en tratamiento por el servicio o área dolor, el servicio otorgante del alta deberá comunicar por escrito la misma al servicio o área dolor, para que ésta pueda instaurar tratamiento domiciliario o ambulatorio si correspondiere.

4.2.4.32. El Servicio o Area Dolor deberá mantener estrecha relación con el Servicio de Psicología o Psicopatología de la Institución para brindar apoyo a todos aquellos pacientes que lo necesiten, y realizar un perfil psicológico para poder detectar personalidades con tendencias a la adicción a opioides o los casos en que es requisito según consta en estas normas.

4.2.4.32. El Servicio o Area Dolor deberá mantener estrecha relación con el Servicio de Medicina Social o Asistencia Social de la Institución para brindar apoyo en todos aquellos pacientes que lo necesiten.

4.2.4.33. Los integrantes del Servicio o Area Dolor podrán realizar encuentros grupales o individuales con el personal de psicología. Las mismas tienen por objeto mantener el equilibrio psicológico del grupo, poder afrontar los problemas afectivos desarrollados por los tratantes de los pacientes con cuadros dolorosos y evitar el síndrome del desgaste profesional.

4.2.4.34. La Institución deberá facilitar la concurrencia del personal del área o servicio dolor, a todos aquellos eventos nacionales o extranjeros que contribuyan a la formación profesional del mismo.

4.2.4.35. El Personal del Area o Servicio podrá volcar en la Institución los conocimientos adquiridos en los eventos nacionales y / o extranjeros.

4.2.4.36. El especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos deberá participar de las tareas de Auditoría Médica, ante la solicitud para la realización de los procedimientos para el diagnóstico y tratamiento del dolor.

4.2.4.37. En el nivel 3 se deben respetar las normas de funcionamiento anteriores y además:

4.2.4.37.1. Deberá implementar, si no los hubiera, o acomodarse a planes de enseñanza curricular para la formación de recurso humano en el diagnóstico y tratamiento del dolor, tanto del personal médico como auxiliar.

4.2.4.37.2. Debe realizar protocolos de investigación en dolor y cuidados paliativos.

4.2.4.37.3. Debe realizar la formación del recurso humano necesario.

4.2.4.37.4. Deberá aceptar la rotación de estudiantes profesionales en formación en el tratamiento del dolor y cuidados paliativos, los que se hallen encuadrados y reconocidos por las autoridades que rubrican estas normas.

4.2.4.37.5. Deberá organizar charlas a la comunidad por lo menos dos veces al año, con el fin de difundir los conocimientos sobre el área dolor y hacerlos más comprensibles a la población.

4.2.5. De la atención domiciliaria:

4.2.5.1. Existen pacientes con imposibilidad de trasladarse a la Institución y que tampoco cumplen con los criterios de internación, es en este caso en que el paciente o sus familiares deberán gestionar, por medio del Servicio de Asistencia Social y ante las Autoridades, la correspondiente autorización para que el Servicio o Area Dolor prosiga con el tratamiento domiciliario del mismo.

4.2.5.2. De acuerdo al punto anterior, las autoridades de la institución deberán proveer al servicio o área dolor un móvil con chofer para poder seguir el tratamiento de los pacientes con internación o cuidados domiciliarios.

4.2.5.3. Dichas visitas se realizarán dentro del horario de atención del Servicio o Area Dolor, dentro de un marco reglado por el mismo y de acuerdo a cada paciente.

4.2.5.4. La Institución deberá proveer los insumos necesarios para la efectiva implementación del tratamiento por el Area o Servicio Dolor.

4.2.5.5. El Servicio o Area Dolor dispondrá de un número telefónico directo para que los pacientes o familiares pudieran evacuar dudas acerca del tratamiento o ser comunicados por cambios en los turnos o en la sistemática de trabajo del servicio.

4.2.6. De las defunciones:

4.2.6.1. Corresponde al servicio de cabecera confeccionar el certificado de defunción de los pacientes o seguir las pautas propias de cada Institución.

4.2.6.2. En caso de encontrarse un paciente internado y bajo tratamiento por el Area o Servicio de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, corresponderá la realización del certificado de defunción al mismo o seguir las pautas propias de cada Institución.

4.2.6.3. De los pacientes fallecidos en su domicilio, seguirán las normativas vigentes a la localidad donde acaeció el hecho.

4.2.7. De la relación con los servicios de apoyo

4.2.7.1. El Servicio o Area Dolor debe mantener estrecha relación de comunicación y cooperación con los servicios de apoyo de la Institución. (Ej.: hemoterapia, radiología, psicología, servicio social, laboratorio, auditoría médica, etc.).

4.2.7.2. Los Servicios de Apoyo deberán concurrir al llamado del Area o Servicio Dolor cuando ésta lo requiera, ya sea para poder arribar a un mejor diagnóstico y / o tratamiento de los pacientes.

4.2.7.3. La Institución proveerá de los guardapolvos plomados y expositómetros termoluminiscentes a cada uno de los miembros del servicio o área dolor, para poder controlar, mediante un informe mensual, la cantidad de radiaciones ionizantes a las que son sometidos sus miembros.

4.2.7.4. El punto anterior cumplimenta lo establecido en la ley 17.557/67 y Decreto reglamentario 6320/68 y las Normas Básicas de Seguridad Radiosanitaria

4.2.8. Requisitos de los procedimientos en quirófano:

4.2.8.1. Los que deban realizarse en la planta quirúrgica, lo harán siguiendo los pasos organizativos de la misma.

4.2.8.2. La División o Servicio de Anestesiología proveerá de los insumos necesarios para la realización de las técnicas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que sean necesarias.

4.2.8.3. En caso de ser requerida la colaboración de un cirujano, neurocirujano y/o cualquier otro personal capacitado para la realización o complementación de las tareas originadas en una indicación del servicio o áreas dolor, deberá ésta encargarse de solicitar dichos profesionales.

4.2.9. Del tratamiento de las emergencias:

4.2.9.1 De presentarse alguna emergencia en el nivel 1, el especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, deberá a su criterio y en cada caso, organizar la derivación del paciente a un nivel superior.

4.2.9.2. En casos de requerir del tratamiento en condiciones de emergencia, el Servicio o Area Dolor concurrirá de inmediato donde le sea requerida su presencia, dentro de su horario de trabajo.

4.2.9.3. En caso de presentarse una emergencia fuera del horario de funcionamiento del Servicio o Area Dolor, ésta debe manejarse conforme a los protocolos vigentes emanados de dicho Servicio o Area, y deberán ser puestos en práctica por el Anestesiólogo de Guardia o un médico del Servicio de Emergencias, en caso de imposibilidad de contar con el primero. Metodología seguida en el nivel 2.

4.2.9.4. El Servicio o Area Dolor deberá mantener informado al plantel de anestesiólogos de guardia acerca de las modalidades de trabajo y planes de tratamientos a instaurar en los distintos cuadros de emergencias.

4.2.9.5. El Departamento de Emergencias deberá estar integrado con el Servicio o Area Dolor. Nivel 2.

4.2.9.6. En el nivel 3, los anestesiólogos que cumplan tareas de guardia activa, como Especialistas en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, en el Departamento de Emergencias deben pertenecer al plantel del servicio o área dolor. De esta manera se busca tener un seguimiento permanente de todos y cada uno de los pacientes en tratamiento y de las emergencias que se pudieran suscitar.

4.2.10. De la relación con la Farmacia:

4.2.10.1. Las autoridades encargadas de la Farmacia debieran mantener estrechos vínculos con el Servicio o Area Dolor.

4.2.10.2. El Servicio o Area Dolor deberá realizar el pedido de insumos a Farmacia, con la debida anticipación, para evitar dejar sin medicación a los pacientes en tratamiento. El empleo de opioides en el tratamiento del dolor es habitual, y una interrupción brusca del mismo puede desencadenar un síndrome de abstinencia.

4.2.10.3. Debe ser resorte de cada Servicio de Cabecera gestionar la solicitud de la medicación necesaria a los pacientes que se hallen en tratamiento por el Area o Servicio Dolor.

4.2.10.4. El Servicio o Area Dolor deberá informar a la Farmacia de aquellas especialidades farmacéuticas, preparados magistrales e insumos más frecuentes, para así evitar la falta de stock.

4.2.10.5. La Farmacia deberá comunicar al Servicio o Area Dolor de los medicamentos faltantes y sus posibles sustitutos, como así también de las nuevas modalidades y farmacotécnicas disponibles en la institución para un mejor aprovechamiento de las drogas de uso habitual en el tratamiento del dolor agudo, crónico y cuidados paliativos.

4.2.10.6. La Farmacia deberá mantener un stock adecuado de las especialidades farmacéuticas de uso habitual en el Area o Servicio Dolor.

5. Norma 4: Certificación de Profesionales Médicos especialistas en Medicina del Dolor.

5.1. La certificación de los profesionales especialistas en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, se llevará a cabo a través de Autoridad Competente.

5.2. Condiciones para la práctica de la Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos.

5.2.1. Para el diagnóstico y tratamiento del dolor perioperatorio, centros de quemados, trauma y salas de parto:

Especialización básica en Anestesiología con un programa de 4 años con la currícula formativa Universitaria y entrenamiento en una Residencia Médica Hospitalaria de 4 años de duración con instructoría continua.

5.2.2. Para el diagnóstico y tratamiento del dolor agudo médico y del dolor crónico en carácter de especialista en Medicina del dolor :

Debe tener una Especialización Básica en un Programa de cuatro años de entrenamiento en residencia y con programa teórico de instrucción del mismo período dictado por entidad reconocida a nivel nacional, y la especialización postbásica en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. Programa de dos años de duración con un mínimo de 900 horas con una currícula formativa de acuerdo a las pautas establecidas por la IASP.

5.2.3. Para la práctica de procedimientos en dolor que figuran en el listado de la Norma 2, el especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos deberá certificar como especialidad básica Anestesiología.

5.2.4. La certificación y recertificación periódica es una pauta que además debe establecer cuáles son las condiciones necesarias para mantener la calidad prestacional con el menor riesgo profesional y la mayor seguridad para la población.

6. Norma 5: Certificación en especialidades directamente vinculadas con la Medicina del Dolor.

6.1. Las especialidades del siguiente listado y de acuerdo a la currícula formativa respectiva tienen incumbencia en el manejo del paciente con dolor agudo a través del tratamiento específico de las patologías de su dominio (ejemplo infarto agudo de miocardio, gastritis, pancreatitis, peritonitis, etc.). Si luego de 6 hs. desde su intervención no se ha resuelto el cuadro de dolor y/o no se ha obtenido un alivio mayor de 3 en la escala verbal numérica deberá solicitar la intervención de un Médico Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos independientemente del nivel de riesgo (1, 2 ó 3).

- Anestesiología

- Cardiología

- Odontología

- Dermatología

- Emergentología

- Clínica Médica

- Gastroenterología

- Cirugía General

- Geriátrica

- Hematología

- Terapia Intensiva

- Neurología

- Otorrinolaringología

- Especialistas en Dolor

- Traumatología y Ortopedia

- Oncología

- Neurocirugía

- Oftalmología

- Ginecología y Obstetricia

- Psicología

- Pediatría

- Cirugía plástica y reparadora

- Reumatología

- Urología

6.2. Deberá realizar el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico el médico especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos pudiendo participar del mismo a las siguientes especialidades

- Anestesiología

- Cardiología

- Odontología

- Clínica Médica

- Gastroenterología

- Cirugía General

- Geriátrica

- Hematología

- Neurología

- Otorrinolaringología

- Traumatología y Ortopedia

- Oncología

- Neurocirugía

- Oftalmología

- Ginecología

- Psicología

- Psiquiatría

- Pediatría

- Cirugía plástica y reparadora

- Reumatología

- Medicina paliativa

- Urología

- Fisiatría y rehabilitación

- Acupuntura

- Kinesiología

- Medicina alternativa

- Medicina ocupacional

6.3. Las especialidades médicas anteriormente citadas en el ítem 6.2. que puedan intervenir en consulta para el diagnóstico y tratamiento del paciente con dolor crónico, deberán atenerse a las pautas establecidas en su currícula formativa.

Ministerio de Salud

SALUD PUBLICA

Resolución 939/2000

Apruébanse el Programa Médico Obligatorio para los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1º de la Ley Nº 23.660, el Catálogo de Prestaciones de dicho programa y las Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los Motivos de Consulta Prevalentes en la Atención Primaria de la Salud.

Bs. As., 24/10/2000

VISTO el expediente Nº 2002-13674/00-2 el registro de este Ministerio y la Resolución 247/96 del ex MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL y sus posteriores actualizaciones y

CONSIDERANDO

Que el Programa Médico Obligatorio, aprobado por la Resolución citada en el VISTO, es el conjunto de prestaciones a que tiene derecho todo beneficiario de la Seguridad Social.

Que si bien dicho Programa tuvo el innegable valor de establecer un criterio uniforme para todos los Agentes del Seguro sobre sus obligaciones en materia prestacional, la experiencia acumulada desde su implementación permite advertir la necesidad de efectuar correcciones y ajustar su contenido no sólo orientado a dar mayores precisiones, sino también a señalar prioridades claras vinculadas con la prevención y la racional utilización de los recursos del sistema.

Que es una política de Estado en Salud la determinación de un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto.

Que debe resolverse el choque entre la ética y la conciencia del derecho universal a la Salud por una parte y por otra la estrecha capacidad de respuesta del sistema, integrado por actores de diversos orígenes, opiniones e intereses en un marco de recursos finitos.

Que si bien la idea de establecer límites en la cobertura está presente en casi todos los sistemas de Salud del mundo, los rangos de variación son amplios y en el particular caso de nuestro país no resulta aceptable la implantación de un menú que reduzca las prestaciones habituales.

Que lo dicho obliga a una tarea de normatización que asegure el mejor rendimiento de cada recurso, junto con otras acciones que produzcan un cambio de hábitos en todos los participantes del sistema.

Que por lo dicho resulta necesario redefinir el modelo asistencial, detallar las acciones de prevención a llevar a cabo, precisar el menú de prestaciones incluidas y reformular el régimen de coseguros a cargo de los beneficiarios.

Que debe quedar garantizado el mecanismo para la actualización del Programa Médico Obligatorio en virtud del carácter dinámico del conocimiento científico, estableciendo una metodología de análisis para la incorporación de tecnologías que asegure la probada eficacia de todo procedimiento diagnóstico o terapéutico a financiar por la Seguridad Social.

Que los Agentes del Seguro son responsables de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la Salud de sus beneficiarios y no meros financiadores de las prestaciones.

Que independientemente de la extensión de la cobertura planteada en este Programa Médico Obligatorio, no existen patologías excluidas del mismo.

Que la Salud no es un don o un privilegio, es una situación natural a ser preservada, que trasciende lo individual y es el resultado productivo de una tarea conjunta que compromete a toda la sociedad.

Que el considerar a la Salud como una inversión y no como un gasto no habilita a desentenderse del problema del financiamiento, pues hacerlo supondría la transformación de los derechos en cuestiones dialécticas y virtuales. Sobre todo recordando que ha sido una decisión nacional que este sostenimiento económico se construya sobre una base solidaria y, por tanto, el mismo origen de los fondos compromete su uso racional y obliga a la obtención de los máximos resultados posibles.

Que las dificultades de financiamiento, lejos de ser un problema circunscripto a nuestro país, son un dilema mundial. Frente a esta crisis se han desarrollado modelos desintegrados de restricción a excesos presuntos y reales y se ha coartado la accesibilidad o dilatado la resolución de la enfermedad, a pesar de lo cual no se corrigió el desbalance económico, pero sí se atacó a la calidad.

Que la solución está planteada en los términos de la prevención, del rigor científico que sustenta las prácticas a financiar y, fundamentalmente, del Modelo de Atención.

Que este modelo debe poseer un sistema de atención integrado donde lo multidisciplinario sea superado por lo interdisciplinario y donde, además de tratar eficientemente la enfermedad, se aproveche cada oportunidad de contacto para instaurar el hábito de la prevención. Consecuentemente se podrá, progresivamente, cambiar el eje de la enfermedad al de la salud, de lo demandado a lo necesario.

Que la integración en el proceso de atención debe unir, en un circuito lógico y previsto, a los profesionales e instituciones actuantes, para coordinar las acciones dentro de los programas preventivos, evitar innecesarias duplicaciones del gasto y brindar a los pacientes una conducción continente del tratamiento de su enfermedad.

Que los beneficiarios del sistema esperan servicios dados en un marco de calidad y respeto, con dedicación personalizada y con soluciones. Para esto la estructura prestadora debe ofrecer, sobre la base de una estrategia, un camino ordenado e integrado de atención que construya la solución, con accesos claros e interacciones articuladas de los profesionales y prestaciones necesarias.

Que dentro de la Atención Médica Primaria resulta fundamental la presencia palpablemente cercana de un médico, que inicie, conduzca y sostenga el proceso del cuidado y de la recuperación de la salud. Este médico debe tener sus raíces en el clásico Médico de Familia, en el conocimiento universalista e interrelacionante de las especialidades del Clínico, en la visión ampliada que introdujeron los Médicos Generalistas y en el concepto y metodología de la moderna Medicina Familiar. Debe poseer fundamental y excluyentemente una pericia, necesaria en todas las ramas

de la Medicina pero distintiva, definitoria y paradigmática de este rol: ser un experto en la relación médico-paciente.

Que desde ese vínculo, terapéutico en sí mismo y potenciador de todos los esquemas sanitarios, desde una aptitud ligada a una sólida formación en medicina general y desde una actitud de compromiso y acercamiento con la población a su cargo, se convierte en la referencia para los temas de Salud de una familia.

Que la implementación de este Modelo de Atención busca desarrollar una tarea asistencial eficiente que se destaque por su respeto hacia los pacientes, unir a la clásica actitud médica asistencial un accionar preventivo con participación de los destinatarios, la existencia cierta y palpable de responsables de la atención, integrar los niveles de atención y lograr el mejor aprovechamiento del recurso económico disponible.

Que este cambio de Modelo requiere de una implementación gradual para permitir una reconversión y capacitación del recurso humano profesional.

Que, en carácter de colaboración en la actividad diaria de los médicos que tienen a cargo la Atención Primaria de la Salud, resulta conveniente incorporar a este Programa las Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los Motivos de Consulta Prevalentes en la Atención Primaria de la Salud, como forma de orientación para la práctica asistencial.

Que la obligatoriedad y uniformidad de las acciones de prevención en todos los Agentes del Seguro permite evaluar su implementación y resultados así como dar espacio a las necesarias correcciones de rumbo en base a las mediciones efectuadas sobre el proceso sanitario.

Que, con el objetivo de lograr el mayor impacto sanitario, se incluyen en esta etapa los Programas de Prevención para Cáncer de Mama y de Cuello Uterino, el Plan Materno Infantil y el Examen de la Persona Sana por Sexo y Década de la Vida.

Que, dentro de las herramientas existentes en la actualidad en la prevención primaria y secundaria de múltiples patologías, pocas resultan tan costo-efectivas como los talleres y las actividades grupales. Su inclusión dentro del Programa Médico Obligatorio busca incorporar esta técnica de alto rendimiento en el manejo de prevención en salud mental, en enfermedades crónicas prevalentes y en el mejoramiento de la calidad de vida.

Que es necesario definir con claridad las prácticas incluidas en el Programa Médico Obligatorio y por tanto corresponde establecer un Catálogo de Prestaciones a brindar por los Agentes del Seguro.

Que el citado Catálogo debe ser la resultante de una minuciosa revisión del tradicional Nomenclador Nacional, que a pesar de estar derogado continúa siendo un elemento orientador en la administración del sistema y del agregado de aquellas prácticas que se han incorporado a la asistencial en los últimos años, siempre que las mismas cuenten con el suficiente aval científico por su probada eficacia, atravesando un análisis sistematizado de la evidencia.

Que, en este sentido, la medicina basada en la evidencia introduce una metodología en el análisis de costo-efectividad y costo-beneficio, permitiendo tomar decisiones que impliquen el mejor balance entre beneficios, costos y consecuencias.

Que corresponde asimismo respaldar el compromiso de la asignación racional de los recursos, avanzando en la normatización del uso de aquellas prácticas cuya indicación no resulte universalmente adecuada, y por lo tanto su inclusión en el Programa Médico Obligatorio deba ser ajustada conforme su respaldo científico.

Que resulta conveniente establecer el mecanismo de evaluación y actualización permanentes del Programa Médico Obligatorio, a través de la conformación de una Comisión Asesora, integrada por representantes de los Agentes del Seguro y el MINISTERIO DE SALUD, que efectúe las consultas necesarias a las Sociedades Científicas, Agrupaciones Profesionales y reconocidos expertos, para valorar la evidencia que respalde la incorporación o eliminación de una determinada tecnología del Programa.

Que, para orientarse hacia el objetivo de la racional utilización de los recursos y en el contexto de la amplia oferta tecnológica que se dispone actualmente, resulta útil establecer en el marco de este Programa los usos e indicaciones de aquellas prácticas de mayor costo y complejidad, tarea que implica una extensa revisión bibliográfica y de consenso de expertos, por lo que, si bien ya ha sido iniciada, será completada en futuras actualizaciones.

Que, dentro de las modalidades asistenciales que deben brindar los Agentes del Seguro, corresponde jerarquizar aquellas que consideren al ser humano en su dimensión individual y familiar buscando su recuperación en el contexto más favorable. En este sentido es necesario adjudicar a la internación domiciliaria el mismo nivel de cobertura que la internación en un establecimiento asistencial.

Que merece una mención especial el tratamiento de los enfermos terminales, promoviendo el desarrollo de programas que contemplen el derecho a una muerte digna, considerando como prioridad el tratamiento del dolor y los síntomas angustiantes, buscando en lo posible la desinstitutionalización de dichos pacientes o su atención en centros que privilegien el cuidado, el confort y la contención del paciente y su familia.

Que corresponde reformular el capítulo de Atención Odontológica estableciendo niveles de complejidad y segmentando a la población por edades y grupos de riesgo, garantizando la accesibilidad sin costo a las prácticas preventivas y a las urgencias, así como a los menores de 18 y los mayores de 65 años, y los incluidos en el Plan Materno Infantil.

Que es necesario especificar el alcance de la cobertura en diferentes rubros que no han sido abordados por el Programa Médico Obligatorio hasta el momento, tales como Óptica, Audiología, Foniatría y Psicopedagogía. También corresponde revisar criterios respecto de los coseguros, estableciendo un régimen consistente con la estrategia de Atención Primaria de la Salud, y aclarar para cada práctica su encuadramiento en alta o baja complejidad y el monto que se determina como copago.

Que resulta necesario dejar establecida la cobertura de los tratamientos ambulatorios con medicación de alto costo, no oncológica, de probada eficacia, para garantizar el acceso de los pacientes a una determinada terapéutica específica que tendrá financiamiento por el Fondo Solidario de Redistribución.

Que las presentes modificaciones se consideran la puesta en marcha de una nueva modalidad en la fijación de Políticas de Salud para el área de la Seguridad Social y por ende en la fiscalización de su cumplimiento. En este sentido la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD podrá verificar el nivel de adecuación de los Agentes del Seguro a los nuevos requerimientos, sin duda ayudada por la nítida definición de las obligaciones.

Que la presente reforma del Programa Médico Obligatorio ha sido encarada de un modo netamente participativo, al efectuarse rondas de consultas con los principales actores del sistema: Agentes

del Seguro Sindicales y de Dirección, Entidades de Medicina Pre-paga, Sociedades Científicas, Entidades Gremiales Profesionales de distintas ramas del arte de curar, amén de aportes espontáneos individuales y de distintos grupos de variada representatividad de todo el país.

Que todos han efectuado su aporte, de indiscutible valor a la hora de confeccionar una síntesis, que ha sido guiada por una línea política definida: privilegiar la prevención, generalizar la Estrategia de Atención Primaria y profundizar el criterio de equidad

Por ello,

EL MINISTRO
DE SALUD
RESUELVE:

Artículo 1° — Apruébase el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) para los Agentes del Seguro de Salud, comprendidos en el Artículo 1° de la ley 23.660 que como Anexo I forma parte de la presente Resolución.

Art. 2º — Las Agentes del Seguro disponen de un plazo de hasta 60 días para incorporar en sus contratos e implementar las modificaciones prestacionales dispuestas en la presente resolución.

Art. 3º — Se aprueba el Catálogo de Prestaciones del Programa Médico Obligatorio, que incluye taxativamente todas las prestaciones que los Agentes del Seguro deben brindar a sus beneficiarios y que como Anexo II integra la presente resolución.

Art. 4º — Apruébanse las Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los Motivos de Consulta Prevalentes en la Atención Primaria de la Salud que como Anexo III forman parte de la presente resolución.

Art. 5º — Instrúyase a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a crear, normatizar y coordinar el funcionamiento de la Comisión Asesora para la Evaluación y Actualización del Programa Médico Obligatorio, con representantes del MINISTERIO DE SALUD y de los Agentes del Seguro.

Art. 6º — LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD fiscalizará el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio estableciendo los mecanismos de contralor y medición de resultados que permitan valorar el desempeño de los Agentes del Seguro y la satisfacción de los beneficiarios.

Art. 7º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Héctor J. Lombardo.

ANEXO I - PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO

DEFINICION

Es el Programa de Salud de cumplimiento obligatorio para todos los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y aquellos que en el futuro adhieran al mismo.

Se desarrolla sobre la base de las estrategias de Atención Primaria de la Salud, privilegiando las acciones de prevención.

Se encuentra alcanzado por lo establecido en las Leyes 24.455 y 24.901, en los Decretos 1424/97 y 1193/98 y en las Resoluciones MSyAS 625/97, 301/99, 542/99 y 791/99.

Comprende la modalidad preventiva y asistencial detallada en el presente Anexo I y las prestaciones contenidas en el Catálogo descrito en el Anexo II de la presente Resolución.

Los Agentes del Seguro deberán garantizar a sus beneficiarios mediante servicios propios o contratados el acceso oportuno, libre e igualitario a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la Salud.

COBERTURA

Los beneficiarios tendrán derecho a la totalidad de las prestaciones detalladas en el Anexo II de la presente resolución (Catálogo de Prestaciones del P.M.O.) No están incluidas en la cobertura las prestaciones efectuadas fuera del país.

1.- PROGRAMA DE ATENCION MEDICA PRIMARIA

1.1.- CARACTERISTICAS BASICAS

Este programa provee la asistencia médica fundamental, puesta efectivamente al alcance de todos los individuos y familias beneficiarias de la Seguridad Social, estimulando la participación de las mismas, logrando un beneficio superador en la inversión en Salud, acentuando la prevención de la enfermedad y la promoción y educación para la Salud sin olvidar el tratamiento oportuno y eficiente de la enfermedad. Se destaca por la permanente búsqueda de cercanía con los beneficiarios y por un marcado respeto hacia ellos en todas sus acciones. Representa el primer nivel de contacto con las personas, las familias y la comunidad dentro del marco del Sistema Nacional de Salud. Coloca como objetivo a la Salud y no a la enfermedad.

1.2.- OPERATORIA

Los Agentes del Seguro deberán implementar un modelo de atención que incluya:

A) Un profesional que cumpla el rol de médico de la familia, que, por convertirse en el referente de todos los temas de Salud, funcionalmente se denomina Médico Referente (MR).

Será seleccionado por poseer una sólida formación en medicina general y un excelente manejo de la relación médico-paciente. Calificarán particularmente los médicos que hubieran participado en programas de capacitación y reconversión profesional para Atención Primaria de la Salud.

El Médico Referente desarrollará las siguientes tareas:

a) Constituirse en el responsable de la atención de un grupo poblacional asignado.
b) Ser puerta de Entrada al Sistema de Atención programada y realizar el encuadre general del paciente, organizar el proceso de estudio y tratamiento, solicitar la interconsulta especializada, recibir la opinión del especialista consultado y dar continuidad a la atención.

c) Realizar el seguimiento horizontal y vertical de la atención de la población bajo su responsabilidad.

d) Efectuar acciones de promoción y educación que tiendan a generar hábitos en el cuidado de la salud en cada oportunidad de contacto.

e) Participar en los programas generales de prevención.

f) Ofrecer un diagrama horario de atención en consultorio que garantice la obtención de turnos programados dentro de los tres días hábiles de la solicitud.

g) Realizar atención en domicilio en forma programada garantizando la unidad y continuidad de la atención.

h) Visitar a los internados a efecto de acompañar al paciente en la internación, contener a él y su familia, relacionarse con los médicos responsables de la atención en la internación volcando su conocimiento sobre los antecedentes del paciente, observar la calidad de la atención y efectuar las sugerencias que fueran necesarias.

i) Participar en las reuniones que el Agente del Seguro convoque para evaluación y control de la evolución del modelo asistencial implementado.

j) Desarrollar acciones de anticipación a la demanda buscando vincularse con el segmento de población a cargo que no requirió de sus servicios en base a las estrategias diseñadas por el Agente del Seguro.

k) Interactuar con los demás profesionales del sistema centralizando la información a efecto de poder mantener actualizada la Historia Clínica Familiar Unica y dar continuidad al proceso asistencial.

B) Un Equipo Base de Atención Médica Primaria (EBAMP). Es la estructura básica organizativa y funcional que desarrolla en forma continua y compartida las actividades de la Atención Primaria de la Salud, se interrelaciona con el resto de los niveles de atención, garantizando que la asistencia sea integral e integrada. Es pilar fundamental y responsable de la ejecución y éxito de la prevención, preocupación máxima del Modelo de Atención de la Salud.

Está integrado por el MR, un Pediatra y un Ginecólogo específicamente asignados como equipo para una población determinada. El MR actúa como coordinador del mismo. Participan en forma conjunta en el proceso de atención y en la ejecución de los Programas de Prevención. Los beneficiarios accederán en forma directa a estos profesionales.

1.2.1.- NORMAS GENERALES

Los MR tendrán una población a cargo asignada no mayor a 1000 personas.

Su remuneración no debe basarse en el pago por acto médico.

El acceso a los integrantes del Equipo Base de Atención Primaria debe garantizar la obtención de turnos dentro de los tres días hábiles de la solicitud.

Los Agentes del Seguro deberán incorporar a este sistema como mínimo al 20% de su población beneficiaria por año en los siguientes cuatro años contados a partir de la vigencia de esta resolución. Los beneficiarios no ingresados a este modelo de atención, accederán a la consulta médica general y especializada de la misma forma que lo ha hecho hasta el presente y continuarán abonando los mismos valores de coseguro en consulta médica estipulados en la Res. 247/96 MSyAS.

2.- PROGRAMAS DE PREVENCION

Los programas de prevención incluidos en este capítulo son los de mayor importancia para la población general. Cada Agente del Seguro desarrollará, en base al conocimiento epidemiológico particular de su población, programas específicos de prevención que ataquen los riesgos prevalentes, además cumplir con los programas enunciados a continuación.

Se deberá valorar que la simple existencia u oferta de estos programas no constituye el cumplimiento acabado de los mismos. La cantidad de beneficiarios que se logre incluir en esta sistemática y su continuidad en el tiempo son las cualidades a valorar. A este fin los Agentes del Seguro desarrollarán políticas activas de captación dentro de la población beneficiaria.

2.1.- PLAN MATERNO-INFANTIL

Este plan abarca la cobertura del embarazo y del parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento. Atención del recién nacido hasta cumplir el año de edad.

Comprende:

Cobertura del 100% de la atención integral del embarazo, parto y del recién nacido.

Cobertura del 100% en medicamentos inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio para la madre y del 40 % para medicamentos ambulatorios no relacionados. Cobertura del 100% en medicamentos para el niño hasta el año de vida.

2.1.1.- ATENCION DEL EMBARAZO

En embarazos normales se realizará un control mensual hasta la semana 35, quincenal de la 35 a la 38 y semanal desde la 38 hasta el parto.

En embarazos de riesgo, se deberán contemplar controles sin restricciones, con la cobertura de los estudios que cada patología requiera.

2.1.1.1.- PRIMER CONTROL / PRIMER TRIMESTRE

- Anamnesis y confección de historia clínica
- Determinación de la edad gestacional y fecha probable de parto. Examen gineco-obstétrico y mamario.
- Examen clínico general.
- Exámenes de laboratorio: grupo y factor Rh, hemograma, glucemia, uremia, orina completa, VDRL, serología para Chagas, toxoplasmosis, HIV y HbsAg.
- Estudio bacteriológico de orina en pacientes con antecedentes de infección urinaria.
- En madres Rh negativas realizar prueba de Coombs indirecta, si fuera positiva repetir en la semana 32. Realizar grupo y factor al padre del niño.
- Colposcopia y Papanicolao.
- Ecografía obstétrica.
- Evaluación cardiológica y odontológica.
- Educación alimentaria.

2.1.1.2.- SEGUNDO TRIMESTRE

- Ecografía obstétrica.
- Exámenes de Laboratorio: hemograma, recuento de plaquetas, uremia, uricemia, glucemia y orina entre la semana 24 y 28.
- Glucemia postprandial o curva de tolerancia a la glucosa en caso de necesidad.
- Vacuna antitetánica en el 5º mes, primera dosis para la paciente no vacunada o con vacunación vencida.

2.1.1.3.- TERCER TRIMESTRE

- Hemograma, eritrosedimentación, glucemia, orina, coagulograma, VDRL, uricemia
- Electrocardiograma y riesgo quirúrgico.
- Ecografía.
- Curso psicoprofilaxis obstétrica
- Monitoreo semanal a partir de la semana 36.

2.1.2.- ATENCION DEL PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO

- Internación. Será, como mínimo, de 48 hs. para un parto vaginal y de 72 hs. para una cesárea.
- En madres Rh (-) no sensibilizadas con hijos (+) se dará cobertura con gamaglobulina anti-Rh. dentro de las 72 hs. de ocurrido el parto y durante la internación. En madres Rh (-) cuyos embarazos terminan en abortos se dará cobertura de gamaglobulina anti-Rh.
- Consejos para lactancia materna, puericultura y procreación responsable.

2.1.3.- ATENCION DEL RECIEN NACIDO Y HASTA EL AÑO DE VIDA

- Brindar cobertura de internación de 48 hs. con control adecuado por profesional a todos los recién nacidos. En caso de recién nacidos patológicos brindar cobertura de internación, medicamentos y métodos diagnósticos sin límite de tiempo.
- Promover el contacto inmediato del recién nacido con la madre.
- Estudios para detección de fenilcetonuria, hipotiroidismo y enfermedad fibroquística.
- Búsqueda semiológica de signos de luxación congénita de cadera (Maniobra de Ortolani). Se solicitará ecografía de cadera en los nacimientos en podálica, con semiología positiva o dudosa y en niñas con antecedentes familiares.

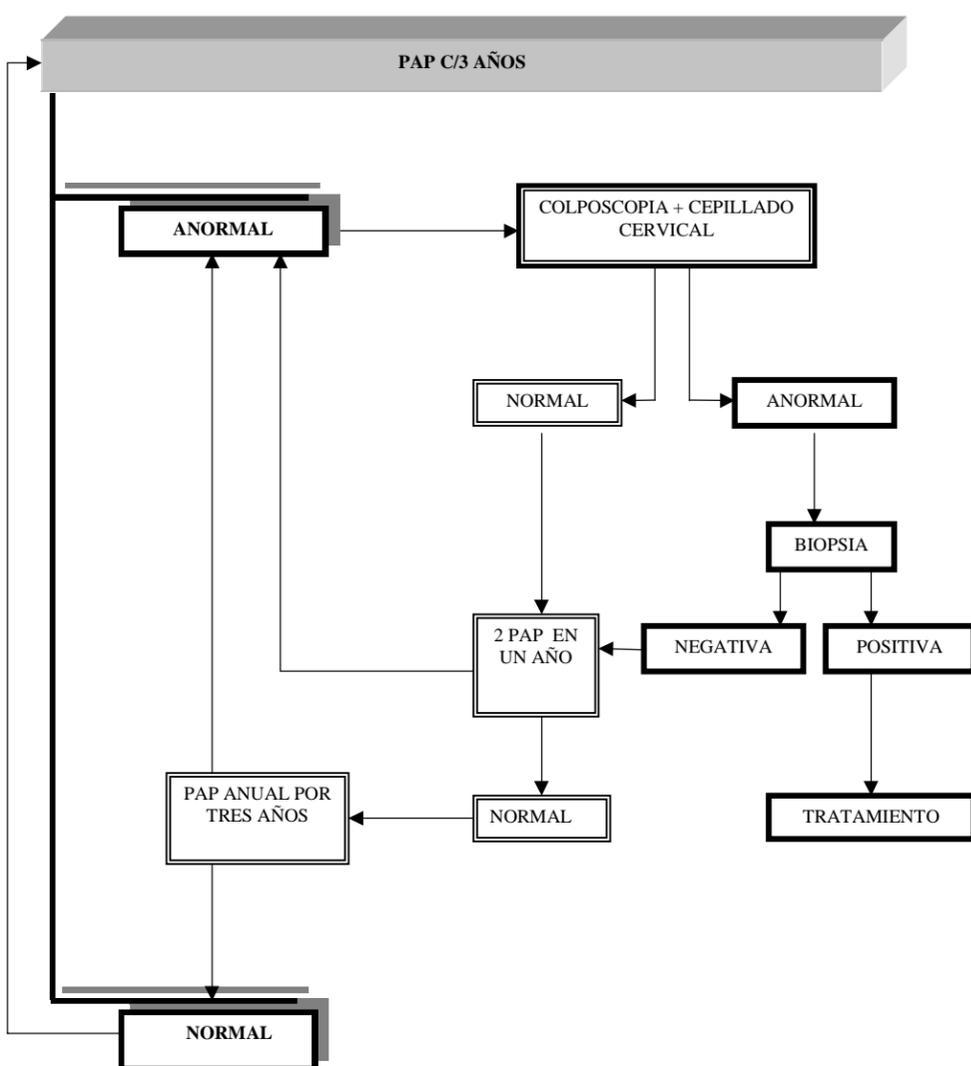
- Detección clínica de deficiencias sensoriales.
 Al segundo día de vida el Neonatólogo, verificará prioritariamente:
 - Audición (movimiento de defensa ante ruidos)
 - Sensibilidad ante estímulos táctiles
 - Reflejos
 A la semana de vida se efectuará:
 - Control de audición por ruidos y movimiento del tronco y ojos siguiendo la mirada de la madre.
 - Control de la visión con el seguimiento de objetos.
 - Evaluación de la toma de objetos.
 Dichos controles deberán asentarse en la ficha médica del neonato.
 En caso de duda se derivará a taller de estimulación temprana con la madre (primer mes).
 De persistir baja reactividad a los estímulos sensoriales deberán realizarse potenciales evocados auditivos y visuales.
 En las deficiencias sensoriales de niños distróficos se dará tratamiento prioritario de la distrofia.
 Descartar la otitis media del lactante por otomicroscopía.
 Detectada la hipoacusia:
 - Diagnóstico de la hipoacusia con potenciales evocados hasta los dos años.
 - Taller de estimulación del niño hipoacúsico
 - Comenzar rehabilitación fonoaudiológica en forma temprana.
 - Determinación de grupo y factor Rh, Aplicación de Vitamina K 1 mg intramuscular.
 - Aplicación de vacuna BCG al recién nacido antes del alta.
 - Provisión de libreta sanitaria infantil donde se consignará: peso, talla, Apgar, características del parto y patologías obstétrico-neonatales.
 - Consultas de seguimiento y control post-alta, al 10 día del nacimiento y luego con frecuencia mensual.
 - Inmunizaciones del período.
 - Con el objeto de promover la lactancia materna no se cubrirán leches maternizadas. Para la cobertura de leches medicamentosas se cubrirán 4 kg/mes hasta los 3 meses de edad. La indicación médica se acompañará de resumen de Historia Clínica que la justifique.
 - A partir del segundo semestre, en los niños que no reciban leche materna se recomienda la de leche de vaca fortificada con hierro, zinc y ácido ascórbico, en consonancia con el Programa Materno Infantil público, para la prevención de la anemia por deficiencia de hierro. En niños mayores de 4 meses que no reciban leche fortificada con hierro, se deberá cubrir la suplementación medicamentosa con hierro oral hasta los 18 meses.

2.2.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer de cuello uterino es una de las causas de mayor morbilidad evitable de la patología oncológica de la mujer. La detección precoz es la manera de disminuir la morbilidad de esta patología. Se debe realizar:
 Papanicolao (PAP) inicial a toda mujer mayor de 25 años que haya iniciado su vida sexual. Si fuera normal, el mismo se repetirá a los tres años del anterior, manteniendo esta periodicidad hasta los 70 años. Después de los 70 años se efectuará cada cinco años.
 En caso que el PAP de control fuera anormal (incluyendo entre los anormales el A.S.C.U.S.Θ de la clasificación de Bethesda) se debe realizar colposcopia y cepillado endocervical. Si estos controles fueran normales, el PAP se debe repetir dos veces en un año y si éstos fueran normales continúa con un PAP anual por tres años y de persistir normales vuelve al control cada 3 años.
 De registrarse colposcopia patológica o anormal, se debe realizar biopsia dirigida colposcópica, si ésta verificara patología pasa al tratamiento de la misma. De ser la biopsia negativa se realizará un control anual con PAP y colposcopia. Si estos estudios fueran normales continúa con el control trianual.

Θ A.S.C.U.S. Clasificación de Bethesda: Células cervicales anómalas de significado indeterminado.

ALGORITMO PARA EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 25 A 70 AÑOS QUE INICIARON VIDA SEXUAL



2.3.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente y que produce el mayor número de muertes por cáncer en la población femenina. La única manera de prevención hasta el momento es la detección precoz.

2.3.1.- AUTOEXAMEN

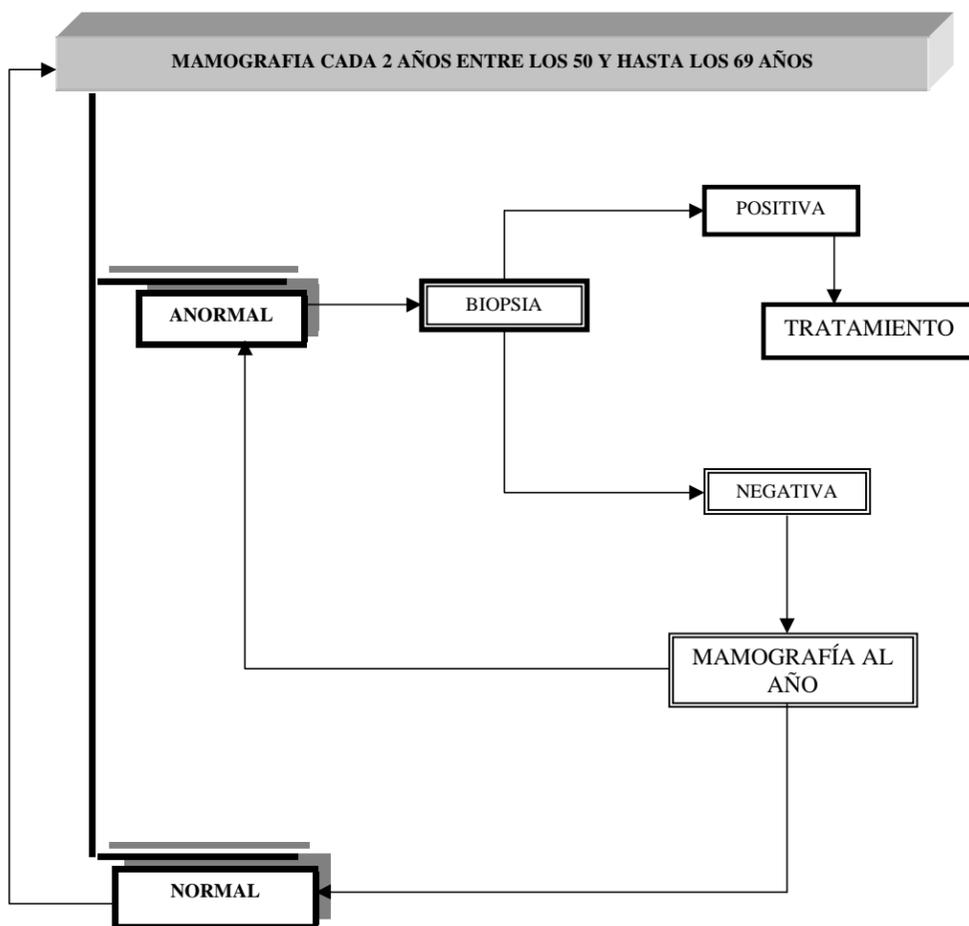
Se debe estimular el autoexamen mamario con planes de educación, folletos ilustrativos u otras estrategias de comunicación. Para las mujeres premenopáusicas debe realizarse en la semana posterior a su menstruación e incluye la palpación de la axila.

2.3.2.- DETECCIÓN MAMOGRAFICA

- Población en riesgo aumentado
 Las mujeres por debajo de 40 años, con una fuerte historia familiar de cáncer de mama, deben entrar en planes diferenciados de prevención. En esta situación se recomienda una mamografía a los 36 años, y una mamografía anual a partir de los 40.

- Población en riesgo estándar
 Se le debe realizar una mamografía a los 50 años. Si fuera negativa se debe continuar con una mamografía cada 2 años hasta los 69 años. Con resultado mamográfico anormal se realizará biopsia. En caso de resultado positivo pasa a tratamiento. Si en cambio fuera negativa, realizar una mamografía al año y con el resultado normal regresa a los controles bianuales.

PACIENTES EN RIESGO ESTANDAR PARA EL CÁNCER DE MAMA ALGORITMO DEL DIAGNOSTICO PRECOZ



2.4.- PROGRAMA DE CONTROL DE LA PERSONA SANA

2.4.1.- EXAMEN PERIODICO DE SALUD

Los médicos suelen invertir alrededor de un tercio de sus horas de trabajo en realizar un examen periódico de salud a sus pacientes. Alguna parte de la población tiene la noción de la necesidad de realizarlo y generalmente lo asocian a estudios complementarios, a realizar en tiempos rígidos con independencia del sexo y de la edad. Las Sociedades Científicas de todo el mundo han manifestado preocupación sobre este tema y han propulsado esquemas más selectivos en prevención y detección de problemas de salud. Se debe tomar como guía general la edad de los pacientes para definir las conductas a adoptar. En este sentido se ha normatizado, según edades, el Control de la Persona Sana, en base a las evidencias de la utilidad de los esquemas y a la comprobación del impacto sanitario de los mismos.

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 20 A 35 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de tensión arterial
- Control de talla y peso
- Papanicolao cada 3 años. Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino
- Un control de Colesterol y HDL
- Serología para rubéola en las mujeres mayores de 12 años
- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 35 A 45 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de tensión arterial
- Control de talla y peso
- Papanicolao cada 3 años. Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino
- Colesterol con periodicidad según resultado obtenido (ver normas particulares)
- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 45 A 55 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de tensión arterial
- Control de talla y peso
- Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata en varones a partir de los 50 años
- Papanicolao cada 3 años. Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino
- Glucemia cada tres años en caso de ser normal
- TSH en mujeres mayores de 50 años con periodicidad según el resultado obtenido
- Mamografía cada 2 años en mujeres desde los 50 años. Ver Programa de Prevención del Cáncer de Mama
- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones

EXAMEN DE SALUD ENTRE LOS 55 A 65 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de tensión arterial
- Control de talla y peso
- Papanicolao cada 3 años. Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino
- Mamografía cada 2 años. Ver Programa de Prevención del Cáncer de Mama
- Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata
- Sangre oculta en materia fecal anual
- Colesterol
- Glucemia cada 3 años
- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones

EXAMEN DE SALUD PARA MAYORES DE 65 AÑOS

- Examen clínico anual
- Control de presión arterial
- Control de talla y peso
- Sangre oculta en materia fecal anual.
- Papanicolao Ver Programa de detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino
- Mamografía cada 2 años hasta los 70 años. Ver Programa de Prevención del Cáncer de Mama
- Tacto rectal en examen clínico anual para control de próstata
- Screening de compromiso auditivo por interrogatorio periódico de los pacientes. No es necesario realizar Audiometría
- Examen de agudeza visual
- Detección de problemas de alcoholismo y otras adicciones

2.4.1.1.-ESPECIFICACIONES DE LOS CONTROLES

CONTROL DE TALLA Y PESO

La Obesidad es una enfermedad con una elevada prevalencia en el mundo occidental, alrededor de un tercio de la población mayor a 20 años padece de Obesidad. En nuestro país la prevalencia de Obesidad es del 20 a 22 % y la de Sobrepeso del 32 a 39%.

Se habla de Sobrepeso a los valores entre 25 a 29,9 Kg/m² y de Obesidad cuando el índice masa corporal es mayor a 30 Kg/m², y.

El índice de masa corporal (Índice de Quetelet) está determinado por la relación entre el peso de la persona sobre la talla al cuadrado. Este índice ha demostrado tener una relación directa con la mortalidad, el riesgo de muerte se eleva tanto en los valores bajos como en los altos. Un índice mayor a 28 Kg/m² se asocia con aumento de la mortalidad por Cardiopatía, ACV, Diabetes e Hipertensión.

El tipo de distribución de la grasa corporal tiene relación con el pronóstico. El acumulo de grasa en caderas y miembros, distribución ginecoide, tiene una menor morbilidad que la distribución Androide donde la grasa se acumula en la cintura. La distribución Androide marca una tendencia a que la grasa se disponga en las vísceras abdominales lo cual, a su vez, se asocia a mayores niveles de insulina. La medición de la relación cintura / cadera se considera anormal cuando es mayor a 1,0 en el varón y mayor a 0.90 en la mujer. De la misma manera se considera patológico un diámetro de la cintura mayor a 100 cm en el varón u 89 cm en la mujer.

COLESTEROL

La aterosclerosis coronaria y periférica es la principal causa de muerte entre varones y mujeres en el mundo occidental. En nuestro país las patologías cardiovasculares encabezan la lista de las causas de muerte con un 46% de los casos, desglosado en 31% de causa cardíaca, 10% cerebrovasculares y 5 % aterosclerosis en otros focos. Múltiples estudios epidemiológicos han demostrado claramente la relación entre Colesterol y cardiopatía isquémica. Se observó que la mortalidad cardiovascular comienza a aumentar exponencialmente a partir de valores de colesterol mayores a 180 mg%.

El mecanismo central de la aterogénesis es el depósito de Colesterol en las paredes arteriales. Casi todas las lipoproteínas están implicadas en este proceso. Por el contrario el HDL se encarga del proceso contrario de eliminar el colesterol de las paredes arteriales (transporte invertido).

Se recomienda que toda persona mayor de 20 años tengan una determinación de colesterol y HDL, reservando el estudio de los Triglicéridos sólo si alguno de los anteriores se encuentra dentro de límites anormales. De obtenerse valores deseables de colesterol total (200 mg.), se repetirá solamente el colesterol a los 35 años y de allí en más cada 5 años hasta los 70 años, siempre que los sucesivos controles no registren resultados indeseables.

Más allá de los 75 años el Colesterol elevado no es predictivo de mortalidad cardiovascular, por lo que no debe ser testeado en forma rutinaria. No se recomienda la medición rutinaria de HDL Colesterol o Triglicéridos en pacientes sanos.

No se incluirán en esta sistemática a aquellos pacientes que posean factores de riesgo.

Se define como colesterol normal o deseable al valor inferior a 200 mg%. Colesterol límite o indeseable de 200 a 239 mg%, y colesterol elevado al valor mayor a 240 mg%. Cuando los valores de Colesterol se hallan por encima de los límites estipulados se recomienda solicitar un nuevo dosaje que incluya el resto del perfil lipoproteico.

GLUCEMIA

La determinación de glucemia debe hacerse cada tres años a partir de los 45 años de edad, siempre que los sucesivos registros sean siempre normales.

La edad de comienzo y la frecuencia no es aplicable si se registra factores de riesgo para padecer Diabetes: obesidad, familiares de primer grado con diabetes, antecedentes de partos con niños de peso elevado, hipertensión, dislipemias o antecedentes de glucemias elevadas en análisis previos.

TEST DE FUNCION TIROIDEA

La solicitud de Test de función tiroidea es recomendada en mujeres de más de 50 años por lo menos en una oportunidad o ante la sospecha de anomalías tiroideas, bocio o dislipemia. Si los valores de TSH son menores a 0,3 mU/ml o mayores a 10 mU/ml se procede a solicitar T4 libre para ampliar la información.

Si bien algunos pacientes tienen manifestaciones clínicas evidentes de Hipertiroidismo o Hipotiroidismo en la mayor parte de los casos nos encontraremos con formas subclínicas de la enfermedad.

Los pacientes con niveles elevados de TSH mayores a 5 mU/ml con T4 libre normal, tienen Hipotiroidismo subclínico. La prevalencia de esta entidad es elevada 5 a 10% de las mujeres de más de 60 años. Si bien por definición las mujeres con esta entidad son asintomáticas, tienen mayor riesgo de padecer Osteoporosis (aceleración de la pérdida ósea), Arritmias Cardíacas (fibrilación auricular más frecuentemente), Dislipemia, además de poder progresar a un Hipotiroidismo florido en los próximos años.

Si los valores de TSH se hallan entre 5 y 10 mU/ml el riesgo de progresión es bajo y pueden ser observadas en forma periódica con análisis cada 12 meses. Si los valores de TSH son mayores a 10 mU/ml y tienen Anticuerpos positivos el riesgo de progresión es mayor y justifican un tratamiento con Levotiroxina.

TABAQUISMO Y CANCER DE PULMON

El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en el mundo occidental. Se halla vinculado al tabaco a tal punto que más del 80% de estos tumores se dan en fumadores. Tiene una elevada mortalidad una vez que se lo diagnostica.

No se ha demostrado reducción de la mortalidad por cáncer de pulmón con técnicas de Screening. Por tal razón los máximos esfuerzos se deben dirigir a la prevención primaria con programas de abandono del tabaco, el EBAMP tiene, por su alto contacto con la población, una misión trascendente en el logro de este cambio de hábito.

DETECCION DEL CANCER COLORRECTAL

El Carcinoma Colorrectal es la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo occidental. La mayoría de los cánceres Colorrectal crecen a partir de pólipos preexistentes que localizan en la región rectosigmoidea.

El control es recomendado para toda persona mayor de 50 años, con la realización de sangre oculta en materia fecal en forma anual, a pesar de su baja especificidad. No se recomienda, con carácter de Screening, el uso de colon por enema o colonoscopia.

2.4.2.- RECOMENDACIONES GENERALES SEGUN ETAPA DE LA VIDA

El Equipo Base de Atención Primaria aprovechará cada contacto, asistencial o no, con su población a cargo para transmitir las recomendaciones que hacen al mejoramiento de los hábitos de vida e impactan sobre la Salud.

PARA LAS PERSONAS DE 20 A 65 AÑOS

- Prevención de lesiones por accidentes de tránsito, utilizar cinturón de seguridad, casco para motociclistas y ciclistas, educación vial. No tener armas de fuego en la casa.
- Evitar consumo de tóxicos como el alcohol, tabaco y drogas ilícitas.
- Elaborar un programa de Ejercicios físicos regulares.
- Limitar la ingesta de grasas y colesterol, mantener el balance calórico y aumentar el aporte de frutas y vegetales.
- Ingesta adecuada de calcio en las mujeres.
- Evitar conducta sexual de alto riesgo. Usar condones.
- Visitar regularmente al odontólogo.
- Discutir la propuesta de un programa de reemplazo hormonal posmenopáusico.

PARA LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

- Evitar consumo de tóxicos como el alcohol, tabaco y drogas ilícitas.
- Consejos dietéticos similares al grupo anterior.
- Ingesta dietética adecuada de calcio y vitamina D
- Prevención de caídas y lesiones por quemaduras
- Salud dental
- Evitar conducta sexual de alto riesgo. Usar condones.

3.- ATENCION SECUNDARIA

3.1.- ASISTENCIA AMBULATORIA

3.1.1.- CONSULTAS MEDICAS

Tendrán cobertura las consultas con todas las especialidades médicas reconocidas por la autoridad sanitaria. Quedan comprendidas las consultas de urgencia y las programadas, en consultorio y a domicilio.

Se dividen, según su modalidad de acceso, en directas e indirectas. Siendo las de acceso directo aquellas que brinda el Equipo Base de Atención Médica Primaria, el Oftalmólogo y los servicios de urgencia.

Al resto de las especialidades se accede indirectamente, por indicación taxativa del MR o del Pediatra del EBAMP. El paciente, en su tránsito por los distintos niveles y servicios, es tutelado por éstos. Estas indicaciones de consulta especializada se efectuarán bajo el estilo de interconsulta, implicando por tanto un informe de devolución del especialista consultado. A efecto de no entorpecer el acceso, el consultante del EBAMP, especificará la cantidad o dejará abierto el número de consultas a realizar por el especialista.

Los turnos de consulta para las especialidades de acceso indirecto se otorgarán como máximo a los cinco días hábiles de la solicitud.

3.1.2.- PRACTICAS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AMBULATORIOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS

Se incluyen con cobertura del 100% todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el ANEXO II de la presente Resolución, con los materiales descartables, radioactivos, de contraste, medicamentos o cualquier otro elemento necesario para realizarlas.

3.2.- INTERNACION

Contempla con el 100% de cobertura la internación Clínico-Quirúrgica, Especializada, de Alta Complejidad y Domiciliaria, sin coseguros, ni límite de tiempo, excepto el señalado en el capítulo de Salud Mental.

Incluye todas las prestaciones y prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el ANEXO II de la presente Resolución.

Tiene 100% de cobertura en gastos, derechos, honorarios, material de contraste o radioactivo, medicamentos, elementos e instrumentales necesarios, descartables o no.

A las modalidades de Hospital de Día y Cirugía Ambulatoria les corresponde una cobertura idéntica a la de internación.

Las cirugías programadas no podrán tener una espera mayor de 30 días a partir de su indicación.

4.- SALUD MENTAL

4.1.- PREVENCION EN SALUD MENTAL

Se incluyen todas aquellas actividades de fortalecimiento y desarrollo de comportamientos y hábitos de vida saludables como forma de promoción de la salud en general y la salud mental en particular.

Actividades específicas que tienden a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestar psíquico en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil y otros.

Los Agentes del Seguro propiciarán las prácticas de Promoción de la Salud Mental mediante el desarrollo de actividades grupales y la modalidad de talleres que tiendan a la participación, el apoyo mutuo y los comportamientos solidarios.

4.1.2.- TECNICAS

-Taller: Es un espacio de intercambio donde se ponen de manifiesto dificultades y posibilidades de resolución, es una instancia de producción colectiva facilitadora de transformaciones individuales.

Es una técnica de abordaje de la tarea. El número de reuniones es acotado en función a la tarea a desarrollar. La intervención del coordinador tiene direccionalidad facilitadora del cumplimiento del objetivo prefijado, promoviendo el intercambio de experiencias. La heterogeneidad e interacción de los participantes facilita el intercambio y la profundización de la tarea.

Se basa en una concepción: dinámica, solidaria, facilitadora de cambios subjetivos en un contexto grupal y también de la economía de esfuerzos y recursos.

Es aplicable a cualquier temática: afectividad, nutrición, familia, sexualidad, parejas, tercera edad, promoción y educación del autocuidado para diversas patologías.

El número mínimo es de cuatro personas y el máximo es el compatible con su manejo armónico, en su composición es heterogéneo en sexo y edad y homogéneo en la especificidad (padres, tercera edad, diabéticos, etc.).

El coordinador es un profesional o persona capacitada en el manejo de las técnicas grupales y específicamente formada en la temática a abordar en el taller.

El taller es una herramienta fundamental para las actividades de prevención y promoción de la salud además de constituirse en una técnica importante de capacitación.

Es recomendable su utilización frente a patologías que requieren condiciones de autocuidado (diabetes, adicciones, pacientes en riesgo cardiovascular, tabaquismo, alcoholismo, etc.), en situaciones de crisis vitales (embarazo, separaciones, duelos, pérdida de trabajo, grupos de padres, grupos de adolescentes, tercera edad) y para el desarrollo de hábitos de vida saludables.

- Grupo de autoayuda: Sus integrantes están identificados por la homogeneización, el vínculo es personal, los miembros son pertenecientes, tienen cohesión, se piensan en forma grupal, tiene universalidad, "lo que me pasa a mí le pasa a otro", moviliza a la esperanza. Se utilizan técnicas verbales y psicodramáticas, donde se pone en acto las situaciones de la vida cotidiana. El coordinador es una persona que está o estuvo atravesando la misma situación problemática que el resto del grupo por la que han sido convocados. La cantidad de miembros es variable.

4.2.- PRESTACIONES CUBIERTAS

4.2.1.- Atención ambulatoria. Hasta 30 sesiones cada 12 meses por beneficiario.

Incluye las siguientes modalidades:

Entrevista psiquiátrica
Entrevista psicológica
Entrevista y tratamiento psicopedagógico
Psicoterapia individual
Psicoterapia grupal
Psicoterapia de familia y de pareja
Psicodiagnóstico

4.2.2.- Internación.

En casos agudos hasta 30 días cada 12 meses.
En hospital de día: hasta 60 días cada 12 meses.

5.- REHABILITACION

Se incluyen todas las prácticas Kinesiológicas y Fonoaudiológicas que se detallan en el ANEXO II de la presente Resolución.

Los Agentes del Seguro darán cobertura al 100% en los casos de necesidad de rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial. Con el siguiente alcance:

Kinesioterapia: hasta 25 sesiones por afiliado cada 12 meses.
Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por afiliado cada 12 meses.

Accidente Cerebrovascular: Hasta tres meses, prorrogable por la Auditoría del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución.

Post-operatorio de traumatología: Hasta 30 días, prorrogable por la Auditoría del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución.

Grandes accidentados: Hasta seis meses, prorrogable por la Auditoría del Agente del Seguro mientras se documente progreso objetivo en la evolución.

6.- ODONTOLOGIA

Se establece un sistema de atención odontológica estructurado en tres niveles de atención de acuerdo a la complejidad y segmentado por edades de manera de eliminar toda barrera a la accesibilidad en los grupos de mayor riesgo.

6.1.- LISTADO DE PRESTACIONES CUBIERTAS

La reglamentación específica de cada práctica queda sujeta a la relación entre financiador / profesional actuante, debiendo la misma garantizar la accesibilidad de los beneficiarios a la cobertura.

NIVEL 1. ODONTOLOGIA BASICA

| CODIGO | Detalle |
|--------|---|
| I | CONSULTAS |
| 01.01 | Consulta. Diagnóstico. Fichado y Plan de Tratamiento. Este código incluye examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Se considera como primera consulta y comprende la confección de historia clínica odontológica. |
| 01.04 | Consulta de Urgencia. Se considera consulta de urgencia a toda consulta sin turno previo, que resuelva la demanda espontánea. El beneficiario una vez resuelta la urgencia podrá consultar a su odontólogo general para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecte. No se contempla dentro de esta consulta la realización de prácticas no cubiertas, a excepción del cementado de puentes y coronas que no requieran de restauración protética. |

II OPERATORIA DENTAL

Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental, tanto en superficies oclusales, fosas y fisuras, caras libres y proximales. La obturación definitiva debe incluir, en menores de 18 años el sellado de todas las superficies no tratadas.

| | |
|-------|--|
| 02.01 | Obturación amalgama. Cavity Simple. |
| 02.02 | Obturación amalgama. Cavity Compuesta o Compleja, |
| 02.05 | Obturación resina autocurado. Cavity Simple. |
| 02.06 | Obturación resina autocurado Cavity Compuesta o Compleja |

| | |
|-------|---|
| 02.08 | Obturación resina Fotocurado Sector Anterior. Comprende la restauración de las piezas anteriores y vestibular de primeros premolares. |
| 02.09 | Reconstrucción de ángulo en dientes anteriores |

| V | ODONTOLOGIA PREVENTIVA |
|-------|---|
| 05.01 | Tartrectomía y cepillado mecánico. Esta práctica no incluye el blanqueamiento de piezas dentarias. En pacientes mayores de 18 se cubrirá una vez por año. |
| 05.02 | Consulta preventiva. Terapias fluoradas. Incluye Tartrectomía y cepillado mecánico, detección y control de placa bacteriana, enseñanza de técnicas de higiene. Se cubrirá hasta los 18 años y hasta dos veces por año. Comprende aplicación de flúor tópico, barniz y colutorios. |
| 05.04 | Consulta preventiva. Detección control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Comprende enseñanza de técnicas de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Incluye monitoreo anual |
| 05.05 | Selladores de surcos, fosas y fisuras. Esta práctica se reconoce hasta los 18 años en premolares y molares permanentes. |

| IX | RADIOLOGIA |
|-------|---|
| 09.01 | Radiografía Periapical. Técnica de Cono Corto o Largo. Radiografía Bite-Wing. |
| 09.02 | RADIOGRAFIA OCLUSAL |
| 09.03 | Radiografías Dentales Media Seriado: de 5 a 7 Películas |
| 09.04 | Radiografías Dentales Seriado: de 8 a 14 Películas |

| X | CIRUGIA |
|-------|---|
| 10.01 | Extracción dentaria. |
| 10.05 | Reimplante Dentario Inmediato al Traumatismo con Inmovilización |
| 10.06 | Incisión y Drenaje de Abscesos |

NIVEL 2. ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

| CODIGO | Detalle |
|--------|---|
| III | ENDODONCIA |
| 03.01 | Tratamiento de Conducto en Unirradiculares |
| 03.05 | Biopulpectomía Parcial |
| 03.06 | Necropulpectomía Parcial o Momificación. En piezas que por causa técnicamente justificada no se pueda realizar el tratamiento endodóntico convencional. |

| VII | ODONTOPEDIATRIA |
|-------|---|
| 07.01 | Consultas de Motivación. Se cubrirá hasta los 13 años de edad e incluye la consulta diagnóstica, examen y plan de tratamiento. Comprende hasta tres visitas al consultorio. |
| 07.04 | Tratamiento en Dientes Temporarios con Formocresol. Cuando el diente tratado no esté próximo a su exfoliación. También se cubrirá en piezas permanentes con gran destrucción coronaria. |
| 07.03 | Reducción de Luxación con Inmovilización Dentaria |
| 07.06 | Reimplante Dentario e Inmovilización por Luxación Total. |
| 07.07 | Protección Pulpar Directa. |
| 07.08 | Aplicación de Cariostáticos. Se cubrirá ante la presencia de caries rampantes en dientes temporarios. |

| VIII | PERIODONCIA |
|-------|--|
| 08.01 | Consulta de Estudio. Sondaje, Fichado, Diagnóstico y Pronóstico. |
| 08.02 | Tratamiento de la gingivitis. Comprende tartrectomía, raspaje y alisado supragingival, detección y control de placa, topicación con flúor y enseñanza de técnicas de higiene bucal. Se cubrirá anualmente. |

| X | CIRUGIA |
|-------|---|
| 10.02 | Plástica de Comunicación Buco-Sinusal |
| 10.03 | Biopsia por Punción o Aspiración o escisión |
| 10.04 | Alveolectomía Estabilizadora |
| 10.09 | Extracción de Dientes con retención ósea o mucosa |
| 10.10 | Germectomía |
| 10.11 | Liberación de Dientes retenidos |
| 10.13 | Tratamiento de la Osteomielitis |
| 10.14 | Extracción de Cuerpo Extraño |
| 10.15 | Alveolectomía Correctiva |
| 10.16 | Frenectomía |

| XII | ESTOMATOLOGIA |
|-------|---|
| 12.01 | Consulta especializada para el tratamiento de lesiones propias de la mucosa bucal |

NIVEL 3. ODONTOLOGIA COMPLEJA

| CODIGO | Detalle |
|--------|---|
| I | CONSULTAS |
| 01.03 | Consulta a Domicilio. Se considera consulta domiciliaria a la atención de paciente es impedidos de trasladarse al consultorio del prestador, con derivación escrita por el médico tratante. |

| | |
|-------|---|
| II | OPERATORIA DENTAL |
| 02.04 | Obturación con tornillo en conducto. Comprende el tratamiento de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por las caries dental cuando la destrucción coronaria sea mayor a los dos tercios de la distancia intercuspeada. La obturación definitiva debe incluir, en menores de 18 años, el sellado de todas las superficies no tratadas. Será reconocida una única vez por pieza tratada. |

| | |
|-------|---|
| III | ENDODONCIA |
| 03.02 | Tratamiento de Conducto en Multirradiculares. |

| | |
|--|--|
| IV | PROTESIS |
| Las prácticas comprendidas dentro de este capítulo se cubrirán cada tres años. Incluyen hasta dos controles posteriores. | |
| 04.03 04.05 | Prótesis Completa Superior de Acrílico Prótesis Completa Inferior de Acrílico |

| | |
|--|---|
| VI | ORTODONCIA |
| Se cubrirá un tratamiento por paciente, entre los 5 y los 8 años, con el fin de prevenir anomalías futuras de difícil resolución y asegurar un recambio dentario normal. La pérdida o rotura de los aparatos estará a cargo del beneficiario, con valores que deberán estar convenidos previamente con el Agente del Seguro y con conocimiento del paciente. | |
| 06.01 06.02 | Consulta especializada de ortodoncia. Comprende la confección de ficha de ortodoncia donde figuren además de los datos de filiación del paciente, las características del caso con diagnóstico, pronóstico, duración y plan de tratamiento. Ortodoncia interceptiva. Comprende el tratamiento de anomalías: Clase II Clase III Compresiones transversales y posteroanteriores severas. Mordidas cruzadas anterior, lateral o bilateral Mordidas abiertas. Se considerará finalizado el tratamiento cuando se encuentren en boca los ocho incisivos y los cuatro primeros molares permanentes y se constate la alineación de incisivos con entrecruzamiento y resalte correctos |

| | |
|----------------|---|
| VII | ODONTOLOGIA |
| 07.02 07.05 | Mantenedor de Espacio. Comprende mantenedores de espacio fijo o removible. Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 8 años inclusive. Se incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión. Corona de acero provisoria por destrucción coronaria. Se cubrirá en piezas temporarias con tratamiento de formocresol o gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre dentro del período de exfoliación. En primeros molares permanentes hasta los 10 años de edad. |

| | |
|----------------|--|
| VIII | PERIODONCIA |
| 08.03 08.05 | Tratamiento de la Enfermedad Periodontal Comprende todos los cuadros periodontales e incluye raspaje y alisado radicular. Se cubrirá cada dos años. Desgaste Selectivo o armonización oclusal |

| | |
|---|---|
| IX | RADIOLOGIA |
| 09.01 09.02 09.03 09.04 09.05 | Radiografías periapicales Radiografía semiseriada Radiografía seriada completa Pantomografía o Radiografía Panorámica Estudio Cefalométrico |

7.- MEDICAMENTOS

La Cobertura será del 40% en medicamentos ambulatorios y del 100% en internados.

Tendrán cobertura del 100% por el Agente del Seguro:

- Eritropoyetina en el tratamiento de la anemia por Insuficiencia Renal Crónica.
- Medicamentos oncológicos.

La medicación no oncológica, de uso en protocolos oncológicos, tendrá la misma cobertura que la medicación ambulatoria, a excepción del ondasetron en el tratamiento de los vómitos agudos inducidos por drogas altamente emetizantes (cisplatino, carboplatino, ciclofosfamida, ifosfamida, dactinomicina D, dacarbazina, doxorubicina, idarrubicina, epirubicina, estreptoizotocina, citarabina).

Tendrán cobertura del 100% por el Agente del Seguro con apoyo financiero del Fondo Solidario de Redistribución, según las normas que dicte la Administración de Programas Especiales o el organismo que en el futuro lo administre, los siguientes medicamentos:

- Interferón. En el tratamiento de:
 - la Esclerosis Múltiple para pacientes entre 18 y 52 años de edad, con dos o más brotes documentados.
 - la Hepatitis Crónica por virus B o C comprobada por laboratorio y anatomía patológica.
- Copolímero. Como alternativa del Interferón en la Esclerosis Múltiple ante su intolerancia con iguales indicaciones
- Gestrinona y Danazol. Tratamiento de la Endometriosis en segunda línea ante Intolerancia a los productos de primera línea (Gestágenos y Anovulatorios)
- Teicoplanina. En tratamiento ambulatorio de infecciones documentadas por estafilococos meticilino-resistentes.
- Factores estimulantes de Colonias granulocíticas. En neutropenias severas (menos de 1000 neutrófilos por mm³).
- Dnasa. En la Enfermedad Fibroquística.
- Riluzole. En el tratamiento de la Esclerosis Lateral Amiotrófica.
- Factor VIII y Antihemofílicos.
- Somatotropina. En síndrome de Turner e hipopituitarismo con trastornos del crecimiento, hasta el cierre de los cartílagos de crecimiento.
- Octreotide. En síndrome carcinoide y tumores hipofisarios del tipo de la acromegalia
- Cerezyme. Tratamiento de la Enfermedad de Gaucher.
- Medicación anti HIV y anti SIDA.
- Inmunosupresores.

Para acceder a la provisión de los medicamentos nombrados (que no podrán ser dispensados en farmacias en forma directa) el beneficiario deberá presentar: Historia Clínica, protocolo de tratamiento incluyendo dosis diaria y tiempo estimado del mismo.

Se mantiene a cargo de los Agentes del Seguro la cobertura de medicamentos establecida en otras normativas vigentes:

- Res. 301/99 MSyAS. Cobertura de insulina (100%) antidiabéticos orales (70%) y tirillas reactivas (400 anuales).

Para pacientes diabéticos insulino dependientes lábiles participantes en programas específicos de prevención secundaria se duplicará la provisión de tirillas para medición de glucemia (autocontrol).

- Res.791/99 MSyAS. Cobertura del 100% del Mestinón 60Mg para el tratamiento de la Miastenia Gravis.

8.- OTRAS COBERTURAS

8.1.- CUIDADOS PALIATIVOS

El Cuidado Paliativo es la asistencia activa y total, de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo.

El área asistencial de los Cuidados Paliativos incluye pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicas, SIDA, enfermedades metabólicas y genéticas, potencialmente letales a corto o mediano plazo, que no responden a tratamientos disponibles en la actualidad con finalidad curativa.

Estos cuidados tienen entre sus objetivos controlar los síntomas, entender y aliviar el sufrimiento por el cual pasan indefectiblemente los pacientes y sus familias.

Los Agentes del Seguro deberán desarrollar programas que contemplen el derecho a una muerte digna, buscando la desinstitucionalización de estos pacientes cuando sea posible o su atención en centros que privilegien el cuidado, el confort y la contención del paciente y su familia.

El tratamiento del dolor u otros síntomas angustiantes tendrá cobertura del 100%.

8.2.- HEMODIALISIS Y DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

La cobertura será del 100% siendo requisito indispensable la inscripción de los pacientes en el INCUCAI dentro de los primeros 30 días de iniciado el tratamiento

8.3.- COBERTURA EN OTOAMPLIFONOS

Se cubrirá el 100% en patología neurosensorial o perceptiva.
Se cubrirá el 50% en patología de conducción.

NORMAS

Hasta la escolaridad pre-primaria se otorga el equipamiento bilateral con audífonos retroauriculares para el estímulo de la vía neurosensorial.

Durante la escolaridad y hasta los 18 años se otorgan equipos intraauriculares (bilaterales).

A partir de los 18 años o fin de la enseñanza obligatoria, provisión de un otoamplifono retroauricular con moldes para intercambio bilateral y recambio cada 5 años o cambio de prescripción.

En todos los casos es obligatoria la cobertura con audífonos convencionales.

No es obligatoria la cobertura de trasposidores de frecuencia.

8.4.- OPTICA

Anteojos con lentes estándar y lentes de contacto. Cobertura 100% hasta los 18 años y del 50% a partir de los 19 años, con intervención de la Auditoría del Agente del Seguro. Renovación por cambio de graduación o reposición a partir de los 12 meses y en iguales períodos sucesivos.

Prótesis oculares de reemplazo y lentes intraoculares. Cobertura 100%.

8.5.- PROTESIS Y ORTESIS

La cobertura será del 100% en prótesis e implantes de colocación interna permanente y del 50% en órtesis y prótesis externas, no reconociéndose las prótesis denominadas mioeléctricas o bioeléctricas. El monto máximo a erogar por el Agente del Seguro será el de la menor cotización de plaza.

Las indicaciones médicas se efectuarán por nombre genérico, sin mención o sugerencia de marca o proveedor, los Agentes del Seguro no recibirán ni tramitarán aquellas que no cumplan estrictamente con estos requisitos.

8.6.- TRASLADOS

Para beneficiarios que no puedan trasladarse por sus propios medios, desde, hasta o entre establecimientos de salud; con o sin internación y que sea necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología. La elección del medio de traslado y las características del móvil quedan supeditadas a el estado clínico del paciente documentado por indicación médica

8.7.- PRACTICAS CON FINANCIAMIENTO POR EL FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCION

Sin perjuicio de lo establecido en esta Resolución, todas las prácticas contempladas en la Res. 001/98 de la Administración de Programas Especiales continúan con su modalidad de financiamiento vigente a través del Fondo Solidario de Redistribución.

9.- COSEGUROS

9.1.- NORMAS GENERALES

Todas las coberturas mencionadas en la presente Resolución se considerarán del 100%, salvo en aquellos casos en los que puntualmente se especifican otros porcentajes.

En las prestaciones cubiertas al 100% los beneficiarios de los Agentes del Seguro no abonarán ningún tipo de coseguro por fuera de los descriptos en este capítulo.

En todos los casos serán abonados al prestador y en el momento de recibir la prestación.

Están exceptuados del pago de coseguros en todos los rubros:

- La mujer embarazada desde el diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio.

- El recién nacido hasta cumplir el año de edad.

- Los pacientes que padezcan enfermedades oncológicas, para todas las prestaciones relacionadas con el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de su enfermedad de base una vez diagnosticada.

- Las personas con discapacidad de acuerdo a lo estipulado en la Ley 24.901 y su Decreto Reglamentario.

- Las personas infectadas por alguno de los retrovirus humanos y las que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, para el seguimiento del padecimiento de base y el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades intercurrentes.

9.2.- REGIMEN DE COSEGUROS

Los coseguros especificados a continuación son los montos máximos para cada caso:

| Código | PRACTICA | Complejidad | Uso Normalizado |
|--------|---|-------------|-----------------|
| 660755 | PREGNANODIOL | Baja | |
| 660756 | PREGNANTRIOL | Baja | |
| 660758 | PROGESTERONA | Baja | |
| 660759 | PROLACTINA | Baja | |
| 660760 | PROTEICO CLEARENCE | Baja | |
| 660761 | PROTEINA C REACTIVA | Baja | |
| 660763 | PROTEINA TOTALES | Baja | |
| 660764 | PROTEINOGRAMA ACETATO | Baja | |
| 660766 | PROTEINOGRAMAS LIQUIDOS | Baja | |
| 660767 | PROTEINURIA | Baja | |
| 660768 | PROTOPORFIRINAS | Baja | |
| 660769 | PROTROMBINA CONSUMO DE | Baja | |
| 660770 | PROTROMBINA OWREN O DUCKE | Baja | |
| 660771 | PROTROMBINA TIEMPO DE | Baja | |
| 660772 | PSEUDOCOLINESTERASA | Baja | |
| 660801 | QUIMIOTRIPSINA | Baja | |
| 660812 | RENINA ANGIOTESINA | Alta | |
| 660813 | FACTOR RH | Baja | |
| 660814 | RH FACTOR C GRANDE | Baja | |
| 660815 | RH FACTOR C CHICA | Baja | |
| 660816 | RH FACTOR E GRANDE | Baja | |
| 660817 | RH FACTOR E CHICA | Baja | |
| 660818 | RETICULOCITOS RECuento DE | Baja | |
| 660820 | ROSSE RAGAN PRUEBA | Baja | |
| 660831 | SALICILATOS | Baja | |
| 660832 | SALMONELLA ANTICUERPOS INMUNOFLUORESCENCIA | Baja | |
| 660833 | SANGRE OCULTA MATERIA FECAL | Baja | |
| 660834 | SECRETINA TEST DE LA | Alta | |
| 660835 | SEROTONINA | Alta | |
| 660837 | SIDEROFILINA CAPACIDAD | Baja | |
| 660838 | SIMS-HUBBNER TEST DE | Baja | |
| 660839 | SODIO SANGRE U ORINA CADA | Baja | |
| 660841 | SOMATOTROFINA | Alta | |
| 660845 | SORBITOL DEHIDROGENASA | Baja | |
| 660846 | SUBTIPO A2 DETERMINACION | Baja | |
| 660847 | SUDOR TEST DE | Alta | |
| 660848 | SULFAS EN SANGRE | Baja | |
| 660862 | TALIO EN ORINA | Baja | |
| 660863 | TESTOSTERONA | Baja | |
| 660864 | THORN PRUEBA DE | Baja | |
| 660865 | TSH TIROTROFINA | Baja | |
| 660866 | T4 TIROXINA TOTAL | Baja | |
| 660867 | T 4 LIBRE TIROXINA EFECTIVA | Baja | |
| 660868 | TOLBUTAMIDA PRUEBA DE | Baja | |
| 660870 | TOXOPLASMOSIS HEMOAGLUTINACION | Baja | |
| 660871 | TOXOPLASMOSIS IFI | Baja | |
| 660872 | TOXOPLASMOSIS REACCION SABIN FELDMAN | Baja | |
| 660873 | TRANSAMINASA GLUTAMICO | Baja | |
| 660874 | TRANSAMINASA PIRUVICA | Baja | |
| 660875 | TRANSFERRINA | Baja | |
| 660876 | TRIGLICERIDOS | Baja | |
| 660877 | T3 TRIIODOTIRONINA UPTAKE | Baja | |
| 660878 | TRIIODOTIRONINA TOTAL T3 | Baja | |
| 660879 | TROMBINA PRUEBA | Baja | |
| 660880 | TROMBINA, TIEMPO DE | Baja | |
| 660887 | TTPC TIEMPO DE TROMBOPLASTINA KPTT | Baja | |
| 660901 | UREA CLEARENCE | Baja | |
| 660902 | UREMIA | Baja | |
| 660903 | URETRAL EXUDADO O FLUJO | Baja | |
| 660904 | URICEMIA | Baja | |
| 660905 | URICO ACIDO EN ORINA | Baja | |
| 660907 | UROCITOGRAMA UNA MUESTRA | Baja | |
| 660931 | VAGINAL EXUDADO O FLUJO | Baja | |
| 660932 | VAINILLIN MANDELICO ACIDO | Baja | |
| 660934 | V D R L CUANTITATIVA | Baja | |
| 660935 | VARIANTE BACTERIANA | Baja | |
| 660936 | VERONAL PRUEBA DEL | Alta | |
| 660937 | VITAMINA A | Alta | |
| 660938 | VITAMINA B12 | Alta | |
| 660939 | VITAMINA E | Alta | |
| 660940 | VOLEMIA RADIOQUIMICO | Alta | |
| 660953 | WIDAL REACCION DE | Baja | |
| 660971 | XILOSA D PRUEBA DE LA | Baja | |
| 660981 | ZINC ERITROCITARIO | Baja | |
| 660982 | ZINC SERICO | Baja | |
| 661000 | ANTIGENO PROSTATICO TOTAL PSA | Alta | |
| 661005 | BETA- HCG GONADOTROFINA CORIONICA CUALITATIVA | Baja | |
| 661010 | BETA- HCG GONADOTROFINA CORIONICA CUANTITATIVA | Baja | |
| 661015 | CD4 X CITOMETRIA DE FLUJO | Alta | |
| 661020 | CHLAMIDIAS ANTICUERPOS IgG | Alta | |
| 661025 | CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IgG | Alta | |
| 661030 | CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IgM | Alta | |
| 661035 | COLESTEROL HDL | Baja | |
| 661040 | COLESTEROL LDL | Baja | |
| 661045 | CPK-MB | Baja | |
| 661050 | DROGAS DE ABUSO SCREENING | Alta | |
| 661055 | EPSTEIN BARR ANTI VCA IgG | Baja | |
| 661060 | EPSTEIN BARR ANTI VCA IgM | Baja | |
| 661065 | FRUCTOSAMINA | Baja | |
| 661070 | HEMOGLOBINA GLICOSIDASA | Baja | |
| 661075 | HEPATITIS A HAV IgM ANTICUERPO | Baja | |
| 661080 | HEPATITIS B HBcAc ANTICUERPO IgG | Baja | |
| 661085 | HEPATITIS B HBcAg ANTIGENO | Baja | |
| 661090 | HEPATITIS B HBsAc ANTICUERPO | Baja | |
| 661095 | HEPATITIS C HCV IgG ANTICUERPO | Baja | |
| 661100 | HIDATIDOSIS-ARCO 5 | Alta | |
| 661105 | HIV CARGA VIRAL | Alta | |
| 661110 | HIV WESTERN-BLOT | Alta | |
| 661115 | MARCADOR CA 125 OVARIO | Alta | |
| 661120 | MARCADOR CA 15.3 MAMA | Alta | |
| 661125 | MARCADOR CA 19.9 COLON | Alta | |
| 661130 | MICROALBUMINURIA | Baja | |
| 661135 | MONITOREO DE FARMACOS PARA ENF. CRONICAS | Alta | |
| 661140 | MYCOPLASMA ANTICUERPOS IgG | Baja | |
| 661145 | RUBEOLA ANTICUERPOS IgG | Baja | |
| 661150 | RUBEOLA ANTICUERPOS IgM | Baja | |
| 661155 | TEST RAPIDO DE FAUCES | Baja | |
| 661160 | TORCH (TOXOPLASMOSIS , RUBEOLA , CITOMEGALOVIRUS Y HERPES) | Alta | |
| 661165 | ESTUDIO DE PLOIDIA CELULAR EN TEJIDO TUMORAL POR CITOMETRIA DE FLUJO | Alta | |
| 661170 | SUBUNIDAD BETA DE GONADOTROFINA CORIONICA CUALITATIVA | Baja | |
| 661175 | SUBUNIDAD BETA DE GONADOTROFINA CORIONICA CUANTITATIVA | Baja | |
| 661180 | TEST RAPIDO DE FAUCES | Baja | |
| 661185 | TESTOSTERONA BIODISPONIBLE | Baja | |
| 661190 | TIROTROFINA ULTRASENSIBLE | Alta | |
| 661195 | SCREENING NEONATAL (INCLUYE: TSH NEONATAL, DOSAJE DE FENILALANINA Y TRIPSINA INMUNORREACTIVA) | Alta | |
| 661200 | ESTUDIO DE PLOIDIA CELULAR EN TEJIDO TUMORAL POR CITOMETRIA DE FLUJO | Alta | |

ACNE, MICOSIS SUPERFICIALES Y DERMATITIS

El diagnóstico del acné es clínico.

Puede clasificarse en:

Grado I: sólo hay comedones.

Grado II: hay comedones y pápulas.

Grado III: hay comedones, pápulas y pústulas.

Grado IV: aparecen, además, nódulos o quistes.

Los grados II y III pueden unificarse con el concepto de acné inflamatorio.

Es una enfermedad benigna y autolimitada. Sin embargo, si no se trata correctamente, puede dejar cicatrices emocionales y en la piel que pueden durar toda la vida. Por eso, el aspecto más interesante de la evaluación del acné es determinar cuánto le preocupa la enfermedad al paciente.

TRATAMIENTO

Medidas generales

Dieta: No hay evidencia disponible que correlacione a la dieta con este trastorno. Sin embargo, hay pacientes que empeoran con ciertos alimentos.

Cuidado de la piel: la limpieza o suciedad de la cara no se relaciona con el acné. Es importante advertir a los pacientes que la limpieza excesiva y el uso de cepillos o esponjas incluso puede agravarlo. Debe recomendarse lavar la cara sólo con las manos y usar jabones neutros (jabón blanco de lavar la ropa, jabón de glicerina) o ligeramente bactericidas. Evitar los cosméticos con base aceitosa. Indicar sólo maquillaje líquido o en polvo (no en crema). Contraindicar el apretado de granitos. El acné suele mejorar en verano y empeorar en invierno. No se recomienda la exposición prolongada al sol ni el uso de luz ultravioleta artificial.

Manejo del acné en el que sólo hay comedones (acné grado I)

Droga de elección: ácido retinoico. Mecanismo de acción: comedolítico. El tratamiento debe comenzar con concentraciones bajas: crema al 0.025% o gel al 0.01%. Se recomienda usar una pequeña cantidad en toda la cara, por la noche, antes de dormir. En las primeras dos semanas puede haber un ligero enrojecimiento, descamación y exacerbación del acné.

La evaluación recién debe hacerse a las 8 semanas. Si pasado ese tiempo el paciente mejoró, puede continuarse con la misma concentración. Si la mejoría fue parcial o leve, y la droga fue bien tolerada, puede usarse la misma concentración dos veces por día o aumentarla (crema al 0.05% o al 0.1% y gel al 0.025% o al 0.05%). Si no hubo mejoría, debe cambiarse el tratamiento. El ácido retinoico está contraindicado en pacientes con habitual exposición al sol o que no puedan utilizar protección solar mientras están utilizando esta droga.

Manejo del acné inflamatorio (grado II y grado III)

a) Tratamiento local antibacteriano si el acné es leve (comedones y algunas pápulas y pústulas), puede indicarse sólo tratamiento tópico. Éste consiste en el uso de un agente antibacteriano local (peróxido de benzoilo, eritromicina o clindamicina).

En la práctica, existen varios esquemas posibles para tratar el acné inflamatorio leve: 1) Peróxido de benzoilo solo (por la noche), 2) Peróxido de benzoilo por la noche y eritromicina o clindamicina por la mañana, 3) Peróxido de benzoilo por la noche y ácido retinoico por la mañana (esta opción es ideal cuando hay un gran componente mixto: pápulas y comedones), 4) Acido retinoico por la noche y eritromicina o clindamicina por la mañana (también pueden aplicarse los dos juntos) y 5) Eritromicina o clindamicina sola (por la mañana).

b) Tratamiento antibiótico por vía oral (VO): indicado si el acné inflamatorio no mejora luego de 8 semanas de tratamiento local o si el paciente se presenta inicialmente con un acné inflamatorio extenso. Existen otras indicaciones relativas como en pacientes con acné y piel oscura que están desarrollando máculas hiperpigmentadas, en los que se aprietan los granitos en forma irresistible, pacientes con desempleo atribuido al acné y pacientes con acné leve, pero muy preocupados o deprimidos por este problema.

Tetraciclina: es la droga de primera elección por su eficacia y su bajo costo. La dosis es de 500mg, dos veces por día, y el comprimido debe tomarse de media a una hora antes de las comidas, con un sorbo de agua (evitar la leche). Los antiácidos, el hierro y los lácteos pueden interferir con su absorción. Una vez iniciada, debe usarse durante 6 a 8 meses por lo menos. Si luego de 3 meses el paciente está peor o no mejora, debe rotarse el antibiótico (eritromicina en vez de tetraciclina o minociclina) y si tampoco hay respuesta, indicar isotretinoína por vía oral.

Minociclina: es una droga muy efectiva. La dosis es de 100mg por día, en dos tomas de 50mg. Es más cara que la tetraciclina pero mucho más cómoda porque puede tomarse con las comidas (aunque la absorción es mayor si se toma media hora antes de las comidas, con un vaso de agua). Además, existe una fórmula de liberación sostenida de una toma diaria de 100mg.

Eritromicina: es una alternativa en pacientes que no puedan usar tetraciclina o minociclina, pero es menos efectiva y tiene mayor intolerancia gastrointestinal. La dosis es de 500mg dos veces por día

Manejo del acné noduloquístico (acné grado IV)

Este tipo de acné debe tratarse en forma agresiva porque deja cicatrices importantes. El tratamiento de elección es la isotretinoína por vía oral. Esta droga puede mejorar significativamente a, aproximadamente, el 70% de los pacientes con acné. La dosis es de 0.5 a 1mg/Kg/día por 4 a 6 meses (el 15 % de los pacientes requiere mayor tiempo). La tasa de recidiva es del 31% a los 9 años y el retratamiento es seguro. Algunos pacientes requieren 3 a 5 cursos. Esta droga está absolutamente contraindicada en las mujeres que puedan quedar embarazadas.

Otras indicaciones de la isotretinoína por vía oral son: 1) Pacientes con acné que ha respondido relativamente bien al tratamiento convencional pero que no ha mejorado como el paciente quisiera o que ha recaído rápidamente al dejar el tratamiento antibiótico por vía oral, 2) Pacientes que tienen foliculitis por Gram negativos como complicación del tratamiento antibiótico por vía oral y 3) Pacientes dismorfófobos: son pacientes con acné leve o moderado pero que están tan severamente obsesionados por este trastorno y no pueden llevar una vida normal.

SEGUIMIENTO

Si la respuesta es buena puede evaluarse al paciente cada 4 meses. El tratamiento del acné se extiende por los años que dura la entidad (habitualmente desde los 14 a los 20 años). La mayoría de los pacientes con acné inflamatorio que desean mantenerse libres de lesiones requieren tratamiento tópico siempre y cursos anuales de 6 a 8 meses con alguno de los antibióticos por vía oral mencionados. El médico de atención primaria debe derivar al dermatólogo a todo paciente con acné cicatrizal, con quistes, o que no ha mejorado luego de 2 a 3 meses de tratamiento.

ALCOHOLISMO

El alcoholismo es una enfermedad muy prevalente con importantes consecuencias deletéreas para la salud del paciente y su familia, de difícil diagnóstico y tratamiento, con pocos éxitos terapéuticos y una alta tasa de recaída. Una vez hecho el diagnóstico de alcoholismo, el objetivo debe ser ayudar al paciente a lograr la abstinencia. A veces es necesario internar al paciente para evitar el síndrome de abstinencia (sobre todo cuando no se cuenta con el recurso de la familia). Son muy útiles los talleres y las actividades grupales en prevención.

Definición

Se define como "tener recurrentes problemas (familiares, educacionales, legales, financieros, médicos u ocupacionales) asociados al hecho de tomar alcohol. Los dos conceptos claves de cualquier definición son la pérdida de control y el uso continuado de alcohol.

Consumo máximo normal en un hombre: vino: 192ml (un vaso) por día o un litro y medio por semana; cerveza: 462ml por día o 3 litros de por semana; whisky: 360ml por semana.

Rastreo

Con una respuesta positiva la sensibilidad es del 70% y la especificidad del 80%.

¿Sintió alguna vez ganas de disminuir la bebida?

¿Lo ha criticado o molestado alguien porque tomaba?

¿Se sintió alguna vez culpable porque tomaba mucho?

¿Toma a veces algo por la mañana para sentirse mejor?

Test de las dos preguntas:

1) ¿Ha tenido problemas con el alcohol?

2) ¿Cuándo fue la última vez que tomó? Si la respuesta a la pregunta 1 es afirmativa y la respuesta a la pregunta 2 es: "en el día previo a la consulta", la sensibilidad es del 91.5%. La sensibilidad con sólo la respuesta afirmativa a la pregunta 1 es del 70.2%.

Diagnóstico

1) Problemas recurrentes por tomar alcohol, 2) Uso de alcohol recurrente que interfiere con la salud, el trabajo o la función social, 3) Alcoholemia mayor de 300mg/dl y 4) Hepatitis alcohólica.

ANEMIAS

Valores normales de hemoglobina: niños de 6 meses a 6 años: 10.5 a 14.5g/dl, de 7 a 12 años: 11 a 16g/dl, hombres adultos: 13.5 a 17.5g/dl, mujeres adultas: 12 a 16g/dl y embarazadas: 11 a 13.5g/dl.

Rastreo: la evidencia disponible es insuficiente para recomendar el rastreo de la anemia en la población adulta asintomática excluyendo las embarazadas o en niños asintomáticos. Se recomienda rastrear a las embarazadas con dosaje de Hb en la primera visita del control prenatal (ver seguimiento del embarazo normal).

CAUSAS MAS IMPORTANTES DE ANEMIA

| Microcíticas VCM<80fl | Normocíticas VCM de 80 a 100fl | Macrocíticas VCM>100fl |
|--|---|--|
| Deficiencia de hierro (↑RDW) | Anemia Hemolítica. Factores Intrínsecos del Eritrocito: | Déficit de vitamina B12 (↑RDW) |
| Anemia de las enfermedades crónicas (↑RDW) | Esferocitosis (↓RDW) Hemoglobinopatías (↑RDW) Factores Extrínsecos del Eritrocito Inducida por Drogas (↑RDW) | Déficit de ácido fólico (↑RDW) Anemia aplásica (↓RDW) |
| Talasemias (↓RDW) | Autoinmune (↑RDW) Por Microangiopatías (↑RDW) | Hepatopatía crónica (↑RDW) |
| Anemia sideroblástica (↑RDW) | Anemia de enfermedades crónicas (↓RDW) Insuficiencia renal crónica (↓RDW) Estadios tempranos de deficiencia de hierro (↑RDW). Anemia sideroblástica (↑RDW) Anemia aplásica (↓RDW) Anemia mixta (deficiencia de hierro y de vitamina B12) | Hipotiroidismo severo Síndromes mielodisplásicos (↓RDW) Anemia sideroblástica (↑RDW) |

RDW: coeficiente de variación eritrocitaria: ↑RDW >15% y ↓RDW <15%.

ANEMIAS MICROCITICAS

Resumen de las características diagnósticas de las anemias microcíticas según los parámetros de laboratorio.

| Anemia | Enfermedad Ferropénica | Anemia Crónicas | Talasemia Sideroblástica |
|---------------|------------------------|-----------------|--------------------------|
| Hemoglobina | baja | baja | baja |
| VCM | bajo | normal o bajo | muy bajo |
| RDW | alto | bajo | bajo |
| Ferritina | baja | normal o alta | normal |
| TIBC | alta | baja | normal |
| PST | | baja | alta normal |
| Sideremia | baja | baja | normal |
| Hierro en MO* | bajo | presente | presente |

* Médula ósea

Anemia ferropénica (AF)

Causas de AF: 1) Aumento de los requerimientos (embarazo, crecimiento, lactancia, adolescencia); 2) Disminución de la ingesta (infancia, vejez); 3) Disminución de la absorción de hierro (cirugías gástricas, aclorhidria, enfermedad celíaca); 4) Aumento de las pérdidas (gastrointestinales, hipermenorrea, menstruación).

Evaluación: toda AF en un hombre o en una mujer postmenopáusica debe asumirse como expresión de una enfermedad potencialmente grave. Si no hay signos obvios de sangrado (metrorragia, melena, proctorragia, etc.) la evaluación debe orientarse hacia la búsqueda de un sangrado en el tubo digestivo. Los pacientes con AF a los que no se les detecta una lesión gastrointestinal tienen buen pronóstico. Sin embargo, en ocasiones puede ser necesario consultar con el especialista para decidir cómo continuar los estudios en estos pacientes.

Tratamiento en los Adultos (se basa en el control de la causa y en el suplemento con hierro).

La dosis es de 200mg por día de hierro elemental en una o dos tomas diarias. La vía oral es de elección. El hierro se absorbe más si se toma lejos de las comidas pero con las comidas se tolera mejor. Es importante que el tratamiento se extienda por 4 a 6 meses después de normalizada la Hb.

La vía parenteral sólo debe usarse si hay: 1) intolerancia por VO, 2) Patología malabsortiva (enfermedad inflamatoria intestinal) o 3) Requerimiento de gran cantidad de dosis debido a un sangrado continuo. La absorción por la vía intramuscular (IM) es impredecible, aumenta el riesgo de abscesos y se asocia con la aparición de sarcomas en el sitio de inyección.

Respuesta al tratamiento: puede confirmarse con la elevación del recuento de reticulocitos luego de 10 días del inicio.

Transfusión de sangre: sólo en aquellos pacientes hemodinámicamente descompensados o que presenten una patología que empeore con valores de Hb bajos (enfermedad coronaria o enfermedad pulmonar severa).

Tratamiento en los Niños

La absorción del hierro de la leche materna es marcadamente más alta que la de vaca (50% vs. 10%).

Medidas generales preventivas: 1) Estimular la alimentación con leche materna hasta por lo menos el 5º o 6º mes, 2) Si se usa leche de vaca, se recomienda que sea fortificada (12mg de hierro / litro), 3) Cuando se introducen los alimentos sólidos, incorporar aquellos ricos en hierro

En la Argentina, podría recomendarse el siguiente esquema

En los niños nacidos a término y sin factores de riesgo (ver abajo) indicar profilácticamente 1mg/Kg/día, desde los 4 a los 12 meses.

En los niños con factores de riesgo (bajo nivel socioeconómico, prematuridad, bajo peso al nacer, parto con hemorragias importantes, anemia materna, ingesta de leche de vaca no fortificada antes de los 6 meses de vida) indicar preventivamente 2mg/Kg/día desde los 2 a los 12 meses (máximo 15mg/día).

Continuar con 1mg/Kg/día en los niños de 1 a 2 años que presentan inapetencia o dieta pobre en hierro.

Indicar 3mg/Kg/día de hierro (dosis terapéutica) a todos los niños < de 4 meses con diagnóstico de AF.

Manejo de los niños con AF: la causa carencial es por lejos la más prevalente, el tratamiento debe iniciarse directamente como prueba terapéutica luego del hallazgo de una Hb baja y debe ser siempre el paso preliminar a la indicación de otros estudios de laboratorio. Es mejor administrar el hierro alejado de las comidas porque se absorbe más (hay que darlo alejado de la leche porque ésta actúa como quelante, impidiendo su absorción). Si el niño responde al aporte exógeno de hierro, el médico deberá evaluar la dieta y asegurar un adecuado aporte. Si no responde al aporte exógeno de hierro se descarta la causa carencial y corresponderá considerar otras enfermedades.

Talasemia

Se caracteriza por ser microcítica, hipocrómica, RDW bajo y ferritina normal o alta.

Tratamiento: no requiere un tratamiento específico. No hay necesidad de administrar suplementos a menos que existan déficit asociados (ácido fólico, hierro, etc.).

Rastreo: en embarazadas descendientes de grupos raciales con alta prevalencia de talasemia (países del Mediterráneo, Asia o África) se aconseja rastrear la presencia de hemoglobinopatías mediante hemograma, extendido de sangre periférica y electroforesis de Hb. Si la mujer es portadora, debe evaluarse a la pareja y si ambos son portadores descartarse el diagnóstico de talasemia homocigota durante el embarazo (análisis de las vellosidades coriónicas) para el tratamiento y seguimiento por el especialista.

ANEMIAS MACROCITICAS

a) Déficit de vitamina B12: la anemia perniciosa es la causa más frecuente de anemias megaloblástica por déficit de B12. Se caracteriza por VCM > 100fl y RWD > 15%.

Tratamiento: se administra vitamina B12. La más utilizada es la cianocobalamina. Vía de administración: la vía parenteral es más útil debido a que la mayoría de los déficit son por mal absorción. Dosis: administrar entre 100-1000µg de cianocobalamina o hidroxocobalamina diariamente por vía IM por 1-2 semanas, luego, se continúa con la misma dosis 2 veces por semana durante un mes y, finalmente, se utiliza la misma dosis mensual de por vida. Los pacientes con afección neurológica son los que especialmente se benefician con tratamientos continuos (mensuales).

Respuesta al tratamiento: suele ser rápida en los casos leves a moderados, con un marcado aumento del recuento de reticulocitos a las 72 horas. La recuperación neurológica puede demorar 6 a 12 meses. Si el trastorno neurológico persistió por más de un año puede no resolverse a pesar del tratamiento.

Precaución: los pacientes con anemia severa tienen riesgo de desarrollar hipokalemias importantes durante el tratamiento a causa de la incorporación de potasio a las células nuevas. (es importante monitorizar la concentración sérica de K). Los pacientes con déficit de vitamina B12 no requieren la co-administración de ácido fólico.

b) Déficit de ácido fólico: es inapropiado prescribir sólo ácido fólico sin la confirmación del déficit de vitamina B12 ya que en estos casos puede incrementarse el compromiso neurológico.

Tratamiento: 1 a 2mg diarios de ácido fólico por VO.

Respuesta al tratamiento: los depósitos se recuperan a las 4 a 5 semanas de iniciado el tratamiento. En los casos persistentes (mal absorción, malignidad, hemodiálisis, psoriasis) el tratamiento debe ser crónico.

LITIASIS BILIAR (LB)**Manejo de los pacientes con litiasis biliar asintomática**

La mayor parte de los pacientes con LB asintomática no requiere tratamiento hasta que no se desarrollen síntomas de la enfermedad.

Indicaciones quirúrgicas de la LB asintomática

Se recomienda la cirugía preventiva en los pacientes con anemia drepanocítica, enfermedades hemolíticas, anomalías vesiculares que aumenten el riesgo de cáncer, vesícula calcificada, pacientes con cálculos excepcionalmente grandes, pacientes que irán a trasplantes no hepáticos, pacientes muy jóvenes, pacientes con pólipos vesiculares sintomáticos.

Manejo de los pacientes con litiasis biliar sintomática

Los síntomas de la LB muchas veces son leves y no requieren tratamiento. Si los síntomas son molestos, generalmente el paciente requerirá atención médica. El tratamiento definitivo de la LB sintomática (cuadro compatible con cólicos biliares con o sin síntomas de dispepsia acompañantes) y de los pacientes con antecedentes de complicaciones secundarias a la LB es la cirugía.

Tratamiento médico sintomático (ver tratamiento del dolor)

1) Calmar el dolor: se utilizan fundamentalmente los AINE (ibuprofeno o paracetamol). Los antiespasmódicos asociados a los analgésicos son utilizados frecuentemente. Los opiáceos potentes en lo posible no deberían utilizarse por la posible inducción del espasmo del esfínter de Oddi. 2) Dieta: evitar los colecistoquinéticos (frituras, grasas, etc.).

Tratamiento Quirúrgico

Colecistectomía abierta: complicaciones rondan el 5 al 15% (infección de la herida, eventración, hemorragia, atelectasia, bridas y el riesgo anestésico) y están muy influenciadas por los patrones de comorbilidad y la presencia de colecistitis o litiasis coledociana. Las tasas de mortalidad reportadas son del 0.1 al 0.3% en casos no complicados. El tiempo de recuperación postoperatorio es, en promedio, de 3 a 7 días en el hospital. Luego de 3 a 6 semanas, el paciente puede volver a sus actividades habituales.

Colecistectomía por vía laparoscópica: esta cirugía se ha transformado en el tratamiento de elección de la LB sintomática. La morbilidad (5-10%) y la mortalidad (0-1%) son comparables a la colecistectomía abierta. La cirugía laparoscópica es apropiada para casi todos los pacientes, inclusive en los obesos.

Tratamiento de la colecistitis aguda y de la pancreatitis biliar aguda

Estos pacientes deben internarse inmediatamente para efectuar un pronto diagnóstico y consultar a cirugía. El tratamiento médico es por lo general efectivo para controlar el cuadro. Sin embargo, como todos los pacientes con esta entidad, deberán operarse tarde o temprano. Actualmente, la conducta más eficaz es realizar la colecistectomía precoz.

En los pacientes con pancreatitis biliar aguda, no debería realizarse la colecistectomía antes de que se resuelva la entidad clínica y se normalicen los valores de amilasa.

ANSIEDAD, DEPRESION E INSOMNIO

• ANSIEDAD

Es una sensación de temor y discomfort acompañada de síntomas físicos (sudoración, taquicardia, etc.) que, cuando interfiere con la vida laboral o cotidiana del paciente, se convierte en un problema médico. Se asocia frecuentemente a la depresión, y debe diferenciarse del abuso de sustancias.

Tratamiento farmacológico

Indicación: pacientes que presentan síntomas por ansiedad (inquiétude, irritabilidad, tensión muscular, sudoración, boca seca, diarrea, náusea, palpitaciones, temblor, dificultad para conciliar el sueño) que interfieren en su calidad de vida.

Benzodiacepinas (BZ)

Son las drogas de elección para el tratamiento de la ansiedad. Además del efecto ansiolítico producen sedación progresiva, hipnosis, estupor, amnesia anterógrada, hipotonía y relajación muscular. Disminuyen la latencia del sueño y el número de despertares y previenen el desarrollo de complicaciones como la agorafobia y la depresión en los pacientes con crisis de angustia. La elección de la droga debe basarse en sus características.

Características farmacocinéticas de las BZ

| DROGA | DOSIS USUAL | RANGO DE DOSIS | TOMAS DIARIAS | VIDA MEDIA EFICAZ |
|------------|-------------|----------------|---------------|-------------------|
| Diazepam | 2 a 10mg | 2 a 10mg | 3 a 4 | larga |
| Alprazolam | 0.5 a 2mg | 0.75 a 10mg | 2 a 4 | 12 a 24 horas |
| Lorazepam | 2 a 4mg | 2 a 6mg | 2 a 3 | 12 a 18 horas |
| Clonazepam | 0.5 a 1mg | 0.5 a 4mg | 1 a 2 | 24 a 48 horas |
| Bromazepam | 1.5 a 3mg | | 2 a 3 | intermedia |
| Prazepam | | 20 a 60mg | 1 | |

Equivalencias: Alprazolam: 0.5; Clonazepam: 0.25; Lorazepam: 1; Diazepam: 5; Prazepam: 10; Bromazepam: 3 mg.

Tratamiento específico. Crisis de angustia

Se requiere el alivio rápido de los síntomas que, en general, se logra con las BZ. Las drogas de elección son el alprazolam (0.25mg a 2mg cada 6 horas), el clonazepam (0.25 a 2mg cada 12 horas) o lorazepam sublingual (0.5 a 2mg). El tratamiento se instaura por un tiempo variable de 6 a 12 meses. La tasa de recurrencia al suspender el tratamiento es de cerca del 70%.

Trastornos por ansiedad generalizada

Puede usarse cualquiera de las BZ disponibles en nuestro país. La patología es fluctuante y el tratamiento puede durar desde días hasta seis meses. Como drogas alternativas pueden usarse antidepresivos tricíclicos.

Desorden obsesivo-compulsivo y desorden por estrés post traumático

La droga de elección es la fluoxetina a dosis de 60 a 80mg por día. También son efectivos la fluvoxamina, sertralina y paroxetina. La clomipramina también ha mostrado ser efectiva en dosis de 50 a 300mg por día. La duración depende del caso, pudiendo asociarse betabloqueantes para el control de los síntomas periféricos de ansiedad, ansiolíticos para las crisis de angustia y carbamazepina para los estados de excesiva agresividad. Igualmente, recomendamos indicar una consulta psiquiátrica para confirmar diagnóstico y monitorizar el tratamiento.

Fobias simples: la droga de elección es cualquier BZ. Se utilizan de la misma forma que para las crisis de angustia o la ansiedad generalizada, pero se indican dos horas antes de la exposición a la situación fóbica (ej.: dos horas antes del vuelo en avión); Fobias sociales: 1) Betabloqueantes como el propranolol (10 a 40mg) o atenolol (50 a 100mg) una hora antes de exposición, 2) BZ como el alprazolam, fluoxetina o inhibidores de la monoaminooxidasa en dosis antidepresivas.

• MANEJO DEL INSOMNIO

Es fundamental realizar un adecuado diagnóstico diferencial y descartar la existencia de: a) Otro trastorno de base: ansiedad, depresión, patología respiratoria, cardíaca, etc.; b) Medicación: descongestivos nasales, anfetaminas, bebidas con cafeína; c) Drogas: cocaína, estimulantes y d) Hábitos inadecuados: actividad física antes de dormir, averiguar hora de acostarse y de levantarse, siestas, el tiempo de conciliación, actividades en la cama como televisión, trabajo, lectura, alcohol.

Medidas generales: Antes de dormir: promover una situación confortable y calma, evitar la realización de ejercicios físicos que producen excitación, evitar la ingesta de abundantes fluidos y de cafeína, nicotina y bebidas alcohólicas. En la cama: evitar actividades distintas de dormir o mantener relaciones sexuales como estudiar, mirar televisión, comer, leer o trabajar, etc.

Intervenciones conductuales: tienen un efecto más sostenido que el de la medicación. Un ejemplo de una intervención conductual específica puede ser: no permanecer en la cama por más de 20 minutos si el paciente no se puede dormir, e ir a otra habitación hasta que el sueño vuelva. Levantarse todas las mañanas a la misma hora, incluso los fines de semana y los feriados. Indicar al paciente que haga el monitoreo e informe la cantidad de horas que está en la cama. Restringir la cantidad de horas que está en la cama al tiempo que duerme y aumentar semanalmente 15 minutos al inicio de la noche y 15 minutos a la mañana siempre y cuando ocupe el 85% del tiempo en dormir

Tratamiento farmacológico

Se recomienda medicar sólo a los pacientes con insomnio transitorio o a corto plazo. La droga de elección es una BZ de vida media corta e inicio rápido como el midazolam o zolpidem. Se aconseja comenzar con una dosis baja, aumentarla poco a poco y suspender paulatinamente luego de una o dos noches de sueño tranquilo, no prolongando el tratamiento más allá de tres semanas. El efecto de la medicación es limitado y controvertido en el insomnio crónico (se considera que en estos pacientes el efecto de las BZ hipnóticas puede aumentar el tiempo total del sueño a lo sumo en 20-40 minutos).

Antihistamínicos: difenhidramina: 25mg, 40 minutos antes de dormir, si a las 2 noches se observa que no es eficaz se aumenta a 50mg; hidroxocina: 25mg 2 horas antes de ir a dormir. Sólo están indicados en casos en los que no se pueda dar una BZ o cuando se desea el efecto sedante diurno. Son bien toleradas por los ancianos.

Benzodiacepinas (BZ): 1) Midazolam y zolpidem: tienen un rápido comienzo de acción (1½ a 2 horas) y una corta duración, por lo que inducen el sueño rápidamente sin producir sedación al día siguiente. Rara vez, producen insomnio de rebote con la supresión. Se indican para el insomnio de conciliación. La dosis de midazolam es de 7.5 a 15mg y la de zolpidem de 10mg. Ambas se toman antes de acostarse. 2) Flunitrazepam: presenta una larga duración de acción y un efecto acumulativo. Es la única alternativa en nuestro país para el insomnio de mantenimiento o despertar temprano, aparte de los antidepresivos utilizados en el insomnio secundario a la depresión. La dosis es de 1 a 4mg, media hora antes de ir a dormir. 3) Lorazepam: es la BZ más segura para los ancianos y hepatópatas. La dosis es de 2 a 4mg, dos horas antes de dormir.

• DEPRESION Y DISTIMIA

La depresión mayor se caracteriza por: 1) El propio sujeto refiere presencia de ánimo deprimido la mayor parte del día (en los niños puede ser irritabilidad) o pérdida del interés o de la capacidad para el placer en todas, o casi todas, las actividades. Estas deben acompañarse de por lo menos 5 de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, y éstos deben provocar un cambio respecto a la actividad previa: pérdida importante del peso (5% o más) sin hacer régimen o aumento de peso (en los niños puede ser fracaso en aumentar el peso esperable), insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía todos los días, disminución de la capacidad para pensar o

concentrarse, casi todos los días, pensamiento recurrente de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente con o sin un plan específico o intento de suicidio; 2) Los síntomas no deben cumplir los criterios para un episodio maniaco-depresivo, 3) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, 4) Los síntomas no se deben a los efectos de una sustancia o una enfermedad médica y 5) Los síntomas no están explicados por un duelo, y persisten por más de 2 meses.

La distimia se diferencia de la depresión por: 1) La ausencia de ideas suicidas y de pensamientos recurrentes de muerte, 2) El paciente no está agitado ni tiene enlentecimiento psicomotor, 3) No hay pérdida del interés o de la capacidad para el placer y 4) Su principal síntoma es el ánimo triste, y éste dura por lo menos dos años vnz. (puede no estar durante hasta dos meses). Es más frecuente en la población femenina, los menores de 65 años, personas solteras y de bajos recursos, y se asocia con la depresión.

Manejo de la depresión y de la distimia. Educación al paciente

Se debe explicar al paciente que la depresión es una enfermedad tratable, que existe una predisposición genética (antecedentes familiares), que las drogas antidepresivas no producen dependencia y que el 75% de los pacientes tienen una respuesta favorable a los antidepresivos comunes. La base del tratamiento de la depresión es la medicación antidepresiva, aunque la psicoterapia representa un tratamiento complementario muchas veces útil. Es importante informar al paciente que los efectos antidepresivos de las drogas no se manifiestan hasta luego de un tiempo (tres a seis semanas), ya que, en general, la presencia de efectos adversos en el primer tiempo y la falta de mejoría rápida, desalientan al paciente y favorecen el abandono del tratamiento. Por este motivo, la contención telefónica o las visitas semanales favorecen una mejor adhesión al tratamiento y una menor tasa de abandono.

Tratamiento farmacológico

Considerarlo en todo paciente que reúne criterios de depresión o de distimia.

Las drogas disponibles son los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS).

| Droga | Efecto anticolinérgico | Sedación | Hipotensión ortostática | Convulsiones | Náuseas |
|---------------|------------------------|----------|-------------------------|--------------|---------|
| Imipramina | +++ | ++ | +++ | ++ | + |
| Amitriptilina | ++++ | +++ | +++ | +++ | + |
| Desipramina | ++ | ++ | +++ | ++ | + |
| Nortriptilina | +++ | +++ | ++ | ++ | + |
| Doxepina | +++ | +++ | +++ | ++ | + |
| Clomipramina | ++++ | +++ | +++ | ++ | + |
| Fluoxetina | - | - / + | 0 | - / + | +++ |
| Sertralina | - | - | 0 | - | +++ |
| Paroxetina | + | ++ | 0 | - | +++ |
| Fluvoxamina | + | ++ | 0 | - | ++++ |
| Venlafaxina | + | + / ++ | + | + | ++ |
| Trazodone | | +++ | +++ | + | + |

ASMA

Definición

El asma es una enfermedad crónica con exacerbaciones agudas que se caracteriza por presentar hiperreactividad bronquial e inflamación crónica de la mucosa respiratoria, con crisis de obstrucción reversible de la vía aérea.

Clasificación

- Asma leve intermitente: menos de dos episodios de síntomas leves por semana, asintomático entre los episodios de crisis, exacerbaciones leves y de corta duración, menos de dos episodios de síntomas nocturnos por mes, no hay alteración del crecimiento en los niños.

- Asma leve persistente: hasta dos episodios de síntomas por semana, exacerbaciones que pueden o no interferir con la actividad física, menos de dos episodios de síntomas nocturnos en el mes, no hay alteración del crecimiento en los niños.

- Asma moderada: síntomas diarios y uso diario de beta 2 adrenérgicos, limitación de la actividad cotidiana durante las exacerbaciones, más de dos exacerbaciones por semana, más de un episodio de síntomas nocturnos por semana, no hay alteración del crecimiento en los niños.

- Asma severa: síntomas continuos, actividad física y cotidiana limitada, exacerbaciones muy frecuentes, síntomas nocturnos muy frecuentes, puede haber alteración del crecimiento en los niños.

Objetivos terapéuticos

1) Mantener al paciente asintomático y sin crisis la mayor cantidad de tiempo, y con los menores efectos adversos, 2) Prevenir las exacerbaciones, 3) Estabilizar lo antes posible la función pulmonar en los episodios de crisis y 4) Evitar la muerte del paciente.

Medidas terapéuticas generales

El paciente asmático y la familia deben estar educados acerca de: 1) Técnica de administración de fármacos inhalatorios (*), 2) Reconocimiento temprano de la sintomatología y de una crisis, 3) Conductas a seguir ante el agravamiento de la sintomatología, 4) Conductas a seguir ante cuadros infecciosos respiratorios, 5) Conocimiento de factores desencadenantes y agravantes de los síntomas, 6) Conocimiento básico de la función y de los efectos adversos más frecuentes de las distintas drogas que utiliza y 7) Control de los factores desencadenantes: tabaco, alérgenos e irritantes inhalatorios, drogas, factores psicológicos personales y familiares.

(*) Siempre indicar beta 2 reglados (4 a 6 veces por día) con las infecciones respiratorias altas y considerar el uso de corticoides sistémicos si las exacerbaciones son severas.

Esquema de manejo farmacológico escalonado del asma estable en los niños

Es igual al del adulto, con las siguientes diferencias: a) Los beta 2 se utilizan siempre con aerocámara con adaptador facial o nebulizador; b) En el asma leve persistente puede usarse tanto corticoides inhalatorios (CI) como cromoglicato; c) En el asma moderada pueden usarse CI a dosis medias solos o CI a dosis medias más un beta 2 de acción prolongada en los niños mayores de 3 años o aminofilina y d) Aún no está estudiado muy bien el efecto de los IRL en los niños menores de 6 años, por lo que no se recomienda utilizarlos antes de esta edad.

Beta 2 adrenérgicos de acción corta

Indicaciones: se usan para el alivio de los síntomas. Son la droga de primera elección en la fase aguda, por su rápido comienzo de acción y por ser los broncodilatadores más potentes. En el asma crónica siempre deben administrarse a demanda, según la sintomatología y la necesidad del paciente, y no en forma reglada a intervalos fijos. En los pacientes con asma leve pueden usarse como única droga para el control de la enfermedad. En el asma por ejercicio pueden usarse 30 minutos antes de realizar la actividad física.

Drogas: salbutamol, fenoterol, terbutalina, clenbuterol, isoetarina. Todas tienen eficacia clínica similar a dosis equivalentes, con iguales efectos terapéuticos y adversos. La vía inhalatoria es siempre de elección. La vía oral no se recomienda por su absorción errática. Se pueden administrar con aerosol (con o sin aerocámara) o con nebulizador.

Beta 2 adrenérgicos de acción prolongada

A diferencia de los beta 2 de acción corta, los beta 2 de acción prolongada se utilizan en forma reglada: cada 12 horas para la sintomatología persistente en el asma moderada cuando con dosis moderadas de corticoides inhalatorios no se logró controlar la enfermedad, antes de dormir para el manejo de los síntomas nocturnos en la fase estable o 30 minutos antes de realizar actividad física para controlar el asma por ejercicio. No se recomienda usar beta 2 de acción prolongada en pacientes que no utilizan corticoides inhalatorios en forma reglada. Las drogas son salmeterol y formoterol, ambas de igual eficacia a dosis recomendadas. La duración del efecto es de aproximadamente 12 horas.

Corticoides inhalatorios (CI)

Indicaciones: 1) Asma leve persistente (dosis bajas), 2) Asma moderada (dosis medias) y 3) Asma severa (altas dosis). Los CI se utilizan en forma reglada. Se utilizan por lo general dos veces al día, aunque también pueden utilizarse una vez al día para mejorar la adherencia.

| DROGA | DOSIS BAJAS (µG/DIA) | DOSIS MEDIAS (µG/DIA) | DOSIS ALTAS (µG/DIA) |
|-----------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Beclometasona Adultos Niños | 100-500 50-350 | 500-800 350-650 | >800 >650 |
| Budesonida Adultos Niños | 200-400 100-200 | 400-600 200-400 | >600 >400 |
| Flunisolida Adultos Niños | 500-1000 500-750 | 1000-2000 750-1250 | >2000 >1250 |
| Fluticasona Adultos Niños | 50-250 50-175 | 250-650 175-450 | >650 >450 |

Corticoides sistémicos (CS)

Indicaciones: 1) Para el manejo de la crisis asmática aguda moderada y severa, 2) Para evitar la recaída en pacientes dados de alta de la guardia, 3) Asma severa (asociado a CI en altas dosis y a inhibidores de los leucotrienos).

Con el objeto de ganar control, en cualquier momento y fase de la enfermedad se puede indicar un curso de 7 días de corticoides por vía oral. Sin embargo, debido a los efectos adversos del uso prolongado de corticoides, hay que utilizarlos el menor tiempo posible y a la menor dosis efectiva para controlar la sintomatología, monitorizando las utilidades terapéuticas.

Cromoglicato

Indicaciones: 1) Droga alternativa en el asma por el ejercicio, 2) Droga de mantenimiento de primera elección (junto con los CI) en los niños ya que, prácticamente, carece de efectos adversos.

INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES DE LOS LEUCOTRIENOS (IRL)

Estas drogas están llamadas a reemplazar a los corticoides inhalatorios y tendrían las mismas indicaciones que ellos, aunque son ligeramente menos efectivos. La ventaja es que se utilizan por vía oral y la desventaja es que aún no se conoce su seguridad a largo plazo porque se usan hace muy poco tiempo. Las drogas que están en el mercado son: montelukast, zafirlukast y pranlukast. La posología del montelukast: adultos y mayores de 15 años: un comprimido de 10mg antes de acostarse en una única toma diaria. Niños entre 6 y 14 años: 1 comprimido masticable de 5mg antes de acostarse en una única toma diaria.

Técnica de administración de fármacos inhalatorios sin aerocámara: 1) Agitar el aerosol, 2) Tomarlo entre los dedos pulgar e índice con la boquilla hacia abajo, 3) Colocar el aerosol a 3 ó 4cm de distancia de la boca, con la boca abierta, 4) Exhalar antes de disparar como mínimo el volumen corriente o toda la capacidad vital, 5) Comenzar a inspirar por la boca y disparar coordinadamente con el inicio de la inspiración, 6) La inspiración debe ser lenta, profunda y máxima (por lo menos 5 a 6 segundos), 7) Llegar hasta la capacidad pulmonar total, 8) Retener la respiración 10 segundos, 11) Exhalar lentamente, 12) Enjuagar la boca.

Técnica de administración de fármacos inhalatorios con aerocámara: 1) Agitar el aerosol, 2) Colocarlo en el extremo de la cámara para el aerosol, 3) Exhalar antes de disparar como mínimo el volumen corriente o toda la capacidad vital, 4) Rodear la boquilla con la boca, 5) Accionar el aerosol dentro de la aerocámara, 6) Inspirar por la boca en forma lenta, profunda y máxima durante 5-6 segundos (1 inspiración con aerocámara sin válvulas), 7) Llegar hasta capacidad pulmonar total, 8) Retener la respiración 10 segundos. Exhalar lentamente, 9) Enjuagar la boca.

Ventajas de la aerocámara: aumenta la disponibilidad de droga en los que no logran coordinar el disparo con la inhalación (ancianos o niños), disminuye la incidencia de candidiasis oral, ronquera, tos y efectos adversos sistémicos. Se debe utilizar una cámara espaciadora siempre que sea posible ya que simplifica y mejora la técnica de administración. En los niños menores de 10 años no deben usarse aerosoles inhalatorios sin cámara espaciadora.

CEFALEA

MIGRAÑA

Definición

Registro de al menos 5 episodios que cumplan los criterios de:

a) Cefalea que duran entre 4 y 72 horas (sin tratamiento, o con tratamiento insuficiente)
b) Cefaleas que tienen al menos dos de las siguientes características: 1. Localización unilateral, 2. Calidad pulsátil, 3. Intensidad moderada a severa (impide la actividad física), 4. Agravamiento con la actividad física habitual.

c) Durante la cefalea, deben presentarse al menos una de las siguientes características: 1. Náuseas y/o vómitos, 2. Fotofobia y fonofobia.

Tratamiento

La educación debe involucrar a su familia e implica explicar claramente el diagnóstico y los objetivos del tratamiento así como participar en la identificación de los desencadenantes de los episodios para evitarlos. Los tratamientos no farmacológicos de la migraña incluyen reposo, disminución de la exposición a estímulos, técnicas de relajación, psicoterapia, kinesiología.

Tratamiento farmacológico abortivo

Las drogas que pueden usarse son los AINE (con o sin coadyuvantes), la ergotamina o el sumatriptan.
a) Antiinflamatorios no esteroides (AINE): son simples, seguros y bien tolerados. Se pueden utilizar solos o con coadyuvantes como la metoclopramida o la cafeína.

b) Tartrato de ergotamina: Puede administrarse por vía oral o rectal (la absorción por vía oral es más errática y la co-administración de cafeína mejoraría su absorción).

Dosis: 1mg cada 30 minutos, hasta aliviar el dolor, hasta un máximo de 6 mg/día o 10 mg/semana. Niños: sólo en los mayores de 6 años, a dosis de 0.5 a 1 mg/dosis, y puede repetirse a intervalos de 20-30 minutos, hasta un máximo de 4mg/día.

La ergotamina sola puede exacerbar las náuseas y vómitos, por lo que debe utilizarse asociada a un antiemético.

c) Sumatriptan: Dosis y administración: puede utilizarse por vía oral (dosis de 100 mg, hasta un máximo de 300 mg diarios) o subcutánea (dosis de 6 mg, hasta un máximo de 12 mg diarios). No existe suficiente experiencia sobre su uso en los niños.

Tratamiento farmacológico profiláctico: indicado en pacientes con migraña que presentan: 1) Uno o dos ataques por mes que producen discapacidad por tres días o más; 2) Ineficacia, intolerancia o contraindicación del tratamiento abortivo; 3) Requerimiento de tratamiento abortivo 2 o más veces por semana y 4) Migraña con patrón predecible (por ejemplo, en los ataques asociados a la menstruación).

a) Betabloqueantes: la droga de elección para el tratamiento profiláctico de la migraña es el propranolol. Se comienza con 20 mg cada 12 horas por vía oral, aumentando la dosis gradualmente, según los síntomas del paciente, hasta un máximo de 240 mg/día. Si luego de 6 semanas de tratamiento a dosis máxima no se logra mejoría sintomática, la droga debe discontinuarse lentamente. Otros betabloqueantes, como el atenolol (requiere sólo una dosis diaria), el nadolol y el metoprolol también han mostrado efectividad. La falla de un betabloqueante no predice la ineficacia de otra droga del mismo grupo, por lo que es apropiado intentar el tratamiento con las distintas drogas. En los niños se utiliza propranolol como primera droga, aunque aún no se ha comprobado su efectividad. La dosis habitual es de 1-2mg/kg/día, pero se sugiere comenzar con dosis menores.

Para ver más datos acerca de estas drogas ver el capítulo de Hipertensión arterial.

b) Amitriptilina: es una buena alternativa cuando los betabloqueantes están contraindicados. Se recomienda comenzar con 25 mg diarios, por la noche, hasta una dosis máxima de 100 mg/día. La mayoría de los pacientes responde a la semana de tratamiento, aunque conviene aguardar 6 semanas hasta considerarla inefectiva si la sintomatología no mejora.

c) Bloqueantes cálcicos: el más usado es el verapamilo. Es menos efectivo que las drogas mencionadas con anterioridad, reservándose sólo para los pacientes con intolerancia a las mismas. La dosis usual oscila entre los 160 y 360mg/día (para ver más datos acerca de estas drogas ver el capítulo de Hipertensión arterial).

CEFALEA TENSIONAL

Definición

Registro de al menos 10 episodios previos de cefalea que cumplan los criterios de

a) Cefalea que dure entre 30 minutos y 7 días
b) Presencia de al menos dos de estas características: 1. Dolor gravativo u opresivo (no pulsátil), 2. Intensidad leve a moderada, 3. Localización bilateral, 4. No se agrava con la actividad física habitual.
c) Ambas de las siguientes: 1. Ausencia de náuseas y vómitos, 2. Ausencia de fonofobia y fotofobia (o presencia de sólo uno de los dos).

Tratamiento

Los tratamientos conservadores tienen como objetivo reducir la contractura muscular (cuando está presente) o el estrés psicológico.

Las drogas de primera elección para los episodios de cefalea tensional, en pacientes de cualquier edad, son los AINE en las mismas dosis que las mencionadas para el manejo de la migraña.

En los casos de dolor crónico, puede intentarse el tratamiento con amitriptilina en las mismas dosis que con la migraña (esta droga ha demostrado ser eficaz en el 65% de los pacientes).

CEFALEA TIPO CLUSTER

Definición

Registro de al menos 5 ataques que cumplan los criterios

a) Dolor severo unilateral orbital, periorbital y/o temporal de 15 a 180 minutos (3 hs) de duración (sin tratamiento)
b) Cefalea asociada al menos a uno de los siguientes signos, presentes del mismo lado del dolor: 1. Congestión conjuntival, 2. Lagrimeo, 3. Congestión nasal, 4. Rinorrea, 5. Sudoración facial, 6. Miosis, 7. Ptosis, 8. Edema palpebra
c) Frecuencia de los ataques de 1 a 8 por día.

Tratamiento

Para abortar el dolor, instaurar, en el momento del ataque, oxigenoterapia al 100% (7 litros/minuto), durante 10 a 15 minutos desde el comienzo del dolor. Otro tratamiento, utilizado para abortar el dolor es la administración de lidocaína al 4% por vía nasal del lado del dolor. También se puede utilizar ergotamina inhalatoria o sublingual que tiene una efectividad del 70-80%, en dosis similares a las usadas en la migraña. En algunos casos, es útil la instalación de un tratamiento profiláctico, que se suspenderá luego de dos semanas libres de síntomas. Entre las drogas utilizadas con fines profilácticos se encuentran: prednisona en dosis de 40 a 60mg/día, verapamilo, en dosis de 240 a 480mg/día ergotamina 1 a 2mg, 2 horas antes de acostarse cuando las crisis son nocturnas (se utiliza cuando los ataques son predecibles). En algunos casos resistentes a estos tratamientos ha resultado exitosa la administración de litio. Todas estas drogas se utilizan por vía oral.

NEURALGIA DEL TRIGEMINO

Se caracteriza por la aparición recurrente de paroxismos de dolor unilateral, en áreas de distribución de una o más ramas del nervio trigémino. Los paroxismos duran 20 a 30 segundos como promedio, se reiteran con frecuencia durante el día, intercalándose entre ellos, intervalos libres de dolor. El tratamiento más eficaz es con carbamazepina, a una dosis de 100 a 200mg, dos a tres veces por día. La dosis de mantenimiento oscila entre los 400 y 800mg diarios. En los casos en que el dolor no remite, puede asociarse difenilhidantoína, 200 a 400mg diarios. Como última opción al tratamiento del dolor se encuentra el tratamiento quirúrgico, que consiste en la lesión selectiva del nervio con un electrodo de radiofrecuencia.

TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION TEMPORO-MANDIBULAR

Se le debe recomendar al paciente que utilice dietas blandas, corte los alimentos en pequeños bocados y evite las comidas duras y los chicles. El calor local y los masajes sobre los músculos de la masticación pueden ayudar en la disminución de los síntomas. Cuando el dolor es importante se pueden utilizar AINEs a dosis habituales y, eventualmente, benzodiazepinas que, por su efecto miorelajante, contribuyen a reducirlo. El uso de mordillos de descanso durante la noche es otra opción a tener en cuenta.

COLON IRRITABLE (CI)

Definición

Dolor o disconfort abdominal por más de 3 meses, que se alivia y/o se modifica con la defecación y/o se asocia a un cambio de consistencia en las heces, y/o a un cambio en la frecuencia de la evacuación, y se acompaña de dos o más de los siguientes síntomas al menos durante el 25% del tiempo (tres meses): 1) Frecuencia "alterada" con respecto al ritmo "habitual" del paciente en las deposiciones (más de tres por día o menos de tres por semana), 2) Alteración en la forma o consistencia de la materia fecal (heces acintadas, tipo bolita, etc.), 3) Alteración en el "pasaje" de la materia fecal (urgencia o sensación de evacuación incompleta), 4) Presencia de moco en la materia fecal y 5) Meteorismo o distensión abdominal.

En el interrogatorio se colocará especial énfasis en los antecedentes heredofamiliares de patología colorrectal, en el examen físico se buscará descartar patología perianal, del conducto anal y recto inferior

mediante tacto rectal. También se deberá descartar alteraciones del tracto de salida y debilidad del piso pélvico con sintomatología similar, ejemplo: múltiparas.

Manejo

El mejor esquema terapéutico es el que se basa en la severidad de los síntomas y en el grado de discapacidad que éstos producen. Al criterio de severidad, debe agregarse el del síntoma predominante (constipación, dolor, diarrea, distensión).

1) Manejo de los pacientes con síntomas leves: prueba dietética y terapéutica durante 30 días con reaseguro, educación y modificaciones dietéticas, o de hábitos de vida. Deben identificarse los alimentos que gatillan los síntomas y eliminarlos. Se desaconseja el café, la lactosa, las comidas ricas en grasas, picantes y el alcohol. En caso de constipación, se recomienda el aumento de las fibras o los laxantes de volumen (psyllium).

2) Manejo de los pacientes con síntomas moderados: estos pacientes tienen, por lo general, una mayor prevalencia de problemas psicosociales. A las medidas higiénico-dietéticas anteriores pueden agregarse: llevar un diario o agenda de los síntomas durante 4 semanas a fin de que el paciente tome conciencia de los desencadenantes, factores emocionales asociados, etc.

3) Manejo de los pacientes con síntomas severos: además de las medidas mencionadas arriba, estos pacientes se benefician con antidepresivos. La prescripción de ansiolíticos o antidepresivos debe acompañarse de una explicación ya que a la mayoría de los pacientes les cuesta reconocer la depresión o la asociación de sus síntomas con un problema psicosocial. Independientemente del tratamiento utilizado, el paciente debe ser "controlado" a intervalos regulares. Debe irse del consultorio con la fecha para la próxima cita. Tener en cuenta que ansiolíticos y antidepresivos pueden aumentar la constipación.

Manejo del paciente con CI según el síntoma predominante

a) Si predomina el dolor: deben emplearse anticolinérgicos como la Trimebutina. Se indica un comprimido de 100 o de 200mg, 30 a 60 minutos antes de cada comida principal. Las combinaciones con ansiolíticos no tienen beneficio demostrado e impiden modificar las dosis de cada componente por separado, además pueden generar adicción a las benzodiazepinas.

b) Si predomina la diarrea: la Trimebutina, suele regularizar el hábito diarreico, si se utiliza la Loperamida, un comprimido de 2mg después de cada deposición diarreica. La dosis máxima es de 16mg por día. Si se decide utilizar antidepresivos, es preferible emplear un antidepresivo tricíclico como la amitriptilina, en dosis de 50 a 100mg/día, en una sola toma antes de dormir.

c) Si predomina la constipación: debe aumentarse el contenido de fibras de la dieta o emplear laxantes de volumen como el psyllium.

CONSTIPACION

Debe diferenciarse claramente mediante interrogatorio la "constipación habitual" del "cambio del hábito intestinal" que requiere métodos complementarios de diagnóstico.

Prevención

Está indicada en pacientes que deberán permanecer en cama o que recibirán indefectiblemente drogas constipantes (opiáceos, antidepresivos tricíclicos, etc.). Se debe prescribir una dieta con alto contenido en fibras, beber abundante agua y eventualmente, indicar laxantes de volumen.

Tratamiento con medidas generales

Reasegurar al paciente y explicarle que no hay nada serio por lo cual preocuparse. Es útil en pacientes con miedo al cáncer. Educarlos para evitar el abuso de laxantes irritativos y, si es posible, suspenderlos. Promover la actividad física. Chequear toda la medicación que toma el paciente y que pueda interferir con el movimiento intestinal. Tomar mayor cantidad de líquido. Aumentar las fibras de la dieta (frutas con cáscara, vegetales de hoja, cereales integrales) ya que se necesitan 15 gramos de fibras por día (recomendar productos alimentarios de fibras de salvado). Puede comenzarse con dos cucharadas soperas de fibra en la leche o en el yogur, y aumentarlas según la respuesta y la tolerancia. Instruir al paciente para que dedique un tiempo establecido para la evacuación intestinal. El restablecimiento del funcionamiento colónico lleva semanas. El paciente debe conocer este dato ya que habitualmente espera resultados inmediatos y, al no obtenerlos, recurre nuevamente a los laxantes irritativos y a los enemas, conspirando así contra las medidas enunciadas. Valorar los resultados a las 4 semanas de la prueba higiénico-dietética.

Tratamiento farmacológico

Si las medidas anteriores fracasan y el paciente insiste en recibir medicación.

1) Laxantes de volumen: son seguros para el uso crónico. El más recomendado y conocido es el psyllium, y su dosis es de 2 cucharaditas de té o un sobrecito del polvo, o de 2 comprimidos por día con 250 ml de agua. Se recomienda tomarlo con la comida (una o dos veces por día). Si las tomas se indican 30 minutos antes de las comidas, la sensación de "plenitud", tiene un efecto "anorexígeno" que puede ayudar a corregir el sobrepeso. El efecto laxante comienza luego de 24 horas. Otros son el poliacarbófilo cálcico (2 a 8 tabletas por día) y el polietilenglicol para los casos más severos (la dosis usual es de 2 sobres por día).

2) Laxante estimulantes o irritativos: los más comunes son el Picosulfato de sodio, el bisacodylo, la cáscara sagrada y la cassia angustifolia. Todos estos laxantes pueden generar disturbios electrolíticos, diarrea ficticia y nefritis. Pasan a la leche materna y, una pequeña dosis, puede afectar al lactante.

El uso de los laxantes estimulantes o irritativos debe evitarse. Además de los efectos adversos mencionados, el uso crónico de estos laxantes puede generar constipación a largo plazo.

3) Laxantes osmóticos: se encuentra el aceite de ricino y la lactulosa.

4) Agentes emolientes (ablandadores): entre estos tenemos el docusato de sodio y la vaselina pueden ablandar la materia fecal.

Constipación en los niños

La constipación funcional es la causa más frecuente de constipación en los niños. Debe proporcionarse una ingesta adecuada de fluidos y fibras para prevenir y tratar la constipación. En los lactantes, puede suministrarse jugo de ciruelas y azúcar negra. En niños más grandes, puede agregarse, además: cereales, frutas y vegetales ricos en fibras. Debe estimularse a los niños a que no retrasen la evacuación intestinal cuando sienten ganas. El tratamiento farmacológico sólo se emplea si las medidas generales fracasan. La vía oral es la ideal y los laxantes de volumen son los preferibles.

DIABETES

Criterios diagnósticos de diabetes (DBT)

1) Presencia de síntomas clínicos como poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicada más una glucemia ≥ 200 mg/dl (11.1mmol/L) en cualquier momento
 2) Aumento de la glucemia en ayunas (GA) con un valor ≥ 126 mg/dl (7mmol/L) ("en ayunas" se refiere a 8 horas luego de la última ingesta de alimentos) o 3) Glucemia ≥ 200 mg/dl luego de 2 horas de una carga oral con 75 gramos de glucosa disuelta en agua (PTOG 2hs).
 Los resultados anormales deben repetirse en un día diferente con cualquier método, a menos que el paciente tenga descompensación metabólica aguda y glucemia ≥ 200 mg/dl.

Cabe destacar que, en los últimos años, existe una tendencia a asociar una segunda droga antes de llegar a las dosis máximas de la primera. La probabilidad de control adecuado con monoterapia es aproximadamente la mitad que con la asociación de drogas, y disminuye con el tiempo de duración de la DBT, con la obesidad y con la inadecuada adherencia del paciente al tratamiento.

Metas del tratamiento de la DBT

| PARAMETRO DE LABORATORIO | IDEAL | ACEPTABLE | MALO |
|--|----------------|---------------|-------------|
| Glucemia en ayunas | 80 – 120 mg/dl | < 140 mg/dl | > 140 mg/dl |
| Glucemia postprandial | 80 – 160 mg/dl | < 180 mg/dl | > 180 mg/dl |
| Hemoglobina glicosilada | < 7% | 7 a 8 % | > 8 % |
| Glucosuria | 0 | < 0.5 mg/dl | > 0.5 mg/dl |
| Colesterol | < 200 mg/dl | 200-239 mg/dl | > 240 mg/dl |
| HDL colesterol | > 45 mg/dl | > 40 mg/dl | < 35 mg/dl |
| Triglicéridos | < 150 mg/dl | 150-200 mg/dl | > 200 mg/dl |
| Índice de masa corporal en los varones | < 25 | < 27 | > 27 |
| Índice de masa corporal en las mujeres | < 24 | < 26 | > 26 |
| Tensión arterial | <130/85 | <140/90 | >140/90 |

Tratamiento

Medidas generales

Pese a que la terapia insulínica es imprescindible para el tratamiento de la DBT tipo 1, y a que muchos DBT tipo 2 requerirán tratamiento farmacológico con medicación oral o insulina, la actividad física y la dieta, conjuntamente con la educación continua del DBT, son los pilares fundamentales del tratamiento de la DBT.

a) Actividad física: mejora la sensibilidad periférica a la insulina, mejora la tolerancia a la glucosa en algunos individuos, se suma a la dieta para promover la pérdida de peso y mantenerlo, disminuye los factores de riesgo coronarios, puede disminuir la dosis de insulina y de medicación oral, aumenta la capacidad de trabajo, enriquece la calidad de vida y mejora la autopercepción de salud y bienestar. Indicación: se les debe aconsejar actividad física a todos los pacientes DBT, a aquellos con mayor riesgo de padecerla, a pacientes con otros factores de riesgo coronario como HTA, dislipidemia, obesidad. Tipo de ejercicio: bicicleta o natación para pacientes con neuropatía, y caminatas, o bicicleta para los hipertensos.

b) Dieta: Prácticamente no existe una dieta específica para los diabéticos. La mayoría de las recomendaciones dietéticas son las mismas que para la población general. Objetivo: lograr un peso adecuado según la interpretación que haga el médico y el paciente de la posibilidad de ese paciente de alcanzarlo y mantenerlo a largo plazo. Tipo de dieta: la alimentación debe ser balanceada en hidratos de carbono, grasas, proteínas y fibras. Se deben evitar los carbohidratos de rápida absorción como los dulces (muy poca evidencia lo avala). Número de ingestas: es importante el fraccionamiento en 4 comidas para el DBT tipo 2 y en 4 comidas y 2 colaciones para el tipo 1.

Tratamiento farmacológico

Sulfonilureas (SU)

Indicaciones: DBT tipo 2 cuando, luego de 3 meses de tratamiento con un plan de alimentación y de actividad física, no se consigue un control adecuado. Las sulfonilureas son más apropiadas para los DBT tipo 2 leves, de comienzo en la madurez, que no son obesos ni insulino pénicos.

Todas las SU se indican 30 minutos antes de las comidas y es muy importante recordarle al paciente que no debe olvidarse de comer después de tomar la pastilla porque si no come puede sentirse mal (hipoglucemia). La duración del efecto alcanza las 24 horas con todas las SU, por lo que pueden darse en una sola dosis diaria cuando ésta es pequeña (hasta 10mg para glibenclamida y glipizida y hasta 4mg para glimepirida). Si se usa una sola dosis diaria, ésta puede indicarse antes del almuerzo o antes de la cena (esto queda a elección del paciente en base a cuál es la comida más importante). Habitualmente, se comienza con una dosis baja (dosis inicial) una vez por día y se va aumentando cada 1 a 4 semanas, hasta que se alcanza la meta de glucemia, o hasta dosis máximas divididas en 2 a 3 tomas diarias (siempre 30 minutos antes de las comidas).

Glibenclamida: Dosis inicial: 2.5 a 5mg. Dosis promedio: 10mg por día. Dosis máxima: 20mg por día.

Glipizida: Dosis inicial: 2.5mg. Dosis promedio: 15mg por día. Dosis máxima: 40mg por día (es la aprobada por la FDA pero la máxima efectiva se considera 20 mg/día),(máximo 15mg por toma). Está particularmente indicada en los pacientes con alteraciones renales.

Glicazida: Dosis inicial: 80mg. Dosis promedio: 160mg por día. Dosis máxima: 320mg por día. Está particularmente indicada en los pacientes con alteraciones renales.

Glimepirida: Dosis inicial: 1 a 4mg. Dosis promedio: 4mg. Dosis máxima: 8 mg por día.

Efecto adverso más importante

Hipoglucemia (ver síntomas en insulina): es el efecto adverso más frecuente de las SU y se presenta en el 6% de los tratados. Según la droga, en orden creciente de frecuencia: glipizida, clorpropamida y glibenclamida.

Pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC)

Elegir glipizida y gliclazida si el clearance de creatinina es > 30 ml/min, o en pacientes ancianos en quienes hay una disminución franca fisiológica del clearance de creatinina. Cuando el clearance es < 30 ml/min, debe usarse insulina. Para calcular el clearance de creatinina puede usarse la siguiente fórmula: $140 - \text{edad}/\text{creatinina sérica}$ (en mujeres $\times 0.85$).

Precauciones

Todas las SU se acumulan en los pacientes con alteración de la función hepática y en los ancianos. La clorpropamida, debido a su larga vida media, tiene una mayor tendencia a la acumulación en pacientes con compromiso de la función renal y, por lo tanto, aumenta el riesgo de hipoglucemia. No aconsejamos utilizar esta droga.

Respuesta inicial: depende de la glucemia basal en ayunas. Se espera un descenso de la glucemia de 60mg/dl y de Hb A1C de 1,5 a 2% aproximadamente. Tienen mayor probabilidad de responder adecuadamente los DBT de menos de 5 años de evolución, con hiperglucemias de ayuno leves a moderadas (la hiperglucemia severa disminuye la absorción de las SU), con peso adecuado o ligeramente excedido y que nunca han requerido insulina o usaron dosis bajas (menos de 30 U/día).

Fallo primario a las SU: es la falta de respuesta inicial. Se ve en alrededor de un 35% de los pacientes con DBT tipo 2 no seleccionados. Las causas más frecuentes de fallas primarias a las SU son la falta de adhesión al plan alimentario y a la actividad física.

Fallo secundario a las SU: es la falta de respuesta luego de la adecuada respuesta inicial. Se observa en un 5 a un 10% de los pacientes por año y se debe a problemas relacionados: a) con el paciente (falta del cumplimiento de la dieta, de la actividad física, pobres conocimientos sobre la enfermedad o situaciones intercurrentes), b) con la DBT (aumento de la deficiencia insulínica y/o de la resistencia a su acción) o c) con la terapéutica (dosificación inadecuada, desensibilización de la célula beta a la acción de la SU, disminución de absorción de SU por hiperglucemia, administración concomitante de drogas que aumentan la glucemia).

Biguanidas (en la Argentina sólo está la metformina)
Indicaciones

1) DBT tipo 2 con obesidad y/o hiperlipemia que no responde a la dieta y a la actividad física luego de 3 meses de tratamiento, 2) Tratamiento adyuvante de las SU cuando el paciente no logró alcanzar las metas o tratamiento combinado con otros hipoglucemiantes o con insulina, 3) Insulinorresistencia y 4) Hipersensibilidad o fracaso primario y secundario a las SU.

Eficacia

Produce una disminución de la glucemia y la hemoglobina glicosilada (HbA1C) de 60mg/dl y 1.5 a 2 g/dl, respectivamente.

Forma de prescripción

Dosis: de 1 a 2g por día. La droga debe tomarse con las comidas. En la práctica, suele comenzarse con un comprimido de 500mg con el almuerzo y con la cena y luego puede aumentarse de a 500mg cada dos semanas hasta la meta deseada o hasta llegar a la dosis máxima (2g). También pueden usarse los comprimidos de liberación prolongada (AP) en una o dos tomas diarias de 850mg (dosis máxima 1700 mg/día)

En un paciente que no responde adecuadamente a la dieta y a la actividad física en un lapso de 3 meses, se puede comenzar tratamiento con metformina o SU. Si es obeso o hiperlipidémico conviene comenzar con metformina. La asociación de SU con metformina tiene un efecto aditivo para alcanzar la meta sobre la glucemia y la hemoglobina glicosilada. Los efectos adversos más comunes de la metformina son los gastrointestinales y el más serio, aunque raro, es la acidosis láctica.

Otros hipoglucemiantes NO recomendamos como parte del manejo básico o inicial. Se mencionan para su reconocimiento y por la eventual utilización asociados a las SU, a la metformina o a la insulina.

Acarbosa: retarda la absorción de los carbohidratos, controlando la glucemia postprandial y compensando, en parte, el retraso de la secreción de insulina en pacientes con DBT tipo 2 tratados con dieta sola o con SU. Es particularmente efectiva en pacientes que tienen hiperglucemia postprandial significativa. Se utiliza cuando la otra medicación oral no es suficiente, en tratamiento combinado. Disminuye, además, la concentración sérica de triglicéridos. La dosis es de 50 a 150mg, divididas en 2 ó 3 tomas al comenzar cada comida (almuerzo y cena). Se inicia a dosis bajas (25mg una o dos veces por día) y se aumenta lentamente (25mg por día, cada 2 a 4 semanas).

Benfluorex: aumenta la sensibilidad periférica a la insulina, pero no su secreción. Tiene acción hipolipemiante. Podría indicarse en la DBT tipo 2 asociada a la obesidad y/o hiperlipemia. La dosis es de 150mg con la cena inicialmente, y luego se aumenta a 300 y 450mg en la 2ª y 3ª semana respectivamente en tomas divididas con el desayuno, el almuerzo y la cena. Los efectos adversos incluyen náuseas, vómitos, epigastralgias y diarreas, astenia y somnolencia. No tiene riesgo de acidosis láctica. Está contraindicada en los pacientes con pancreatitis crónica, en el embarazo y en la DBT con severa insulinopenia.

Acipimox: es un derivado del ácido nicotínico. Estaría indicado en los DBT tipo 2 con hipercolesterolemia leve e hipertrigliceridemia. La dosis recomendada es de 750mg por día.

Repaglinida: aumenta la secreción de insulina pero no está relacionada a las SU. Su rápida absorción intestinal, con una vida media menor de una hora, y su completo metabolismo hepático a metabolitos inactivos la convertirían en la insulina oral para la administración preprandial, especialmente útil en ancianos y pacientes con patología renal. La dosis de comienzo es de 0.5mg, 3 veces al día, 15 minutos antes de las comidas. Se aumenta cada semana hasta un máximo de 16mg por día.

INSULINA

Indicaciones de la insulinoterapia

1) DBT tipo 1.
2) DBT tipo 2 con falla a las SU, solas o combinada con metformina.
3) DBT y embarazo (DBT gestacional o embarazo en diabética conocida).
4) DBT post-pancreatectomía o secundaria.
5) DBT con pancreato, nefro o hepatopatías
6) Situaciones de estrés en DBT tipo 1 o en DBT tipo 2 (desnutrición, infecciones graves, traumatismos, cirugía, alimentación enteral o parenteral, accidente cerebrovascular u otras enfermedades que requieran internación).

Forma de prescripción

Dosis: de 0.6-0.7 U/Kg/día, con un rango de 0.2 a 1U/Kg/día. Los que requieren menos de 0.5 U/Kg/día tienen, en general, secreción endógena. Los obesos tienen mayor necesidad por la resistencia de los tejidos periféricos (hasta 2 U/Kg/día). Cuando se asocia a tratamiento oral previo es aconsejable iniciar con una dosis nocturna de 0.1 a 0.5 U/Kg de peso.

Tipos de insulina según su origen: existen insulinas de origen bovino, porcino y humano. La humana es la de menor antigenicidad, tiene un comienzo de acción más rápido y una duración más corta que la insulina porcina y ésta comienza antes y dura menos que la bovina.

Uso de insulina humana: se prefiere en el embarazo, para uso intermitente, en pacientes con alergia a la insulina animal y en principiantes de la terapia con insulina.

Tipos según duración: se utiliza insulina cristalina, rápida o corriente; intermedia (NPH) y lenta, semi-lenta o ultralenta y mezclas. En la Argentina, las más usadas son la rápida y la intermedia (NPH). La mezcla de cristalina y NPH no altera las características de la primera, en cambio, con la lenta se reduce la disponibilidad de la cristalina. La insulina de acción prolongada tiende a no usarse porque su larga vida media hace difícil su dosificación, tardando varios días en lograr una concentración sérica estable.

Insulina cristalina o corriente: vía de administración: subcutánea (SC), intramuscular (IM) o endovenosa (IV), en bomba o en infusión continua. Las 2 últimas sólo en situaciones de emergencia (coma hiperglucémico no cetósico, cetoacidosis DBT y perioperatorio de los DBT tipo 1 y 2). Es de duración corta.

NPH: vía de administración: SC, antes de las principales comidas. Se indica en DBT tipo 2, en una única dosis nocturna que puede ayudar a normalizar la glucemia matinal de ayuno. Es de duración intermedia.

Hay una amplia variabilidad interindividual en la cinética de acción de la insulina, el pico de hipoglucemia puede variar en un 50%, gran parte de estas diferencias se deben a la absorción SC, sobre todo con insulina NPH.

| Insulina | Acción | Comienzo | Efecto máximo en horas | Duración en horas | Vía |
|--------------|------------|-----------------|------------------------|-------------------|----------|
| Cristalina | Rápida | 30 a 60 minutos | 2 a 4 | 5 a 8 | SC-IM-EV |
| NPH | Intermedia | 1 a 2 horas | 6 a 12 | 16 a 24 | SC |
| Lenta | Intermedia | 1 a 2 horas | 8 a 14 | 18 a 24 | SC |
| Protamina-Zn | Prolongada | 3 a 4 horas | 18 a 24 | 24 a 36 | SC |

Forma de aplicación: guardar el frasco de insulina en un lugar fresco, lejos de la luz o en la heladera (no en el congelador). Retirarlo 15-20' antes de usarlo. Debe agitarse lentamente, frotándolo con las dos manos

para que tome mayor temperatura antes de usar. Luego de que se forme el precipitado observar que el polvillo blanco quede en el fondo del frasco y NO suspendido. Mirar siempre la fecha de vencimiento y la concentración. Aplicar por vía SC en la región abdominal, deltoidea en su cara externa, mitad superior de los glúteos y cara anterior y externa de los muslos. Utilizar jeringas de insulina de 40-80 ó 100 U/ml, según lo indicado, y agujas cortas y finas para uso SC: 10/5 o 15/5.

Al explicarle al paciente la forma de administración, imaginemos cada paso como si lo tuviéramos que hacer nosotros mismos: lavarse las manos con agua y jabón, agitar el frasco suavemente, cargar la jeringa con la misma cantidad de aire que la dosis de insulina que se quiere inyectar, pasar alcohol y pinchar la goma del frasco, introducir el aire aspirando luego la insulina, retirar la aguja y la jeringa del frasco, eliminar las burbujas con un golpe seco del índice sobre la jeringa, y por último, pinchar la piel en la región elegida a 90°, aspirar e inyectar la insulina y retirar la aguja y la jeringa, frotando con alcohol.

Esquemas terapéuticos

Objetivos en la DBT tipo 1: 1) Eliminar el estado catabólico que puede conducir a la cetoacidosis, al coma y a la muerte, 2) Eliminar la cetonuria y 3) Lograr la normoglucemia pre y post prandial, con normalización de la hemoglobina glicosilada.

Los dos primeros objetivos pueden lograrse con una terapia insulínica convencional, esto es, una o dos inyecciones de insulina de acción intermedia, con el agregado o no de insulina rápida. El logro de la normoglucemia en general se consigue con la terapia insulínica intensificada, que implica la administración de insulina basal, automonitoreo repetido, ajustes de dosis de acuerdo a la glucemia, ejercicios e ingestas alimenticias previstos y gran esfuerzo en educación diabetológica.

Objetivos en la DBT tipo 2: 1) Lograr la normoglucemia pre y post prandial, con normalización de la hemoglobina glicosilada. 2) Corregir el principal defecto de la DBT tipo 2: la hiperglucemia de ayuno.

Terapia insulínica convencional: lo habitual es comenzar con 20 a 40 U de insulina NPH, antes del desayuno, y variar la dosis de acuerdo al perfil glucémico y a la cetonuria. El ajuste de dosis se hace variando un 5 a 10% de la dosis diaria cada 2 ó 3 días (aproximadamente 2 a 4 U por vez).

Esquema práctico de manejo:

| Desayuno | Almuerzo | Merienda | Cena | Conducta |
|----------|----------|----------|------|---|
| + | + | + | + | Aumentar la dosis matinal de NPH. |
| 0 | + | 0/+ | 0 | Agregar I. regular en mezcla A.D. o asociar biguanida A.A. |
| + | 0/+ | 0 | 0 | Agregar NPH o biguanida A.C. |
| 0 | 0 | + | 0/+ | Aumentar la NPH matinal. |
| 0 | 0 | 0 | + | Agregar I. regular o biguanida A.M. o disminuir los hidratos de carbono en el almuerzo y en la merienda |

+: glucemia por encima de lo deseado. 0: glucemia adecuada. A.D, A.A, A.M y A.C: significa antes de desayuno, almuerzo, merienda y cena respectivamente. I.: insulina.

Complicación más importante de la terapia insulínica

Hipoglucemia: se presenta con o sin síntomas (sensación de hambre e inquietud, languidez epigástrica, cefalea, cambios de conducta, visión borrosa, sudoración, debilidad, taquicardia, temblor, palidez, confusión, pérdida de conocimiento, convulsiones y coma). Las manifestaciones leves son muy comunes, las graves tienen una frecuencia de 0.54 episodios por paciente y por año, es decir 1 de cada 2 pacientes tratados con insulina van a tener una hipoglucemia por año. Cuanto más agresivo el esquema de insuliniación, más frecuente la hipoglucemia. Recomendar: portar identificación, y tener siempre a mano caramelos o pastillas. Enseñar cuáles son los síntomas en los pacientes que se inician en la insulinoterapia.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

Definición

La EPOC es una enfermedad irreversible y progresiva, pero esto no significa que todos los pacientes llegarán a etapas terminales o invalidantes. Los únicos tratamientos que demostraron aumentar la sobrevida de la enfermedad son el abandono del consumo del tabaco y la oxigenoterapia. El tratamiento farmacológico no demostró alterar la sobrevida del paciente, pero es muy útil para mejorar la calidad de vida y la clase funcional ya que atenúa los síntomas cardinales de la enfermedad: la disnea, la tos y la expectoración.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON EPOC

Eliminar los factores de riesgo, mejorar los patrones de obstrucción, aliviar la sintomatología, mejorar la calidad de vida, prevenir las complicaciones y detener el progreso de la enfermedad para mejorar el pronóstico a largo plazo.

MANEJO DEL PACIENTE ESTABLE

Suspensión total del tabaquismo: FUNDAMENTAL YA QUE MODIFICA EL CURSO DE LA ENFERMEDAD.

Vacunación antigripal anual y antineumocócica sólo una vez.

Solicitar Rx de Tórax y electrocardiograma (recordar que la única utilidad de estos estudios es para poder compararlos ante la presencia de complicaciones o de patologías asociadas).

Eventual programa de rehabilitación física: series de caminatas, 3 a 4 veces por día, durante 5 a 15 minutos. Debe aumentarse gradualmente.

Rehabilitación kinésica: indicada en pacientes con una producción de secreciones mayor a 30ml por día, y con dificultad para expectorar. Se indica entre 2 a 4 por veces por día, durante 30 minutos luego del broncodilatador. Ambas controlan la disnea y mejoran la calidad de vida.

Decidir el uso de corticoides inhalatorios: como sólo el 10 al 20% de los pacientes se benefician con los corticoides inhalatorios (los que tienen un componente de hiperreactividad bronquial), es necesario realizar una prueba terapéutica con prednisona por vía oral (0.5mg/Kg/día) durante 14 a 21 días. Se considera una respuesta positiva el aumento del VEF₁ del 20% al 30%, comparado con el previo a la prueba. En este caso, se recomienda utilizar corticoides inhalatorios como única medicación, o en forma conjunta con el tratamiento farmacológico escalonado (ver abajo). Si la respuesta es negativa, se comienza con el tratamiento escalonado.

Tratamiento farmacológico escalonado

a) Ipratropio (anticolinérgico): puede utilizarse como aerosol o como solución nebulizable. Es un potente broncodilatador de comienzo de acción lenta (pico de acción a los 60 minutos) pero de duración prolongada (240 a 480 minutos). La dosis por disparo es de 18µg. Se debe comenzar con 2 a 3 disparos cada 6 horas. Pueden utilizarse hasta 6 disparos cada 6 horas, sin mayores efectos adversos. Existe un efecto sinérgico broncodilatador cuando se utiliza bromuro de ipratropio combinado con beta 2 adrenérgicos. Debido a su lento comienzo de acción no es una droga de primera elección en las exacerbaciones de la EPOC.

b) Beta 2 adrenérgicos: se utilizan como drogas de segunda línea cuando, con dosis máximas de bromuro de ipratropio (6 disparos cada 6 horas), no se logra controlar la disnea. Deben utilizarse por vía inhalatoria. Tienen un comienzo de acción más rápido (a los 5 minutos) pero menor potencia y duración broncodilatadora que el ipratropio (ver el capítulo de asma).

c) Aminofilina: debe usarse como droga de tercera línea en la EPOC, asociada a los beta 2 y a los anticolinérgicos. Su principal acción tiene relación con la mejoría de la performance muscular respiratoria ya que la acción broncodilatadora es leve. La dosis recomendada es de 400 a 900mg por día. Debe comenzarse con dosis bajas y monitorizar, a la primera o segunda semana, los niveles de aminofilina en sangre, ya que tiene un bajo índice terapéutico y múltiples interacciones con drogas (se proponen niveles en sangre no superiores a 8 a 12mg/ml).

d) Corticoides orales: las indicaciones son limitadas. Se utilizan básicamente en las exacerbaciones y en los pacientes con enfermedad avanzada en los que con ipratropio, más beta 2, más aminofilina a dosis máximas, no se logra controlar la enfermedad en forma óptima. Deben usarse por el mínimo tiempo posible y objetivarse la respuesta terapéutica con pruebas espirométricas luego de 2 semanas de tratamiento. Si la respuesta terapéutica es positiva se debe ir disminuyendo la dosis hasta alcanzar la mínima dosis necesaria para mantener los efectos terapéuticos. Si la respuesta es negativa (no hay cambios), debe suspenderse.

El objetivo del tratamiento farmacológico de la EPOC es el control de la sintomatología. Antes de pasar a una nueva droga es importante que el médico se asegure de que la misma está siendo utilizada en forma correcta (adherencia, uso de cámara espaciadora, etc.) y que se ha alcanzado la dosis máxima. La respuesta a cada droga debe evaluarse en forma individual, mediante la evaluación de la mejoría sintomática y espirométrica. Si no hay respuesta positiva la droga debe ser retirada.

Educación: del paciente y la familia sobre técnica de administración de fármacos inhalatorios, conductas a seguir durante las exacerbaciones.

Supervisión del paciente en cada consulta. Control anual mediante estudios funcionales. Gases en sangre en pacientes con obstrucción moderada y severa para evaluar la necesidad de la indicación de oxigenoterapia.

Evaluar, en los pacientes en clase funcional IV, las indicaciones de trasplante de pulmón. Incluir al paciente y a la familia en la toma de decisiones terapéuticas y en las conductas a seguir durante los estadios terminales.

MANEJO DEL PACIENTE CON UNA EXACERBACION DE LA EPOC

Instruir al paciente y a sus familiares para que consulten precozmente. La droga de primera elección es el beta 2. Puede agregarse bromuro de ipratropio. Ambas por vía inhalatoria, en nebulización, controlando los niveles de la presión arterial de CO₂ (PaCO₂), si se administran conjuntamente con oxígeno. Los aerosoles con cámara espaciadora son una opción igualmente efectiva. El uso de aminofilina por vía endovenosa es controvertido. En las crisis moderadas y severas debe usarse corticoides orales o intravenosos (2.5mg/Kg de hidrocortisona intravenosa cada 6 horas ó 0.5mg/Kg/día de prednisona por vía oral). Luego de controlada la crisis, debe continuarse por lo menos 48 a 72 horas con prednisona oral en dosis de 20 a 40mg por día, en una única toma diaria por la mañana. En las exacerbaciones moderadas y severas está indicado el uso de antibióticos. Si es posible, previo a su uso, debería realizarse un examen directo y un cultivo de esputo. En el manejo empírico está recomendado comenzar con drogas betalactamasa resistentes como trimetoprima / sulfametoxazol (160/800 mg cada 12 horas), amoxicilina/clavulánico (500mg cada 8 horas), roxitromicina, azitromicina, cefadróxilo, cefuroxima, amoxicilina / sulbactam, durante 10 a 14 días.

Es conveniente solicitar una Rx de Tórax y un ECG para descartar una patología cardíaca o infecciosa asociada. Se debería realizar una espirometría (EFR). Si se dispone de saturometría digital debería monitorizarse la saturación de la hemoglobina (SaO₂). Si ésta es menor a 90%, o el resultado espirométrico indica una obstrucción moderada y severa, está indicado monitorizar los niveles de O₂ y CO₂ sanguíneos (gases en sangre). El aporte de oxígeno (O₂) está indicado con una PaO₂ <60mmHg. Cuando se administra O₂, es importante controlar los niveles de PaCO₂, dado que pueden aumentar. En este caso, debe usarse la menor dosis de O₂ posible.

CRITERIOS DE INTERNACION

Agudización de la disnea, tos o secreciones que no se logran controlar con la medicación ambulatoria. Parámetros de insuficiencia respiratoria aguda, manejo de la insuficiencia cardíaca derecha asociada, neumonía y neumotórax, procedimientos diagnósticos invasivos (broncoscopia, biopsias).

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (ECV)

Definición

AIT (accidente isquémico transitorio): es un déficit neurológico de instalación brusca, que generalmente dura menos de 5 minutos, y que se resuelve en forma íntegra (sin secuelas) dentro de las 24 horas.

ACV (accidente cerebrovascular): en inglés stroke, es el déficit neurológico de instalación brusca, con disfunción neurológica focal más que global. Los síntomas duran más de 24 horas o resultan en la muerte antes de las 24 horas. Los síntomas se perpetúan, con fluctuaciones o no, por más de 3 semanas y, después de una adecuada investigación, aparentan tener un origen vascular no traumático.

Diagnóstico de AIT

Debemos recordar que en general el diagnóstico de AIT es retrospectivo y se basa en un interrogatorio minucioso. Hay que hacer un buen diagnóstico diferencial con síntomas sincopales o presincopales, convulsivos, histeriformes o de vértigo periférico. El diagnóstico de AIT implica la necesidad de realizar determinadas intervenciones. Hacer un diagnóstico incorrecto puede desencadenar una cascada de estudios o la utilización de una medicación en forma crónica que pueden poner en riesgo la salud del paciente.

El AIT no incluye:

Síntomas no focales, NO aceptables como evidencia de AIT. Ej: pérdida del conocimiento, mareos, debilidad generalizada, confusión mental, déficit visual asociado a depresión del sensorio, incontinencia fecal o urinaria.

Cualquiera de los siguientes síntomas si están aislados: vértigo, diplopía, disfagia, pérdida del equilibrio, tinnitus (acúfenos), síntomas sensitivos limitados a una parte de un miembro o de la cara, escotomas centellantes, amnesia, drop attacks (caídas sin pérdida del conocimiento), disartría aislada (algunos la incluyen como AIT posible).

Tratamiento del AIT. Control de los factores de riesgo cardiovascular

HTA, DBT, hipercolesterolemia. Consejo dietético y antitabáquico, educación sobre eventos neurológicos, especialmente en población más añosa y consejo sobre el ejercicio físico (el ejercicio disminuye el riesgo de ACV en un 40%)

Antiagregación plaquetaria

Está indicada en todos los pacientes con antecedentes de AIT, ACV, IAM o angina inestable y en los pacientes con soplos carotídeos asintomáticos. En todos estos casos, la recomendación de indicar la antiagregación plaquetaria de por vida. Pueden utilizarse las siguientes drogas:

a) Acido acetil salicílico o aspirina (AAS): las dosis recomendadas son de 300mg a 1200mg por día, en una única toma. Las dosis menores (hasta 30mg) mostraron efectos beneficiosos con menor incidencia de eventos hemorrágicos y menor incidencia de efectos gastrointestinales.

b) Ticlopidina: es un antiagregante que sólo está indicado en pacientes con contraindicación absoluta para usar aspirina o que no toleran dicha droga. Es eficaz para disminuir los eventos cerebrovasculares tanto en los hombres (reducción del riesgo relativo del 28%) como en las mujeres (34%). La dosis es de 250mg, dos veces por día, con cada comida.

c) Dipyridamol: es un antiagregante plaquetario cuya eficacia, comparada con la de la AAS no presenta diferencias significativas, por lo que no tiene indicación en el tratamiento de la ECBV.

Anticoagulación: sólo está indicada en aquellos pacientes previamente antiagregados que presentan un nuevo ACV o AIT. En los pacientes con ACV cardioembólico, la prevención de la reembolización debe ser sopesada con el riesgo de sangrado.

Enderterectomía carotídea (EDC): está indicada en los pacientes con estenosis severa de la carótida (70-99%) que sufrieron un ACV menor o un AIT en los últimos 4 meses. Pacientes con estenosis carotídea asintomática > al 60%: la EDC disminuye el riesgo relativo de ACV ipsilateral y de cualquier ACV perioperatorio o de muerte en un 53% (diferencia de riesgo relativo). Pacientes con estenosis moderada (30-69%): aún no hay datos concluyentes. Pacientes con estenosis leve (<30%): la EDC no demostró ser beneficiosa.

Conducta ante el AIT agudo

Remitir al paciente a un centro de atención médica y controlarlo por 24 horas (estar alerta ante la posibilidad de un AIT progresivo o una complicación como el ACV). Luego de evaluar al paciente y establecer el diagnóstico presuntivo de AIT.

ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA

MANEJO DE LA ARTERIOPATIA PERIFERICA

El tratamiento es, en principio, siempre médico y conservador, salvo cuando existen indicaciones quirúrgicas (ver luego). Objetivos del tratamiento: aumentar la capacidad para realizar ejercicio sin dolor, evitar las complicaciones locales (úlceras arteriales, atrofia cutánea y gangrena) y prevención secundaria de la enfermedad coronaria y cerebrovascular.

Medidas generales

1) Dejar de fumar, 2) Bajar de peso, 3) Realizar caminatas hasta el punto del dolor, 4) Cuidar los pies, 5) Control de los lípidos: LDL ≥ a 130 mg%, 6) Tratamiento de la HTA. Dar pautas de alarma: consultar a su médico inmediatamente si se presenta un cambio súbito en los síntomas, como dolor prolongado, frialdad, cambio de coloración o inhabilidad para mover el pie o la pierna.

Medidas farmacológicas

Pentoxifilina: está indicada en pacientes con claudicación moderada. Los efectos terapéuticos se notan entre las 5 y 6 semanas. La dosis es de 400mg, tres veces por día.

Agentes antiagregantes (aspirina y dipyridamol): tienen un rol importante en la prevención de la enfermedad coronaria, pero no hay estudios sobre sus efectos sintomáticos en la arteriopatía periférica.

Beta bloqueantes: no demostraron ser perjudiciales para la arteriopatía periférica.

Bloqueantes cálcicos: no producen mejoría en la claudicación.

Tratamiento quirúrgico

Consiste en la cirugía de revascularización que podrá ser by pass o angioplastia. Indicaciones: claudicación intolerable que impide realizar actividades habituales en pacientes con buen pronóstico y mala respuesta al tratamiento médico; dolor isquémico de reposo; cambios gangrenosos; úlceras arteriales que no cicatrizan.

MANEJO DEL ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL

Rastreo

En hombres mayores de 60 años, mediante palpación abdominal, como parte del examen periódico de salud y mediante ecografía si se sospecha su presencia por palpación o se trata de un paciente de alto riesgo de arterioesclerosis (recomendación de tipo C).

Indicaciones quirúrgicas

Cirugía de urgencia: ruptura aneurismática (mortalidad quirúrgica del 50%).

Cirugía electiva: tiene una mortalidad del 5% (rango del 1.4 al 6.5%). Se la sugiere en pacientes con síntomas compatibles con expansión del aneurisma que tienen una expectativa de vida superior a los dos años, y en pacientes con aneurismas > 5cm y con una expectativa de vida superior a los dos años. La conducta cuando el aneurisma es de 4 a 5cm es controvertida. En ellos, la conducta más utilizada es la observación y el seguimiento ecográfico cada 3 a 6 meses (si el crecimiento es mayor a 0.5cm de diámetro por año, se recomienda la cirugía).

MANEJO DE LAS VARICES

Medidas generales

En várices pequeñas, asintomáticas y por las que el paciente no demanda una atención especializada (retardan el proceso y disminuyen los síntomas): a) Evitar el sobrepeso, b) Evitar el uso de ropas ajustadas, c) Evitar estar prolongadamente de pie, d) Mantener, cuando sea posible, los miembros inferiores elevados y e) Incrementar la actividad física.

Las medias de soporte contribuyen a mantener comprimidas las venas varicosas y a disminuir el edema. Es una media especial que actúa por presión, comprimiendo el paquete varicoso y restableciendo el sentido de la circulación de las perforantes. La presión debe superar los 20mmHg. Deben colocarse por la mañana, antes de que exista edema y utilizarse todo el día. Deben colapsar la várice, aun cuando el paciente está de pie. Recordar que las llamadas "medias de descanso" no tienen utilidad terapéutica ya que no logran comprimir la várice.

Medicación sintomática

Los fármacos más utilizados son los flavonoides, la diosmina y los rutósidos. Ninguno tiene acción comprobada. Algunos estudios europeos sugieren que podrían aliviar sintomáticamente. Existen en el mercado asociaciones de estos compuestos con antiinflamatorios cuyo efecto es atribuible al antiinflamatorio y no al venotónico.

Escleroterapia y resección parcial

Se las utiliza para las varicosidades superficiales o telangiectasias venosas, frecuentemente asintomáticas pero que causan mucha preocupación estética, existen ciertas alternativas que deberán evaluarse con el paciente. La escleroterapia se indica en: venas varicosas subcutáneas pequeñas y no complicadas que no se asocian con una significativa incompetencia valvular o telangiectasias inaceptables desde el punto de vista estético. No es otra cosa que la trombosis química de una vena por lo que la repermeabilización (recidiva) es frecuente. La resección parcial se indica ante la presencia de una várice aislada.

Tratamiento quirúrgico

Indicaciones: Venas varicosas persistentemente sintomáticas, insatisfacción cosmética, episodios recurrentes de tromboflebitis superficial, dermatitis o úlcera asociada al terreno varicoso. La safenectomía se indica cuando hay várices múltiples y el sistema profundo es permeable. El clipado endoscópico de los vasos comprometidos se indica cuando hay várices y trastornos tróficos extensos asociados (pigmentación, piel engrosada) lo que indica que hay un padecimiento de ambos sistemas, superficial y profundo (perforantes).

HIPERCOLESTEROLEMIA

Rastreo

VER PROGRAMA DE CONTROL DE LA PERSONA SANA

En pacientes diabéticos, con enfermedad coronaria (EC), enfermedad arterial carotídea o vascular periférica el control de colesterol será anual. En estos casos el rastreo incluirá: el dosaje del colesterol total (CT), triglicéridos (TG) y HDL colesterol (HDL), con 12 a 14 horas de ayuno. Con estos datos puede calcularse el valor de la lipoproteína de baja densidad o LDL = $CT - (HDL \cdot TG/5)$, siempre que el valor de los TG sea <400mg%.

Metas terapéuticas

Dependen de la valoración del riesgo cardiovascular. Para calcular el riesgo de desarrollar EC a 10 años se debe tener en cuenta los factores de riesgo coronario (ver tabla).

Factores de riesgo coronario (FRC)

- 1) Edad: hombres ≥ 45 años, mujeres ≥ 55 años o postmenopáusicas sin tratamiento de reemplazo hormonal.
- 2) Historia familiar de EC precoz en un familiar de 1° grado (hombres ≥ 55 años, mujeres ≥ 65 años).
- 3) Tabaquismo: fumar 1 o más cigarrillos por día en la actualidad.
- 4) Hipertensión arterial: al menos 140/90 en 3 controles o tomar medicación antihipertensiva. No incluye pacientes con terapia no farmacológica y presión normalizada.
- 5) Diabetes mellitus con los siguientes criterios en 2 oportunidades: glucemia al azar ≥ 200 mg% más síntomas clínicos, glucemia en ayunas en plasma venoso ≥ 126 mg% o test de tolerancia con 2hs post 75g de glucosa ≥ 200 mg%.

Metas según el riesgo cardiovascular

| FRC | Nivel de riesgo | Riesgo EC a 10 años | Iniciar DROGAS si LDL ó CT/HDL | LDL | Metas de CT/HDL y TG |
|---------------|-----------------|---------------------|--------------------------------|-------|----------------------|
| ≥ 4 ó EC | Muy alto | $\geq 40\%$ | ≥ 135 ó >5 | <96,5 | <4 y <177 |
| ≤ 3 | Alto | 20 a 39% | ≥ 174 ó >6 | <135 | <5 y <177 |
| ≤ 2 | Moderado | 10 a 19% | ≥ 193 ó >7 | <155 | <6 y <177 |
| ≤ 1 | Bajo | <10% | ≥ 232 ó >8 | <193 | <7 y <266 |

Manejo

Se establecen las metas en base al riesgo y luego se indica tratamiento no farmacológico. Si luego de 6 meses, el paciente tiene valores de LDL o de CT/HDL por encima del valor indicado para iniciar tratamiento farmacológico, éste estaría indicado. Igualmente, aunque se indiquen drogas, el tratamiento no farmacológico debe continuarse.

Modificar todos los FRC modificables

Dieta: adecuada ingesta de fibras solubles, vitaminas, minerales y antioxidantes mediante el consumo de una amplia variedad de vegetales, frutas, granos enteros, legumbres, nueces y semillas de soja, ingesta de pescado, 2 a 3 veces por semana. Usar lácteos descremados, solos o en comidas, carnes y pollo magros. Limitar la ingesta de grasas saturadas, aceites vegetales parcialmente hidrogenados, comidas fritas y otras ricas en grasas y carbohidratos refinados.

Actividad física.

Considerar terapia de reemplazo hormonal (TRH): para las mujeres postmenopáusicas que no tengan antecedentes de cáncer de mama o coagulopatía y tengan otras indicaciones de reemplazo como síntomas menopáusicos u osteoporosis y CT/HDL >6 , utilizando estrógenos transdérmicos si los TG >266 mg%. No usar en mujeres que ya han tenido angor o infarto.

Seguimiento del tratamiento no farmacológico

- 1) Repetir el perfil lipídico en 1 a 6 meses, dependiendo del nivel de riesgo y la dieta basal.
- 2) Reforzar los cambios en el estilo de vida
- 3) Evaluar la necesidad de indicar terapia con drogas
- 4) Si no está indicado utilizar drogas, evaluar anualmente.

Tratamiento farmacológico

Elección de la droga

| PERFIL LIPIDICO | 1° ELECCION | 2° ELECCION |
|---|--|--|
| ↑↑ LDL ↑↑ LDL y ↑ TG ↑ LDL y ↑↑ TG ↑ Triglicéridos y ↓ HDL | Estatinas Estatinas Fibratos o ácido nicotínico Fibratos o ácido nicotínico | Resinas Acido nicotínico o fibratos Terapia combinada Terapia combinada |

Dosis y forma de administración

| DROGA | DOSIFICACION | | | | FORMA DE ADMINISTRACION |
|------------------|-------------------|---------------------------|--|-----------------|---|
| | Inicial | Tiempo hasta el aumento | Mantenimiento | Máxima | |
| Gemfibrozil | 1200mg | innecesario | 1200mg | | 600 mg 30' AA/AC |
| Fenofibrate | 200mg | innecesario | 200mg | | 100 mg DA/DC |
| Acido nicotínico | 100 mg/día 250 | 4 a 7 días | 1,5-2g/día (en 1 a 3 semanas llegar a 3g) | 6 a 7g/día | con las comidas (evitar el estómago vacío) 1g 3 veces/día |
| Pravastatina | 10mg | 4 a 6 semanas y según LDL | 10-40mg | 80 mg | Son más efectivas en dosis divididas. |
| Simvastatina | 10mg | | 10-20mg | 40/80 mg | |
| Cerivastatina | 0.3mg | | 0.3 mg | | Si se dan una vez por día |
| Atorvastatina | 10mg | | 80 mg | | Es mejor por la tarde. |
| E Conj.+ MPA | innecesaria | | 0,625 mg/día + 5 mg sólo por 10 días | 1,250 mg + 10mg | |

Referencias: E. Conj: estrógenos conjugados, MPA: medroxiprogesterona, AD: antes del desayuno, AA: antes del almuerzo, AC: antes de la cena, DA y DC: después del almuerzo y cena respectivamente.

Efectos adversos: todos los grupos tienen efectos adversos gastrointestinales. Se puede observar hepatitis con cualquier droga. Si las transaminasas se elevan por encima de 3 veces el valor normal se debe suspender la medicación. La miositis es muy infrecuente y se puede ver con fibratos y estatinas. La hipersensibilidad puede presentarse con cualquiera.

Seguimiento

Repetir el perfil lipídico en pacientes con medicación cada 6 a 12 meses y evaluar los efectos de una nueva droga a las 6 semanas. Si no hay respuesta con la medicación indicar interconsulta especializada.

HIPERTENSION ARTERIAL (HTA)

Definición

Es la elevación persistente de las cifras de tensión arterial sistólica y/o diastólica por sobre los valores de 140/90 mm Hg. registrados en tres consultas separadas, con un promedio de tres tomas en cada visita, que puede afectar ciertos órganos en forma específica, provocando un daño. Se define daño de órgano blanco a las siguientes entidades: hipertrofia ventricular izquierda (HVI), enfermedad coronaria (EC), presencia de proteinuria o de falla renal, retinopatía hipertensiva y enfermedad cerebrovascular (para que estas entidades sean consideradas daño de órgano blanco, éste tiene que haber sido provocado por la HTA).

La HTA no complicada es aquella en la que no existe aún daño de órgano blanco ni otras alteraciones de importancia que determinen una situación especial en el manejo de la HTA (embarazo, diabetes, arritmia, etc.) y representa el grupo más numeroso de pacientes que atiende el médico de atención primaria.

Clasificación

| CATEGORIA | PRESION ARTERIAL SISTOLICA (mm Hg) | PRESION ARTERIAL DIASTOLICA (mm Hg) |
|----------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Optima | <120 | <80 |
| Normal | <130 | <85 |
| Normal alta | 130-139 | 85-89 |
| Hipertensión | | |
| Estadio 1 (leve) | 140-159 | 90-99 |
| Estadio 2 (moderada) | 160-179 | 100-109 |
| Estadio 3 (severa) | ≥ 180 | ≥ 110 |

Si la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica pertenecen a diferentes categorías, se deberá considerar la categoría más severa para clasificar el estadio de la TA del paciente (criterio más agresivo).

Rastreo

Es una recomendación de tipo A en todos los pacientes mayores de 21 años. Se debe registrar la TA a los normotensos en cada consulta, o por lo menos una vez al año en la consulta en salud. Los grupos de alto riesgo (mayores de 65 años, diabéticos, pacientes con enfermedad cardiovascular, tabaquistas, hipercolesterolémicos, obesos, etc.), deberán controlarse a menores intervalos.

Tratamiento

Objetivo: alcanzar y mantener una tensión arterial menor a 140/90 mm Hg.

La conducta terapéutica depende del riesgo individual: Grupo A: ausencia de enfermedad cardiovascular, ausencia de daño de órgano blanco, ausencia de otros factores de riesgo coronario (FRC), Grupo B: ausencia de enfermedad cardiovascular, ausencia de daño de órgano blanco, presencia de uno o más FRC, excepto DBT y Grupo C: presencia de enfermedad cardiovascular, presencia de daño de órgano blanco o DBT.

| Estadio en base a la TA (mm Hg) | Grupo A | Grupo B | Grupo C |
|--|---|--|--------------------|
| Normal alta (130-139/85-89) | Modificación de estilos de vida * | Modificación de estilos de vida * | Terapia con drogas |
| Estadio 1 (140-159/90-99) | Modificación de estilos de vida hasta 12 meses ** | Modificación de estilos de vida hasta 6 meses ** | Terapia con drogas |
| Estadios 2 y 3 ($\geq 160/\geq 100$) | Terapia con drogas | Terapia con drogas | Terapia con drogas |

* Estos pacientes no requieren drogas.

** Estos pacientes requerirán drogas si luego del período indicado (6 a 12 meses) no logran disminuir sus valores de TA. Todos los pacientes con tratamiento farmacológico deben, además, modificar sus estilos de vida.

Medidas generales

a) Educación b) Reducción de peso c) Restricción de sodio d) Mantenimiento del potasio e) Restricción del alcohol f) Actividad física g) Control de otros factores de riesgo.

Elección de la droga

La acción farmacológica de muchas drogas no es inmediata y hay que esperar al menos un mes para hacer el diagnóstico de respuesta inadecuada. Recordar que la droga de elección para comenzar el tratamiento antihipertensivo en los pacientes con HTA no complicada es la hidroclorotiazida a bajas dosis.

| CARACTERISTICA DEL PACIENTE | DROGA DE ELECCION | DROGA ALTERNATIVA |
|---|--|---|
| HTA no complicada | Hidroclorotiazida a bajas dosis | Atenolol / Verapamilo Clonidina / Diltiazem Propranolol / Enalapril |
| Ancianos | Hidroclorotiazida a bajas dosis | Verapamilo / Clonidina Atenolol |
| Asma / EPOC | Hidroclorotiazida a bajas dosis | Verapamilo / Clonidina Diltiazem / Enalapril |
| Hipercolesterolemia | Hidroclorotiazida a bajas dosis* | Enalapril / Diltiazem Verapamilo |
| Insuficiencia cardíaca Disfunción sistólica Disfunción diastólica | Furosemida / Enalapril Atenolol | Bloqueantes cálcicos |
| Enfermedad coronaria | Propranolol / Atenolol | Hidroclorotiazida / Enalapril |
| HTA sistólica aislada | Hidroclorotiazida a bajas dosis/ Atenolol | Bloqueantes cálcicos Enalapril |
| DBT | Hidroclorotiazida a bajas dosis Enalapril | Bloqueantes cálcicos |
| Insuficiencia renal | Verapamilo / Diltiazem Furosemida / Metildopa | Atenolol / Propranolol Enalapril |
| Estenosis renovascular | Enalapril | Verapamilo / Furosemida |
| Embarazo Preeclampsia | Metildopa Bloqueantes cálcicos | Continuar tratamiento habitual excepto IECA |
| Cefalea vascular | Propranolol | Atenolol- Verapamilo |

* a menos que se documente un aumento significativo del colesterol, y esto implique indicación o aumento de la medicación hipocolesterolemiante (considerar usar en estos pacientes indapamida).

a) Diuréticos: son las drogas de elección para iniciar el tratamiento de los hipertensos no complicados. Hidroclorotiazida: comenzar con 12.5 a 25 mg diarios, en una única toma diaria (preferentemente por la mañana), con un rango de mantenimiento entre 12.5 y 50 mg por día, según la respuesta del paciente; Clortalidona: se comienza con 12.5 mg diarios, llegando a una dosis de mantenimiento de 25 mg por día. Los diuréticos del asa (furosemida) se reservan para los casos en los que existe caída del filtrado glomerular (menos de 30-40 ml/min) o síntomas más severos de IC (sobrecarga severa).

b) Beta bloqueantes: son drogas de elección en los pacientes hipertensos con enfermedad coronaria ya que reducen la morbimortalidad cardiovascular, el riesgo de muerte súbita y de reinfarto en los pacientes que han sufrido infarto agudo de miocardio y presentan un efecto antianginoso. Atenolol: se inicia con dosis bajas de 12.5 mg, una vez al día. El rango terapéutico es de 12.5 a 100 mg. Dosis óptima: la que logra mantener una frecuencia cardíaca basal entre 50 y 60 latidos y que no asciende más del 25% durante un ejercicio leve y no más del 50% durante un ejercicio intenso.

c) Inhibidores de la enzima convertidora (IECA): indicados en pacientes con HTA acompañada de estenosis unilateral de la arteria renal, insuficiencia cardíaca, DBT con hiperfiltración glomerular (proteinuria) o esclerodermia. Disminuyen la mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y, probablemente, la disminución de la progresión a la insuficiencia renal de los pacientes con hiperfiltración glomerular y proteinuria. Parecerían ser más efectivos que otros antihipertensivos para reducir la HVI. El IECA más utilizado es el enalapril. Su rango terapéutico es de 2.5 a 40 mg y puede usarse en una o dos tomas diarias.

d) Bloqueantes de los receptores de la angiotensina II (BRAII): sólo se utilizan en pacientes que requieren específicamente un IECA, pero que desarrollan tos durante el tratamiento. La droga más utilizada del grupo es el losartan (rango terapéutico de 25 a 100 mg, en una toma diaria).

e) Bloqueantes cálcicos: en pacientes con HTA asociado al síndrome de Raynaud. Los bloqueantes cálcicos no deberían considerarse como primera línea del tratamiento farmacológico en la HTA no complicada. Se aconseja usar preparaciones de acción retardada. El diltiazem se presenta en comprimidos de liberación prolongada, se puede indicar una o más tomas diarias y el rango terapéutico diario es de 180 a 360 mg. La amlodipina se administra en una sola toma diaria y el rango terapéutico es de 2.5 a 10 mg; para el verapamilo el rango terapéutico diario es de 120 a 240 mg, divididos en 1 toma o dividido en dos tomas (cada 12 hs.).

g) Otras drogas (de uso sólo en la HTA refractaria y en casos especiales): alfa bloqueantes, bloqueantes centrales, bloqueantes periféricos.

Tratamiento farmacológico combinado

| BUENAS COMBINACIONES | MALAS COMBINACIONES |
|---|---|
| Beta bloqueantes + tiazidas Beta bloqueantes + nifedipina IECA + diurético Beta bloqueantes + alfa bloqueantes | Beta bloqueantes + verapamilo (peligrosa) Beta bloqueantes + IECA Bloqueante cálcico + tiazidas IECA + diuréticos ahorradores de potasio |

La consulta de urgencia

- a) No está indicado bajo ninguna circunstancia administrar cápsulas de nifedipina sublingual (puede ocasionar isquemia miocárdica o cerebral).
b) Las benzodiazepinas no son agentes antihipertensivos, no es adecuado el diagnóstico de "presión nerviosa".
c) Las conductas intempestivas pueden provocar daño y diagnósticos erróneos.

HOMBRO DOLOROSO

Diagnóstico

El diagnóstico diferencial del hombro doloroso es eminentemente clínico, por lo que el uso rutinario de imágenes no aporta datos al diagnóstico. Estos deberían usarse ante la sospecha de fracturas o de patología serias o incapacitantes del manguito de los rotadores, con el objetivo de proveer una opción terapéutica quirúrgica. En los casos de sospecha de patología crónica o de traumatismo, la radiografía puede ser de utilidad para aclarar el diagnóstico. Ante la sospecha de ruptura del tendón del manguito, la resonancia magnética nuclear es de elección. La artrografía se usa en los casos en los que no se cuenta con resonancia. La ecografía en manos experimentadas tiene buena exactitud.

TRATAMIENTO DEL SINDROME DEL ARCO DOLOROSO (BURSITIS SUBACROMIAL Y TENDINITIS DEL SUPRAESPINOZO) Y DE LA TENDINITIS BICIPITAL.

AINE, infiltraciones con corticoides (ver guía de paciente con síntomas musculoesqueléticos), terapias físicas (onda corta, laserterapia), el objetivo es evitar la capsulitis adhesiva.

Ejercicios para evitar la capsulitis adhesiva son: a) De rotación completa: pasiva, ejercicios pendulares activos (de Codman), b) Ejercicios isotónicos: con tensores, o "trepar la pared" con los dedos y c) Ejercicios isométricos: para fortalecer la musculatura. Se deben realizar 2 ó 3 veces por semana durante por lo menos 30 minutos.

Siempre es aconsejable indicar restricción de movimientos que desencadenen dolor, especialmente los que sean repetitivos por encima de la cabeza, con abducción o flexión anterior. Nunca se debe inmovilizar la articulación.

CAPSULITIS ADHESIVA

Se denomina así a la disminución dolorosa y progresiva de la movilidad del hombro en todas las direcciones (hombro congelado). El médico de familia debe recomendar ejercicios para prevenir la aparición de capsulitis adhesiva en todos los pacientes que se presentan con hombro doloroso.

El tratamiento se basa en:

- Infiltración intrarticular con corticoides en pacientes con enfermedad leve a moderada.
- Kinesioterapia intensiva para tratar de mejorar la movilidad, en primer lugar de tipo pasivo y luego de tipo activo y en los límites de los movimientos, una vez que se superó el dolor inicial.
- AINE para el dolor.

INFECCIONES URINARIAS

• Manejo de las pacientes con ITU baja no complicada que no están embarazadas o están seguras de no estarlo.

En las mujeres con disuria aguda, no embarazadas, sin riesgo de embarazo actual, en las que se ha descartado pielonefritis, pielonefritis subclínica, vaginitis y uretritis, no aconsejamos realizar urocultivo antes del tratamiento, ni de control. La indicación del sedimento urinario es opcional.

El tratamiento de elección (primera línea) en estas pacientes es la TRIMETOPRIMA SULFAMETOXAZOL (160/800mg cada 12 horas) o la NITROFURANTOINA (100mg cada 6 horas) durante 3 días. Antes de indicarlas, averiguar si la paciente es alérgica.

La droga de segunda elección es la norfloxacin (400mg cada 12 horas).

• Manejo de las pacientes con ITU baja no complicada embarazadas o que puedan estarlo. Cefalexina (500mg cada 6 horas) o cefadroxilo (500mg cada 12 horas) o cefaclor (500mg cada 8 horas). El tratamiento en estos casos debe durar 7 días.

• Manejo de las pacientes con pielonefritis o con disuria y sospecha de infección renal oculta. Debe realizarse urocultivo pre y post tratamiento. El tratamiento debe durar 14 días con las drogas mencionadas arriba (según haya o no embarazo).

• Manejo de las pacientes con reinfección (una nueva ITU pasados 14 días del tratamiento de la anterior).

No deben ser investigadas de rutina. Desaconsejar el uso del diafragma como método anticonceptivo. Si tiene menos de dos episodios por año: tratar cada episodio. Si tiene más de 3 episodios por año, puede ofrecerse profilaxis con: trimetoprima-sulfametoxazol 40/200mg/día, tres veces por semana (1/2 comprimido de 80/400mg) o nitrofurantoína, un comprimido de 100mg por día o cefalexina, 250mg por día. Se realiza durante 6 meses a 1 año.

• Manejo de las pacientes con recaída (la infección recurre dentro de los 14 días del tratamiento). Supone que no hubo curación.

Se sugiere tratamiento por 2 a 4 semanas e investigar el tracto urinario en busca de una anomalía (con ecografía).

• Manejo de los neonatos con infecciones urinarias: internación y tratamiento antibiótico endovenoso.

• Manejo del primer episodio de infección urinaria en los niños mayores de 2 meses

Realizar siempre urocultivo. Tratamiento de elección: a) Nitrofurantoína: 4 a 6mg/kg/día, repartida en 2 ó 3 tomas; b) Cefalexina: 50mg/kg/día, repartida en 3 tomas. En los niños mayores de cuatro meses puede utilizarse trimetoprima 6mg/kg/día y sulfametoxazol 30mg/kg/día, repartida en 2 tomas diarias. El tratamiento debe durar 10 días. Una vez completados los 10 días debe mantenerse profilaxis (única toma nocturna de nitrofurantoína, 2mg/kg o trimetoprima-sulfametoxazol, 2/10mg/kg) hasta realizar una cistouretrografía miccional. Si no se evidencia reflujo no se continúa con la profilaxis.

• Seguimiento de los niños luego de un episodio de infección urinaria que no tienen evidencia de reflujo: alta definitiva sólo si los urocultivos de control son todos negativos (un urocultivo por mes los primeros 6 meses, cada 2 meses en los 6 meses subsiguientes y cada 3 meses en el siguiente año).

• Manejo del segundo episodio de los niños sin evidencia de reflujo: se trata igual que el primero.

• Manejo de los niños con reflujo vesicoureteral:

Grado I, II ó III: profilaxis antibiótica y reevaluar luego de 18 meses con cistouretrografía miccional. Grado IV: controvertido (algunos sugieren cirugía y otros profilaxis y expectante). Grado V: cirugía precoz.

• Manejo de los niños con ITU recurrentes (más de 2 ITU en 6 meses ó 4 en 1 año) sin evidencia de reflujo: profilaxis por 6 meses o más. Es útil buscar factores condicionantes que puedan predisponer al desarrollo de las infecciones urinarias, como constipación, mala higiene genital, parasitosis, vulvovaginitis, algunos hábitos miccionales como retención, no vaciamiento completo de la vejiga o micción entrecortada.

• Manejo de las NIÑAS mayores de 5 años con clínica clara de ITU baja (cistitis): tratamiento antibiótico por 3 días. No es necesario realizar estudios del árbol urinario.

INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)

Definición

La IC es un síndrome clínico que se origina cuando existe una incapacidad ventricular para generar un volumen/minuto adecuado a los requerimientos metabólicos tisulares.

Medidas generales para todos los pacientes con IC

1) Consejo al paciente y la familia: Instruir sobre los síntomas y signos que sugieren un empeoramiento de la IC y las pautas a seguir en el caso de que esto ocurra. Indicar control diario del peso corporal y consultar en caso de un incremento superior a 1.5 a 2.5kg en 2 días.

2) Corregir los factores agravantes o precipitantes.

3) Aconsejar realizar ejercicio físico regular (caminar o andar en bicicleta) en los pacientes con IC en clase funcional (CF) I a III. Desaconsejar el ejercicio físico intenso y los ejercicios isométricos.

4) Aconsejar el abandono del tabaco.

5) Restringir la ingesta diaria de sodio.

- 6) Evaluar la restricción de líquidos (la restricción debe ser estricta en los casos de hiponatremia).
- 7) Limitar el consumo de alcohol.
- 8) Indicar las vacunas antigripal y antineumocócica.

Tratamiento farmacológico de los pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (DSVI)
Diuréticos

Indicados en todos los pacientes que tienen sobrecarga de volumen. Las tiazidas se utilizan en los casos de sobrecarga leve. Para la hidroclorotiazida se recomienda comenzar con 12,5 a 25 mg diarios, en una única toma diaria (preferentemente por la mañana), con un rango de mantenimiento entre 12.5 y 50 mg por día, según la respuesta del paciente. La dosis máxima recomendada es de 50 mg por día.

Inhibidores de la enzima convertidora (IECA)

Indicados en todos los pacientes asintomáticos con DSVI significativa (FE<40%), y todos los pacientes con IC en CF de I a IV deben recibir IECA.

La droga patrón es el enalapril. Debería iniciarse a dosis bajas (dosis de inicio: 2.5mg cada 12 horas) con el objetivo de llegar a 10mg cada 12 horas. La dosis máxima es de 20mg cada 12 horas.

El lisinopril y perindopril se administran una sola vez al día.

Digital

Indicada principalmente en los pacientes con IC, DSVI y fibrilación auricular (FA). En los pacientes con ritmo sinusal y DSVI sintomática que ya reciben diuréticos, IECA, la digoxina podría también ser útil ya que aumenta la tolerancia al ejercicio y la fracción de eyección.

Dosis: 1) En los pacientes estabilizados la dosis de inicio de digoxina y de mantenimiento es de 0.25mg/día, alcanzándose niveles terapéuticos en 5-7 días.

2) Pacientes menos estables: dosis de carga oral de 1-1.25mg en el primer día (en 4 ó 5 tomas) y luego continuar con 0.25mg/día en una toma. Se debe tomar un comprimido por día y no es necesario suspender la digoxina durante el fin de semana como suele hacerse.

3) En pacientes con mala función renal, trastornos de la conducción, bajo peso o ancianos: la dosis de mantenimiento debería ser 0.125mg/día.

Beta bloqueantes

Están indicados en los pacientes con DSVI en clase funcional II-III, clínicamente estables, que ya reciben tratamiento con IECA, diuréticos y, eventualmente, digitálicos. Su uso requiere un seguimiento estrecho por lo que estos pacientes deberían seguirse conjuntamente con el cardiólogo. Puede usarse metoprolol (dosis inicial, 12.5 mg/día en una o dos tomas, dosis máxima buscada 200 mg/día, carvedilol, dosis inicial 6.25 mg/día, en una o dos tomas, dosis máxima buscada 50 mg/día o atenolol 12.5 mg/día, dosis máxima buscada 50-100 mg/día.

Anticoagulación oral

Indicada en pacientes con fibrilación auricular, trombos luego de un IAM o embolismo documentado.

Amiodarona

Indicada en pacientes post IAM con arritmias ventriculares o baja fracción de eyección y en pacientes con severa DSVI en clase funcional III/IV (con o sin arritmias ventriculares). La dosis de carga es de 800 mg/día (no es necesario dividir la dosis en varias tomas) durante 1 ó 2 semanas y la dosis de mantenimiento es de 200 mg/día.

Espironolactona

Debería indicarse (junto con los diuréticos, los IECA y la digital) en todo paciente con DSVI en clase funcional III-IV. La dosis es de 25 mg, una vez al día y, si hay progresión sintomática de la IC luego de 8 semanas, puede aumentarse a 50 mg diarios, siempre y cuando el paciente no haya desarrollado hiperkalemia.

Tratamiento farmacológico de los pacientes con disfunción diastólica del ventrículo izquierdo (DDVI)

Las drogas de elección son los diuréticos y los nitratos.

La indicación de los diuréticos es similar a lo explicado para la DSVI.

El objetivo del uso de los nitratos es mejorar los síntomas del paciente, puede usarse el dinitrato de isosorbide, cuya dosis inicial es de 10 mg 3 veces por día. Podría llegarse a una dosis máxima de 80 mg, 3 veces por día, según necesidad. Otra opción válida, en los pacientes con problemas de adherencia al tratamiento, sería el uso de nitratos de liberación prolongada como el mononitrato de isosorbide, a dosis de 60 mg por día.

Los bloqueantes cálcicos y los beta bloqueantes deben considerarse de segunda línea, luego de los diuréticos y los nitratos. La digital y la amiodarona NO están recomendados. Los IECA parecerían mostrar una tendencia a disminuir el riesgo de muerte y demorar la reinternación.

LITIASIS BILIAR (LB)

Manejo de los pacientes con litiasis biliar asintomática

La mayor parte de los pacientes con LB asintomática no requiere tratamiento hasta que no se desarrollen síntomas de la enfermedad.

Indicaciones quirúrgicas de la LB asintomática

Se recomienda la cirugía preventiva en los pacientes con anemia drepanocítica, enfermedades hemolíticas, anomalías vesiculares que aumenten el riesgo de cáncer, vesícula calcificada, pacientes con cálculos excepcionalmente grandes, pacientes que irán a trasplantes no hepáticos, pacientes muy jóvenes, pacientes con pólipos vesiculares sintomáticos.

Manejo de los pacientes con litiasis biliar sintomática

Los síntomas de la LB muchas veces son leves y no requieren tratamiento. Si los síntomas son molestos, generalmente el paciente requerirá atención médica. El tratamiento definitivo de la LB sintomática (cuadro compatible con cólicos biliares con o sin síntomas de dispepsia acompañantes) y de los pacientes con antecedentes de complicaciones secundarias a la LB es la cirugía.

Tratamiento médico sintomático (ver tratamiento del dolor)

1) Calmar el dolor: se utilizan fundamentalmente los AINE (ibuprofeno o paracetamol). Los antiespasmódicos asociados a los analgésicos son utilizados frecuentemente. Los opiáceos potentes en lo posible no deberían utilizarse por la posible inducción del espasmo del esfínter de Oddi. 2) Dieta: evitar los colecistoquinéticos (frituras, grasas, etc.).

Tratamiento Quirúrgico

Colecistectomía abierta: complicaciones rondan el 5 al 15% (infección de la herida, eventración, hemorragia, atelectasia, bridas y el riesgo anestésico) y están muy influenciadas por los patrones de comorbilidad y la presencia de colecistitis o litiasis coledociana. Las tasas de mortalidad reportadas son del 0.1 al 0.3% en casos no complicados. El tiempo de recuperación postoperatorio es, en promedio, de 3 a 7 días en el hospital. Luego de 3 a 6 semanas, el paciente puede volver a sus actividades habituales.

Colecistectomía por vía laparoscópica: esta cirugía se ha transformado en el tratamiento de elección de la LB sintomática. La morbilidad (5-10%) y la mortalidad (0-1%) son comparables a la colecistectomía abierta. La cirugía laparoscópica es apropiada para casi todos los pacientes, inclusive en los obesos.

Tratamiento de la colecistitis aguda y de la pancreatitis biliar aguda

Estos pacientes deben internarse inmediatamente para efectuar un pronto diagnóstico y consultar a cirugía. El tratamiento médico es por lo general efectivo para controlar el cuadro. Sin embargo, como todos los pacientes con esta entidad, deberán operarse tarde o temprano. Actualmente, la conducta más eficaz es realizar la colecistectomía precoz.

En los pacientes con pancreatitis biliar aguda, no debería realizarse la colecistectomía antes de que se resuelva la entidad clínica y se normalicen los valores de amilasa.

LITIASIS RENAL

Manejo del cólico renal

1) Calmar el dolor: el dolor suele ser de moderado a severo y el tratamiento depende de la severidad del mismo. Los AINEs producen analgesia, disminuyen el flujo renal y la producción de orina. Los antiespasmódicos relajan el músculo liso ureteral. Los más utilizados son el propinoxato o la escopolamina. El calor también es útil para disminuir el dolor. Los opiáceos constituyen el tratamiento de elección del cólico renal. La vía endovenosa (IV) es la más utilizada en la guardia porque permite una analgesia rápida, continua y graduable, que es muy útil para los pacientes que tienen náuseas o vómitos. La utilización de otras vías como la oral, sublingual o transrectal también es válida, y puede ser de mucha utilidad en casos donde no se cuenta con una vía endovenosa o cuando el dolor no es tan intenso.

2) Confirmar el diagnóstico: suele confirmarse con el interrogatorio. Además, es útil solicitar un examen completo de orina, Rx de abdomen frente o del árbol urinario, ecografía. El urograma excretor es el gold standard pero no se lo utiliza de rutina.

3) Descartar una infección: por la clínica (fiebre, disuria, polaquiuria, etc.) o por la sospecha en el sedimento (piocitos). En ese caso debe solicitarse un urocultivo y comenzar un esquema antibiótico empírico

4) Evaluar si el cálculo puede eliminarse espontáneamente: cálculos <5mm de diámetro: se eliminan espontáneamente. Cálculos de 5 a 10mm: se eliminan en un 50%. Cálculos de más de 10mm: es muy difícil que puedan eliminarse solos. Si el cálculo no se elimina luego de 6 semanas debe interconsultarse con el urólogo.

Motivos de internación: 1) Controlar el dolor si es imposible aliviarlo en la guardia o si éste dura más de 3 a 4 días, vómitos incoercibles, 2) Litiasis asociada a pielonefritis (requiere tratamiento antibiótico endovenoso), 3) Infección en pacientes obstruidos y 4) Paciente monorreno con signos de obstrucción.

Indicaciones luego del cólico: 1) Pasado el dolor, aumentar la ingesta líquida para aumentar la diuresis y disminuir la sobresaturación, 2) Dieta sin excesos de purinas y con bajo contenido de sodio, 3) Realizar una actividad física moderada, 4) Explicarle al paciente que es muy común que el dolor reaparezca, lo cual no está vinculado a un cuadro más grave o más complicado. 5) Recuperar el cálculo y analizarlo en el laboratorio.

Manejo ambulatorio del paciente con litiasis renal

Pacientes con un episodio inicial o "primer episodio de litiasis" que NO presenten factores agravantes (presencia de múltiples cálculos en ambos riñones, alto riesgo de litiasis severa por la historia familiar, niños y crecimiento considerable de los litos en menos de un año): se recomienda realizar una evaluación inicial o básica: identificación de factores de riesgo, evaluación del cálculo, calcemia, uricemia, creatinina y electrolitos, orina completa, urocultivo (si hay signos de infección), Rx y ecografía renal (o urograma excretor).

Manejo luego de la evaluación básica del paciente ambulatorio

Pacientes con calcio sérico normal alto o alto: solicitar dosaje de parathormona. Si se confirma hiperparatiroidismo deberá consultarse con el endocrinólogo. El tratamiento es quirúrgico.

Pacientes con hiperuricemia: determinar la uricosuria de 24hs (el riesgo de litiasis recurrente es mayor si hay hiperuricosuria). Tratamiento de la hiperuricosuria: 1) Dieta: no debe ser excesivamente estricta. Reducción de la ingesta de comidas ricas en purinas (hígado, riñón, mollejas) y aumento de la ingesta de líquidos (2 litros de diuresis por día). 2) Alcalinización de la orina: es quizá la medida más efectiva para prevenir la precipitación del ácido úrico, puede utilizarse citrato de potasio. La dosis es de 0.5 a 2mEq/Kg/día, dividido en 2 ó 3 tomas (generalmente 2 sobres de 30mEq diluidos en agua y divididos en, por lo menos, dos tomas). La dosis debe ajustarse según el PH urinario (debe ser >6.5). Si el PH es mayor a 6.5, se debe aumentar la dosis. 3) Allopurinol: Indicaciones: Falla de las medidas anteriores (la orina no puede alcalinizarse o si la eliminación de ácido úrico continúa siendo más de 650mg/día una vez alcalinizada la orina y cumplida la dieta). Dosificación: Se indica con leche o con las comidas. Puede comenzarse con 100mg por día y, de ser necesario, aumentar hasta 300mg/día, teniendo como objetivo lograr una uricosuria por debajo de 500-600mg/día. Requiere ajuste en la insuficiencia renal y hepática: Clearance de creatinina de 30 a 60 ml/min: 50% de la dosis; menor de 30 ml/min: 75% de la dosis.

Pacientes con PH urinario > 6.2: descartar: 1) Acidosis tubular renal (acidosis metabólica hiperclorémica acompañada de hipocitraturia) y 2) Litiasis infecciosa (estruvita): infección por un germen desdoblador de la urea. Son cálculos de gran tamaño y presentan un característico aspecto coraliforme. Deben manejarse por el urólogo. La litotricia no es efectiva.

Pacientes que presentan signos de infección en la orina: si en el sedimento urinario se encuentran piocitos, debe sospecharse el diagnóstico de infección. En ese caso, debe solicitarse un urocultivo con antibiograma.

Pacientes que presentan cristales en la orina: orientan el diagnóstico etiológico del litio. Es importante destacar que la cristaluria aislada (sin antecedentes de litiasis) no debe tomarse como un hecho patológico salvo cuando se hallan cristales de cisteína.

Pacientes en los que se detecta un deterioro de la función renal: el dosaje de creatinina es útil para descartar este diagnóstico. Si la creatinina es elevada, debe evaluarse si la insuficiencia renal se debe a la litiasis (habitualmente pacientes con litos en ambos riñones) o a otra causa. A estos pacientes NO se les debe realizar un urograma excretor. Los pacientes con deterioro de la función renal secundaria a litos deben ser consultados con el urólogo.

Interconsulta con el urólogo: 1) Riñón no funcional o monorrenos, 2) Obstrucción ureteral, 3) Litos de más de 10mm que no se eliminen, 4) Infección intratable, 5) Daño renal progresivo y 6) Litos de cisteína o estruvita.

Pacientes que presentan un segundo episodio o que tienen factores agravantes en un primer episodio: se recomienda realizar una evaluación completa

| DETERMINACIONES | SANGRE | | ORINA 24 HS | |
|---------------------------------------|--------|---|-------------|---|
| | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Número de veces | | | X | X |
| Volumen urinario | | | X | X |
| Calcio | X | X | | |
| Estado ácido base | X | | | |
| Fósforo | X | | | |
| Ácido úrico | X | | X | X |
| Creatinina | X | | X | X |
| Sodio | X | | X | X |
| Potasio | X | | | |
| Oxalato | | | X | X |
| Citrato | | | X | X |
| Urocultivo (si hay piuria o síntomas) | | | X | |
| PH (orina completa) | | | X | X |
| Cisteína | | | X | |

Manejo específico de ciertas entidades Hipercalcemia

La mayoría de los pacientes con litiasis cálcica tendrá hipercalcemia idiopática. Si la hipercalcemia es el único hallazgo positivo, estamos frente a un paciente con hipercalcemia idiopática (en todo paciente con litiasis cálcica e hipercalcemia se debe descartar hiperparatiroidismo primario). El manejo de esta entidad se basa en dos medidas: la dieta y el tratamiento farmacológico.

Dieta: a) Normocálcica tienen menos recurrencias que aquellos con restricción cálcica, b) Pobre en proteínas: hasta 1gr/Kg/día (disminuye la eliminación de calcio, la producción de ácido úrico y aumenta la eliminación de citrato), c) Rica en potasio: el bicarbonato de potasio en la dieta se asocia a una reducción del 50% en el riesgo de desarrollar litiasis cálcica. Los alimentos ricos en potasio son el tomate y la banana y d) Pobre en sodio: la ingesta excesiva de sodio se relaciona con mayor calciuria.

Tratamiento farmacológico: Tiazidas: producen una disminución de la absorción intestinal de calcio y un aumento de la reabsorción tubular renal. Reducen la excreción de calcio en un 50% a un 60% y la recurrencia de litiasis cálcica en un 50%. Las más utilizadas son la hidroclorotiazida y la clortalidona. Dosis: la dosis exacta para la prevención de la recurrencia es aún incierta. Se recomienda para la hidroclorotiazida 25mg, una o dos veces por día y para la clortalidona 50mg por día.

Hiperoxaluria: la base del tratamiento consiste en la reducción del oxalato y el aumento de calcio en la dieta (éste se une al oxalato en el intestino evitando su absorción). La colestiramina se une a las sales biliares y al oxalato, disminuyendo su absorción. Dosis: 4 a 16gr por día.

Hipocitraturia: se asocia a otra alteración (hipercalcemia, hiperoxaluria, etc.) y así logra favorecer la producción de litiasis. Los pacientes con hipocitraturia se benefician con los suplementos orales de citrato.

Cistinuria: es rara y suele manifestarse a edades tempranas. El tratamiento consiste en aumentar la diuresis a 3 a 4 litros por día y alcalinizar la orina. Los cálculos no responden a la litotricia. Los cálculos por cisteína son de manejo exclusivo del nefrólogo y urólogo. Su curso es agresivo.

Pacientes con litiasis cálcica a los que no se les detecta ninguna anomalía: se han realizado estudios en estos pacientes que sugieren que las tiazidas y el allopurinol logran disminuir el riesgo de recurrencia de la litiasis.

Procedimientos urológicos para destruir y eliminar los cálculos

Litotricia extracorpórea por ondas de choque: se indica cuando hay litos de 10 a 25mm. Es un procedimiento ambulatorio, no se usa anestesia y es realizado por el urólogo. La efectividad supera el 90%. Contraindicaciones: 1) Absolutas: la uropatía obstructiva orgánica distal al cálculo (impide la eliminación normal de los fragmentos producidos), 2) Relativas: Trastornos de la coagulación no corregidos, infecciones urinarias activas no tratadas, litiasis coraliforme y embarazo.

Además, existen otros procedimientos: nefrolitotricia percutánea, litotricia ureteral endoscópica, disolución medicamentosa, extracción endoscópica y cirugía a cielo abierto.

LUMBALGIA

Lumbalgia simple: comienzo entre los 20 y los 50 años, dolor localizado en la zona lumbar baja con irradiación a la parte superior de los glúteos. La causa es de tipo mecánico, varía con la actividad física, varía en el tiempo, el paciente tiene un buen estado clínico, el pronóstico es bueno.

Compromiso de una raíz nerviosa: dolor unilateral en un miembro inferior (generalmente, más intenso que el de la lumbalgia simple), dolor irradiado por debajo de la rodilla, generalmente hasta el pie o los dedos, parestesias en la misma distribución, signos de irritación de una raíz nerviosa (Lasegue positivo, trastornos en los reflejos osteotendinosos, en la sensibilidad o en la fuerza motora), limitada a una raíz nerviosa, pronóstico razonable (50% de recuperación del episodio agudo dentro de las seis semanas).

Compromiso de la cola de caballo o trastorno neurológico generalizado: trastornos miccionales, incontinencia fecal o trastornos del tono del esfínter anal, anestesia en silla de montar, compromiso de más de una raíz nerviosa o déficit motor progresivo, nivel sensitivo.

Criterios de riesgo para una posible patología seria en la columna

Presentación antes de los 20 años o después de los 55 años, traumatismo importante (caída desde una altura), dolor "no mecánico" (duele en reposo, no varía con la actividad física), progresivo, constante, dolor torácico, antecedentes de cáncer, tratamiento crónico con corticoides, adicción intravenosa, HIV, paciente en mal estado clínico, pérdida de peso, compromiso neurológico extenso.

Manejo del paciente con lumbalgia aguda (LGA)

Medidas generales

1) Descartar causas secundarias de lumbalgia (cáncer, infección, fractura vertebral o compromiso neurológico): no es necesario realizar ningún examen complementario.

2) Psicoeducación: destinada a los pacientes y sus familias. Explicar que el dolor más intenso y la limitación de la actividad mejorarán en algunos días (usualmente 4 a 6), que alrededor del 10% de los pacientes tendrá síntomas persistentes hasta luego de pasado el episodio, pero, en la mayor parte, éstos no limitarán su actividad diaria y, que cuanto más se tarda en volver al trabajo, menor es la posibilidad de volver a trabajar.

Tratamiento sintomático

1) Manejo farmacológico del dolor: el paracetamol, indicado a intervalos regulares, es efectivo para disminuir el dolor en la LGA. Si esta droga no produce alivio, se recomienda utilizar el ibuprofeno o el diclofenac como segunda línea de tratamiento. Si estas dos estrategias no producen control del dolor, se debe considerar el uso de opiáceos débiles o asociaciones de AINE más opiáceos débiles y, eventualmente, se puede agregar un curso corto (menos de una semana) de relajantes musculares (350mg de carisoprodol cada 8 horas). Si es posible, debe evitarse el uso de morfina o derivados potentes y no usarlos por más de dos semanas. No se recomienda el uso de corticoides, benzodiazepinas ni de antidepresivos en el tratamiento de la LGA.

2) Modificación de la actividad: recomendar mantenerse tan activos como les sea posible y continuar con las actividades habituales. NO se debe recomendar el reposo en cama o el reposo prolongado.

3) Ejercicios para la columna.

4) Tratamientos físicos: se puede considerar la manipulación dentro de las 6 primeras semanas para pacientes que necesitan ayuda adicional para controlar el dolor o que tienen dificultades para volver al trabajo. Los agentes físicos, la tracción pelviana, las plantillas, los realces en los zapatos y los soportes lumbares no tienen indicación basada en la evidencia para el tratamiento del dolor en la lumbalgia aguda.

5) No hay evidencia para recomendar los tratamientos con inyecciones ni la acupuntura.

Manejo del paciente con sospecha de hernia de disco (HD)

El paciente presenta lumbalgia con ciática (se detecta un probable compromiso de una raíz nerviosa). El manejo inicial es similar al de la lumbalgia aguda, aunque en el caso de la lumbalgia con ciática severa, puede recomendarse el reposo en cama como tratamiento sintomático durante algunos días (menos de una semana).

Indicación quirúrgica de la lumbalgia con ciática (secundaria a una HD): a) Síndrome de cola de caballo (urgencia quirúrgica), b) Déficit neuromotor persistente, invalidante, severo o progresivo y c) Dolor ciático persistente o invalidante, después de 6 semanas de tratamiento conservador adecuado (no es una indicación quirúrgica clara).

Manejo del paciente con lumbalgia crónica

La lumbalgia crónica es una entidad menos prevalente que la lumbalgia aguda. Sin embargo, enfrenta al médico a un problema que consume gran cantidad de recursos (incluido él mismo) con resultados pobres. Una vez descartados diagnósticos que no se hicieron en la evaluación inicial de la lumbalgia aguda, como estenosis espinal, espondilolistesis graves, espondilitis anquilopoyética, etc., se debe orientar la evaluación hacia el nivel psicosocial. La fibromialgia debe considerarse en estos cuadros.

MAREO Y VERTIGO

Vértigo periférico

Vértigo posicional benigno (VPB): el paciente con VPB consulta porque, cuando mueve la cabeza o cambia de posición, tiene la sensación de que las cosas dan vueltas a su alrededor o que él gira alrededor de las cosas (vértigo). Esta sensación puede ser muy intensa y acompañarse de náuseas y vómitos. Los síntomas mejoran si el paciente se queda quieto y, de hecho, el paciente está asintomático cuando no mueve la cabeza. En el VPB el paciente no tiene acúfenos, disminución de la audición ni nistagmus espontáneo. El único dato del examen físico que puede ser positivo es la maniobra de Barany (sensibilidad del 78%). El resto del examen físico es normal.

El tratamiento más útil es la indicación de ejercicios que permiten ir agotando el estímulo y logrando, progresivamente, que los síntomas disminuyan o desaparezcan. Puede agregarse tratamiento farmacológico sintomático (ver abajo). Sin embargo, su eficacia es dudosa

Ejercicio 1: el paciente se acuesta en la cama, adopta la posición que le provoca el vértigo, espera a que se le pase, se sienta y repite el movimiento hasta que no le provoque más síntomas (habitualmente 5 veces)

Ejercicio 2: el paciente se sienta en la cama y realiza movimientos reglados: llevar la cabeza hacia adelante y atrás 10 veces, hacia un costado 10 veces y luego hacia el otro lado. Este ejercicio se repite 3 a 4 veces por día.

Laberintitis, neuronitis vestibular o vestibulopatía periférica: el paciente con laberintitis también consulta por vértigo, que es intenso y frecuentemente asociado a náuseas y vómitos. A diferencia del VPB, los síntomas son constantes y no mejoran aunque se quede quieto. El paciente tiene nistagmus espontáneo y el resto del examen es normal. La maniobra de Barany es positiva. El tratamiento farmacológico sintomático es muy útil y necesario (ver más abajo). Cuando los síntomas son muy intensos se necesita el reposo en cama. Si los vómitos son tan severos que comprometen la hidratación, o el paciente no está en condiciones de manejarse solo, debe indicarse la internación. Es un cuadro de evolución benigna. Los síntomas disminuyen con el transcurso de los días y, por lo general, desaparecen antes de las 6 semanas.

Vértigo post-traumático: la aparición de un cuadro similar al VPB días o semanas después de un traumatismo de cráneo es común, sobre todo en pacientes mayores. La evolución es benigna y el tratamiento similar al VPB.

Enfermedad de Menière: episodios paroxísticos de vértigo intenso, no relacionados con las posiciones ni los movimientos, de minutos a horas de duración. Durante los ataques, el paciente presenta acúfenos, hipoacusia y sensación de oído lleno. La evolución es imprevisible. Existen formas autolimitadas, que se curan por completo luego de algunas crisis, sin llegar a la hipoacusia definitiva. Otras veces, la enfermedad evoluciona a lo largo de los años en forma de brotes, con intervalos asintomáticos de duración variable. Estos pacientes tienen hipoacusia fluctuante que evoluciona, con el transcurso de los años, hacia una hipoacusia irreversible. No existe un tratamiento claramente efectivo. Durante el ataque, suele indicarse reposo y tratamiento sintomático (ver abajo). En el período intercrisis habitualmente se utilizan diuréticos (hidroclorotiazida), pero la respuesta a este tratamiento es muy variable.

Cinetosis: se observa en los pacientes con una sensibilidad especial para algunos estímulos capaces de desencadenar cuadros vertiginosos: viajes en barco, avión, auto, etc. El tratamiento preventivo suele resultar efectivo si se inicia alrededor de una hora antes de la exposición al desencadenante. Los fármacos y su posología son similares a los del tratamiento del vértigo periférico (ver abajo). Si el estímulo va a durar varios días (por ej. un viaje en barco) no es necesario mantener el tratamiento ya que los síntomas suelen disminuir espontáneamente.

Tratamiento farmacológico sintomático del vértigo periférico

Es sólo sintomático y de efectividad variable. Puede utilizarse dimenhidrinato, en dosis de 50mg, 3 a 4 veces por día por vía oral. Puede tomarse con las comidas o con el estómago vacío. Otra opción es la escopolamina, en dosis de 2 a 4 comprimidos diarios o 10 a 40 gotas, 2 a 4 veces por día. Los parches de 1.5mg se cambian cada 3 días, y se colocan detrás de la oreja. Como todos los cuadros vertiginosos son autolimitados, hay que ir suspendiendo la medicación y evaluar si recurren los síntomas.

MICOSIS SUPERFICIALES

Tratamiento tópico

Los agentes antimicóticos tópicos que más se utilizan en la actualidad son los imidazoles y las alilaminas. La duración del tratamiento varía según el tipo y extensión de las lesiones. Suele ser de dos a seis semanas. Se recomienda suspender el tratamiento dos semanas después de la desaparición de las lesiones.

Imidazoles: inhiben la síntesis de ergosterol. Son todos igualmente efectivos. El ketoconazol, el oxiconazol y el sulconazol permanecen más tiempo en los tejidos y pueden usarse una vez por día. El clotrimazol, el miconazol y el econazol deben usarse dos veces por día.

Alilaminas: inhiben la síntesis de ergosterol pero tienen un ligero efecto antiinflamatorio. La droga más conocida de este grupo es la terbinafina. Debido a que persisten mucho tiempo en la piel, pueden aplicarse sólo una vez por día, y muy poca cantidad de crema es eficaz.

Nistatina: aumenta la permeabilidad de la membrana celular de la levadura y se usa exclusivamente para las infecciones por Cándida. Las cremas con nistatina pueden causar dermatitis por contacto

La asociación entre antifúngicos locales y corticoides tópicos es muy común, pero su uso es controvertido. El corticoide tópico es muy útil para tratar la inflamación, pero el uso prolongado de corticoides tópicos potentes puede causar efectos adversos como atrofia cutánea, sobrecrecimiento fúngico, estrías, eritema, telangiectasias, y no permitir la curación de la infección. Esto determina que sólo puedan asociarse estas dos drogas en la etapa inicial del tratamiento de las micosis (5 a 7 días) y que el médico deba siempre explicarle al paciente los riesgos del uso crónico para evitar la ulterior automedicación.

Tratamiento por vía oral (VO)

Indicaciones: infecciones muy extendidas, lesiones en el cuero cabelludo, en la cara, en las uñas, en las palmas y en las plantas, o para cualquier lesión que no responda adecuadamente al tratamiento tópico. La duración del mismo, con cualquiera de las drogas que mencionaremos abajo, depende del tipo de lesiones tratadas (ver luego), y varía de 2 a 6 semanas para las lesiones de la piel, y de 3 a 4 meses para la afección ungueal.

Ketoconazol: es efectivo tanto para los dermatofitos como para las levaduras. Se recomienda tomarlo con las comidas para mejorar la tolerancia gastrointestinal. La dosis habitual por VO es de 200mg por día, en una sola toma diaria.

Itraconazol: aparentemente, sería menos hepatotóxica que el ketoconazol y, por ende, más segura para su uso prolongado. La dosis habitual por VO es de 100mg por día, en una sola toma diaria.

Terbinafina: es muy efectiva contra todos los dermatofitos, pero no tanto para la Cándida. La dosis habitual es de 250mg por día, en una sola toma diaria. No es necesario solicitar análisis de laboratorio para monitorizar el tratamiento.

Fluconazol: es particularmente efectivo para las candidiasis, aunque su espectro antimicótico es similar al del ketoconazol. Se puede tomar con los alimentos.

Griseofulvina: inhibe la mitosis fúngica actuando sobre la estabilidad de los microtúbulos. Actualmente ha sido reemplazada por las drogas mencionadas arriba porque tarda mucho tiempo en hacer efecto. Su uso está restringido a los niños, en quienes se usa básicamente para la tiña del cuero cabelludo o para tratar lesiones extensas por otros dermatofitos (el único de importancia en los niños es el Microsporum canis). La dosis usual es de 10 a 15mg/kg/día, en dos tomas diarias. Se absorbe mejor con las comidas (cuanto más grasosas mejor).

Tratamiento de los distintos tipos de micosis

Aquí se comentan las indicaciones y datos útiles para la prescripción en cada entidad. Los detalles de dosificación, efectos adversos, interacciones y contraindicaciones se encuentran en las descripciones de las drogas arriba.

Micosis de los pliegues (pie de atleta, ingle, axila)

Debe usarse tratamiento tópico. Si la afección es muy extensa puede usarse ketoconazol, itraconazol o terbinafina por VO a dosis habituales durante 15 días. La micosis plantar no responde al tratamiento tópico y sólo puede curarse utilizando la VO. Las drogas recomendadas son el itraconazol a dosis habituales durante 30 días (o dos tomas diarias de 200mg durante 7 días) o la terbinafina a dosis habituales durante 14 días.

Datos útiles: la micosis de los pliegues suele ser recidivante y difícil de erradicar. Sugerimos indicar: a) Recomendaciones generales: secarse bien los pliegues con una toalla seca después de bañarse, utilizar ropa interior de algodón, usar calzoncillos tipo boxer (no slip), no usar calzado apretado ni abotinado y b) Tratamiento específico: utilizar crema antimicótica (una o dos veces al día, según la elegida) hasta que la lesión haya curado. Luego, usar la crema dos semanas más. Si no hay respuesta, debe indicarse un micológico directo y un cultivo por la eventualidad de que se trate de otra entidad. Si las lesiones son muy extensas o muy recalcitrantes, puede indicarse tratamiento VO.

ONICOMICOSIS

a) Lesiones distales, localizadas en una o dos uñas, causadas por dermatofitos o por Cándida: pueden tratarse con lacas de tioconazol al 28% y ácido undecilénico, dos veces por día o de amorolfina, una vez por semana. La laca se aplica en la uña como cualquier esmalte y se deja. Una vez por semana puede limarse la uña afectada (tasa de curación: 50%).

b) Lesiones con compromiso proximal o que están localizadas en más de dos uñas: no responden al tratamiento local. Droga de elección: terbinafina por VO a dosis habituales durante 3 a 4 meses (tasa de curación 80 al 95%). Esta droga no es muy efectiva para la candidiasis ungueal.

c) En las onicomicosis extensas por Cándida, puede indicarse fluconazol, una dosis semanal de 150mg por VO, durante tres meses.

d) La paroniquia candidiásica crónica puede tratarse con cualquier crema antifúngica, dos veces por día, durante 6 meses. Si la paroniquia es muy severa, también puede usarse la VO (itraconazol o fluconazol). Algunos autores recomiendan asociar un curso de antibióticos por VO (eritromicina, cefalexina, etc.) ya que suele coexistir una infección bacteriana por Pseudomonas.

Pitiriasis versicolor (PV)

Localizada: cremas antifúngicas. Extensa o muy dispersa (más frecuente): es más cómoda la VO. Puede usarse ketoconazol, un comprimido de 200mg, una vez por día por 10 días o 10ml de suspensión oral de adultos (este esquema puede repetirse con un descanso de 10 días) o itraconazol, 200mg en una toma diaria (dos comprimidos de 100mg), por 7 días. También puede friccionarse el cuerpo con un champú de ketoconazol al 2% o de sulfato de selenio dejando actuar el producto entre 10 y 30 minutos antes del baño, durante 15 días. Luego del tratamiento, las manchas de la PV pueden persistir durante varios meses hasta que la piel se repigmenta. Casi la mitad de los pacientes con PV recidivan. Muchos de ellos requieren terapia de mantenimiento. En este caso, el paciente puede repetir el tratamiento a demanda o utilizar los siguientes esquemas profilácticos: a) Tomar un comprimido de 200mg de ketoconazol los días 1, 2 y 3 de cada mes, durante seis meses, b) Friccionar el cuerpo una vez por semana con los champús y la forma mencionados arriba y c) Mandar a preparar la siguiente loción que debe friccionarse por la noche, una vez por semana: Tiosulfato de sodio 25, ácido salicílico 1, propilenglicol 10, alcohol isopropílico 10, agua 100.

CANDIDIASIS

La candidiasis cutánea del adulto puede tratarse en forma tópica con cremas con nistatina o con imidazoles, dos veces por día, hasta que la lesión desaparezca (2 a 3 semanas). Para que mejore más rápidamente, puede asociarse un corticoide tópico los primeros 5 días. Si este tratamiento no es efectivo puede usarse itraconazol o fluconazol por VO durante 10 a 14 días. Para la balanopostitis también puede ser útil indicar una cucharadita de borato de sodio en agua tibia. Para la candidiasis del pañal en los lactantes se recomienda: a) Lavar la cola una vez por día con jabón neutro, b) Secar bien el pis y luego aplicar un antiséptico y c) Sacar la caca con un algodón embebido en óleo calcáreo y luego aplicar un antifúngico local. Las pastas son mejores que las cremas porque no se van con la humedad.

OTRAS TIÑAS POR DERMATOFITOS

Tiña del cuero cabelludo: griseofulvina por VO durante 6 semanas (la duración depende de la evolución), pasadas las cuales debe realizarse un nuevo cultivo. Se recomienda continuar con la medicación hasta dos semanas más después del último cultivo negativo. El niño puede volver a la escuela pasados 10 días de haber comenzado a recibir la droga; tiña de la cara: se recomienda la VO ya que el tópico suele ser inefectivo. Puede usarse ketoconazol, itraconazol o terbinafina a dosis habituales durante 15 días; tiña de la mano: siempre requiere tratamiento por VO por 30 días. Se recomienda usar itraconazol o terbinafina a dosis habituales, y evitar el ketoconazol; tiña del cuerpo: puede ser local si las lesiones no son extensas, o por VO si son extensas. Puede usarse ketoconazol, itraconazol o terbinafina a dosis habituales durante 15 días (recordar que, en los niños, la única droga autorizada para el tratamiento por VO es la griseofulvina).

Dermatitis o eccema

Dermatitis por contacto (DC)

La base del tratamiento de la DC está en la identificación y la posterior eliminación del agente que la provoca

Herramientas terapéuticas

1) Baños y compresas húmedas. En las lesiones localizadas, se recomienda aplicar una compresa astringente, durante no más de cinco días, para evitar el reseco de la piel. Una forma de prepararlas es con sulfato de aluminio, se disuelve un sobre en un cuarto litro de agua y se aplica en forma de compresas húmedas, dos o tres veces por día.

2) Emolientes: Su uso está muy recomendado en la dermatitis atópica, en la dishidrosis y en la DC crónica. Son cremas que mantienen la humedad y suavizan la piel. Si se les agrega urea al 5% o ácido láctico al 2% funcionan, además, como atrapadores del agua.

3) Corticoides tópicos (CT): son muy útiles porque aceleran la curación y alivian rápidamente los síntomas.

4) Corticoides sistémicos: en lo posible no deben usarse. Sin embargo, son muy útiles y se indican en la DC aguda severa ya que “cortan” rápidamente la inflamación, en la DC aguda con vesículas o bullas o cuando están comprometidos los genitales o áreas extensas de la cara. La dosis de prednisona por VO es de 0.7mg/Kg/día, y puede disminuirse en dos semanas.

5) Antibióticos: la piel afectada por la dermatitis es más propensa a sobreinfectarse con bacterias u hongos. En caso de impetiginización (costras color miel) se usan antibióticos por VO, como las cefalosporinas de primera generación (cefalexina).

6) Antihistamínicos: alivian el prurito pero nunca lo calman del todo. La hidroxicina parecería tener un efecto especial sobre la piel. La dosis es variable y se utiliza la vía oral.

Recomendaciones generales para el tratamiento de la DC irritativa crónica de las manos.

a) Reducir o evitar la exposición al agente irritante, tanto en el trabajo como en la casa. b) Evitar el trabajo con las manos mojadas, c) Cuando se trabaja con agua, sacarse los anillos, usar guante doble (un guante blanco de algodón y arriba un guante de goma común), y evitar el agua muy caliente, d) No lavarse las manos muy frecuentemente, e) Lavarse las manos con jabones suaves, agua tibia, y secarse muy bien, especialmente entre los dedos, f) Usar siempre un emoliente después del lavado, g) Usar guantes cuando hace frío, o en ambientes con mucho polvo.

TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS DERMATITIS

Dishidrosis

El tratamiento se basa en el uso de CT y de emolientes a demanda, usando los primeros para el brote y los segundos como mantenimiento. Un tratamiento empírico que le da resultado a algunos pacientes es el baño de tabaco (hervir un paquete de tabaco en una olla con 3 litros de agua, se guarda ese líquido en la heladera y se usa para hacer baños de 10 minutos, dos o tres veces por día). En casos severos, puede hacerse un curso corto de corticoides por VO. También es efectiva la fototerapia con psoralenos (PUVA).

Dermatitis del pañal (DP)

Medidas generales: mantener el área del pañal lo más seca posible, recomendar el uso, en lo posible, de pañales descartables, cambiarlos con frecuencia, usar óleo calcáreo o aceite de cocina común cada vez que se limpia (limpiando de adelante hacia atrás) y lavar la cola sólo una vez por día con jabones suaves y neutros (jabón de glicerina o blanco de lavar la ropa). Lo ideal, sobre todo en verano, es dejar al bebé desnudo para que se cure rápidamente. Si se usan pañales de tela, debe recomendarse lavarlos con jabón blanco y ponerles vinagre en el enjuague.

Tratamiento específico: aplicar crema después de limpiar con óleo, y antes de poner el nuevo pañal. Lo que hacen todas estas pastas es proteger la piel de la humedad crónica. Si el médico considera que hay, además, invasión por Cándida, debe agregarse una pasta antifúngica y, si las lesiones se impetiginizan, puede agregarse pasta blanca. Si la inflamación es severa pueden usarse CT como la hidrocortisona, teniendo en cuenta todos los recaudos del uso de estas drogas.

Dermatitis seborreica del adulto (DS)

Manejo de la caspa: lavado periódico con un champú efectivo. Pacientes sin costras: lavado diario con un champú con ketoconazol al 2%. Una vez que la caspa está controlada (no hay más caspa o hay muy poca) el paciente puede intentar usar el mismo champú día por medio, y luego cada tres días, cada cuatro, etc., hasta encontrar cuál es su necesidad individual. Pacientes con mucha descamación o que tienen costras: suelen no responder al ketoconazol y requieren champús “más fuertes” (coaltarados o con sulfato de selenio). Si luego de un mes, el tratamiento con estos champús no es efectivo (es habitual que esto ocurra en los pacientes con muchas costras) puede agregarse una loción de un CT de alta potencia. Se aplican dos o tres gotas por día en las regiones afectadas del cuero cabelludo luego del lavado con champú. Una vez controlado el cuadro, el CT se retira y se reinstala si hay un brote.

Manejo de las lesiones en la cara y el cuerpo: el lavado con los champús citados mejora la DS de la cara. También puede agregarse una crema antifúngica local, dos veces por día. Si con estas medidas las lesiones no mejoran y están muy eritematosas, puede agregarse hidrocortisona al 1%, o asociarse esta droga con un antifúngico. En la cara y en el cuerpo, es mejor usarla en forma de crema y, en la barba, bigote, conducto auditivo externo y cejas, en forma de loción. El CT debe usarse sólo durante algunos días (no más de una semana), y en poca cantidad. Puede aplicarse hasta dos veces por día y, una vez mejorado el cuadro, debe volverse a la crema con ketoconazol para prevenir las recurrencias.

Dermatitis seborreica del niño

La DS infantil se cura (con o sin tratamiento) en aproximadamente 6 semanas. Las lesiones del cuero cabelludo (las más frecuentes) pueden no tratarse, reasegurar a los padres y explicarles que se van solas o indicarse la descostración con aceite de cocina o lociones coaltaradas que se dejan actuar 3 horas y luego se descostra raspando con una tarjetita. En la piel, deben usarse básicamente emolientes, evitar el jabón y utilizar, eventualmente hidrocortisona al 0,5%.

Dermatitis atópica (DA)

El tratamiento de la DA se basa en el uso de CT de alta potencia durante algunos días y luego, cuando el cuadro ya está controlado parcialmente, se rota a un CT de baja o de mediana potencia más un emoliente, dos veces por día. Lo ideal es usar sólo emolientes periódicamente después del baño. En la cara y en los niños sólo puede usarse hidrocortisona al 1%. El uso prolongado de CT puede causar taquifilaxia. Esta puede evitarse usando los CT de alta potencia sólo en los brotes, y emolientes cuando la dermatitis está un poco mejor. Los pacientes que no responden al tratamiento mencionado pueden intentar con fototerapia con psoralenos (PUVA) e incluso con ciclosporina. No deben usarse corticoides sistémicos. Deben evitarse factores externos que exacerban la DA como los irritantes, los jabones fuertes, el mojado y secado frecuente de la piel y el contacto con indumentaria áspera (ej. lana). Hay que evitar los alérgenos respiratorios y ciertos alimentos puede ser importante en casos aislados. Algunos pacientes con DA se sobreinfectan (impetiginización) y requieren antibióticos por VO.

Recomendaciones generales: a) Tratar al paciente y no al eccema, b) Evitar prometer la curación completa. c) Ser realista en cuanto a la factibilidad de la aplicación de los tratamientos indicados, d) Asegurarse de que el paciente comprenda cómo hacer el tratamiento, e) Recomendar usar básicamente emolientes para mantener la piel blanda y poco jabón para no resecarla, f) Asegurarse de que el paciente (o los padres) comprenda muy bien el efecto y el uso apropiado de los CT.

Eccema numular o discoide

El tratamiento es con emolientes y CT de alta potencia. Si es recurrente puede usarse un CT de mediana potencia cada tres días como profilaxis. En los casos muy severos puede usarse fototerapia con psoralenos (PUVA).

PACIENTE CON SINTOMAS MUSCULO-ESQUELETICOS

PROBLEMAS NO ARTICULARES

Tratamiento general para todas las entidades

Todos estos trastornos pueden tratarse con AINEs por vía oral (referirse al capítulo de dolor) o local (parches y geles) durante 15 días, o con infiltraciones o recurriendo a la fisioterapia. La decisión de realizar una infiltración como tratamiento inicial depende de la práctica del médico y de las características del paciente pero, últimamente, hay evidencia de que la infiltración puede ser el tratamiento inicial de elección para la mayoría de estos trastornos. En todos los casos, si quedan dudas o el tratamiento inicial falla, es conveniente realizar una consulta con un reumatólogo o un ortopedista.

Manejo de cada entidad

Epicondilitis (codo de tenista) y epitrocleititis (codo del golfista): Infiltración: 1 a 2ml de hexacetonida de triamcinolona (5mg por mililitro) en el lugar de máximo dolor. Evitar las actividades que producen dolor, usar codera, aplicar hielo en forma local durante 15 minutos, 2 a 3 veces por día.

Bursitis olecraneana: su tratamiento depende de la causa que la originó. Siempre hay que realizar una punción para descartar una infección o un ataque de gota. Si el líquido es claro puede realizarse un tratamiento local con hielo, indicarse un AINE por 10 a 14 días y reposo por una semana o puede infiltrarse la articulación con corticoides. Si el líquido es turbio debe sospecharse una infección y debe cultivarse y comenzar con un tratamiento antibiótico empírico que cubra Estafilococo dorado. Nunca debe infiltrarse la articulación si se sospecha una infección.

Tendinitis de De Quervain: inmovilización del pulgar y la muñeca con una férula y dos semanas de tratamiento con AINE. Si el dolor no cede (algunos autores sugieren indicarla apenas comienzan los síntomas) puede infiltrarse la vaina tendinosa con un corticoide. Si luego de tres infiltraciones el dolor no cede, hay que considerar la cirugía.

Dedo en gatillo (dedo en resorte): en el tratamiento inicial se puede indicar una férula para inmovilizar el dedo por 10 a 14 días y, si el dolor es importante, un tratamiento corto con AINEs. Si el dolor continúa, la infiltración con corticoides puede ser una alternativa, sólo reservándose la cirugía para aquellos pacientes que no mejoran (incisión liberadora a nivel de la vaina estenosada, sin extirpar nunca el nódulo).

Ganglión (quiste sinovial): debido a su curso benigno, sólo se recomienda la extracción quirúrgica en los que son muy grandes o molestos.

Contractura o enfermedad de Dupuytren: los tratamientos convencionales (extensiones de los dedos con masajes o con férulas, el calor, el ultrasonido o los AINE) no son efectivos. La cirugía aparece como único tratamiento, aunque no es siempre resolutive ya que puede recidivar.

Bursitis trocantérea: en la mayoría de los casos el paciente requerirá una infiltración de la bursa con corticoides, logrando, de esta manera, calmar rápidamente el dolor en el 90% de los casos.

Bursitis prepatelar (pre-rotuliana): debe realizarse una punción para descartar una infección o un ataque de gota. Si el líquido es claro se realiza un tratamiento local con hielo, un AINE por 10 a 14 días y reposo por una semana. Si persiste el dolor se puede realizar una infiltración con corticoides. Si el líquido es turbio (sospechoso de infección) se debe cultivar y comenzar con tratamiento antibiótico empírico (el germen más frecuente hallado es *Estafilococo dorado*).

Bursitis anserina (tendinitis de la pata de ganso): el tratamiento consta en hielo, AINE y reducir o sustituir la actividad que la exacerbe. La infiltración con corticoides sólo se realiza si el dolor no mejora con tratamiento o si el dolor nocturno es intolerable.

Tendinitis aquiliana: el tratamiento consta de un programa de ejercicio de estiramiento (apoyando las palmas en la pared, se estira un miembro inferior con la planta apoyada en el piso mientras el otro miembro inferior está flexionado 90°, se ejerce presión estirando el tendón de Aquiles por 10 segundos y se descansa), un AINE para disminuir la inflamación, o baños de contraste (consisten en colocar dos recipientes con agua, uno con hielo y otro con agua caliente y sumergir el pie durante 30 segundos en cada recipiente en forma alternante durante 5 minutos).

Fascitis plantar: el 95% de los pacientes mejoran con el uso de una talonera de siliconas o de goma, baños de contraste (ver en tendinitis aquiliana), AINE, calzado deportivo para disminuir la inflamación y ejercicios de estiramiento del tendón de Aquiles y de la fascia plantar (estando parado, sujetándose con las dos manos en una silla y colocando los dos pies juntos, se realiza una flexión con las dos rodillas, dejando las plantas apoyadas el mayor tiempo posible en el piso durante el ejercicio. El paciente debe sentir como se estiran las plantas de los pies. Sostener la tensión por diez segundos y descansar). Si luego de 8 semanas persiste el dolor puede infiltrarse con corticoides. Si los síntomas persisten más de 6 meses, o no hay mejoría, hay que interconsultar a un ortopedista para una eventual resolución quirúrgica.

Fibromialgia

El paciente debe recibir información adecuada en cuanto a que la fibromialgia no acorta la vida y no produce deformidad. Debe recomendarse evitar la cafeína y el alcohol, y promover la reducción del estrés. El paciente debe tomar una actitud activa como realizar ejercicio físico aeróbico regular. Los beneficios pueden tardar meses en aparecer (explicar esto para evitar el abandono). El ejercicio más adecuado es el aeróbico, con un incremento gradual de su intensidad (caminar, nadar, bicicleta, correr, etc.). La droga de elección para el manejo sintomático de la fibromialgia es la amitriptilina (ver el capítulo de ansiedad y depresión).

OSTEOARTRITIS (OA)

Medidas generales

La base de todo tratamiento para la OA comienza con la educación (lograr compromiso personal y familiar), el mantenimiento de un peso óptimo y la realización de ejercicio: son útiles los ejercicios que aumentan la fuerza muscular. El calzado debe ser de horma ancha, con una suela acolchada, siendo el ideal una zapatilla deportiva de suela ancha. La fisioterapia permite preservar el rango de movimiento, aumentar la fuerza muscular y resolver la contractura muscular acompañante que, muchas veces, es la causa del dolor. La aplicación de calor en la articulación afectada también puede reducir el dolor. La onda corta y el ultrasonido son procedimientos costosos y no aumentan los beneficios que se consiguen con el ejercicio. Aún no hay evidencia suficiente como para avalar el uso de láser, la acupuntura, la estimulación transcutánea o la aplicación de campos electromagnéticos (magnetoterapia).

Tratamiento farmacológico

Se reserva para los pacientes en los que el resto de las medidas no logran disminuir los síntomas. El principal objetivo es disminuir el dolor y, debido a que la OA es una enfermedad crónica, el medicamento elegido debe ser seguro (menos efectos adversos) y accesible (económico, práctico, etc.). Lo ideal es el paracetamol. Los opiáceos se reservan sólo para los pacientes con una exacerbación aguda que no responden a dosis máximas de AINEs y se recomienda utilizarlos por períodos cortos de 1 ó 2 días. La capsaicina tópica demostró ser eficaz para disminuir el dolor en la OA de rodilla.

La infiltración intraarticular con corticoides se reserva para los pacientes con un componente inflamatorio asociado (líquido intraarticular) o en los casos en los que el dolor no calma con el tratamiento por vía oral. Su uso es limitado, no recomendándose más de tres infiltraciones por año. Los pacientes con artritis persistente, inestabilidad, mala alineación en las articulaciones que soportan peso, dolor o incapacidad severos y los que no responden al tratamiento deben evaluarse en conjunto con el ortopedista para decidir la necesidad de un tratamiento quirúrgico (prótesis total o artrodesis).

MANEJO DEL ATAQUE AGUDO DE GOTA

En el ataque agudo sólo se debe tratar el dolor y recién pasado éste debe evaluarse la indicación de un tratamiento crónico para disminuir la uricemia. El tratamiento de primera elección para calmar el dolor es con AINEs a dosis habituales. Luego de la respuesta inicial (suele ser rápida) se recomienda reducir la dosis a la mitad y continuar con el tratamiento hasta la remisión total del ataque (generalmente se produce a los 7 días).

Una alternativa para pacientes que no pueden recibir AINEs es la colchicina (no se utiliza como tratamiento de primera elección ya que su uso está limitado por la tasa de efectos adversos gastrointestinales y por el riesgo de intoxicación).

Los corticoides administrados por vía oral o intramuscular son una alternativa efectiva para los pacientes con dolor que no cede con los tratamientos anteriores o tienen contraindicado el uso de AINE o de colchicina. Puede indicarse prednisona en dosis de 20 a 40mg por día, por 7 a 10 días.

Profilaxis de los ataques agudos de gota

El tratamiento de elección para prevenir nuevos ataques de gota es la colchicina. Siempre debe intentarse este tratamiento antes de iniciar otras medidas farmacológicas para disminuir la uricemia ya que esta droga es efectiva para disminuir los ataques recurrentes de gota en un 94% de los casos. La dosis de colchicina es de 0.5 a 1mg por día. La droga es sólo efectiva si se mantienen uricemias bajas o normales. La duración del tratamiento no ha sido establecida, pero se recomienda continuarlo por 3 a 6 meses luego de haber normalizado la uricemia.

Corrección de la hiperuricemia

La hiperuricemia debe corregirse sólo en los pacientes con nefrolitiasis, con gota tofácea o crónica o en aquellos con ataques de gota recurrente sin respuesta a la colchicina profiláctica.

Manejo del paciente con hiperuricemia asintomática

No se recomienda el tratamiento con drogas. Es prudente determinar las causas de la hiperuricemia y tratarlas de ser posible (obesidad, consumo elevado de alcohol, consumo de fructosa, ejercicio prolongado, enfermedad renal, tiazidas, salicilatos a bajas dosis). La dieta contribuye sólo en un 10%, por lo que no se recomienda una dieta estricta en estos pacientes. Algunos autores sugieren disminuir la uricemia si los valores son mayores a 11mg%.

PATOLOGIA AGUDA DE LA VIA AEREA SUPERIOR

FARINGITIS AGUDA (FAG)

Tratamiento sintomático

Preparaciones de uso local (colutorios, caramelos), a base de anestésicos tópicos, antiinflamatorios y sustancias bacteriostáticas, que se utilizan para mitigar la sintomatología. Existen múltiples remedios caseros (leche caliente con miel, gárgaras con agua tibia y sal, etc.) y colutorios que son utilizados frecuentemente.

Tratamiento antibiótico para la FAG por *Estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA)*

Droga de primera elección: penicilina vía oral (*Penicilina V* o *fenoximetilpenicilina*). La dosis en los adultos es de 250.000 a 500.000 U cada 8 horas por 10 días y en los niños de 50.000 U/kg/día (no superar la dosis de los adultos) cada 8 horas por 10 días (los tratamientos de menos días son menos efectivos). En aquellos pacientes que no pueden recibir la medicación por vía oral puede utilizarse *Penicilina G benzatínica* por vía intramuscular. Para adultos una sola dosis de 1.200.000 U y para los niños una sola dosis de 50.000 U/kg (no superar la dosis de adultos).

Esquemas alternativos por vía oral para el tratamiento de la FAG por EBHGA: Amoxicilina: 750mg por día, una sola toma diaria, por 10 días (este esquema sólo está recomendado para los adultos); Amoxicilina/clavulánico: 500mg cada 8 horas por 10 días (adultos) y 40mg/kg/día cada 8 horas por 10 días (niños); Eritromicina: 500mg cada 6 horas por 10 días (adultos). Se recomienda tomarla con las comidas. Claritromicina: 250mg cada 12 horas por 10 días (adultos) y 7.5mg/kg/día cada 12 horas por 10 días (niños); Azitromicina: 500mg/día, una sola toma diaria, por 3 días (adultos) y 10mg/kg/día, una sola toma diaria, por 3 días (niños).

RESFRIO COMUN (RC)

Definición

Es un enfermedad aguda, epidémica, de origen viral y autolimitada en el tiempo (se cura sola). Se caracteriza por rinorrea y estornudos que pueden acompañarse de obstrucción nasal (congestión), astenia leve, fiebre (habitualmente menor a 38.3°C), mialgias, cefaleas, disfonía, tos seca y odinofagia.

Tratamiento

Es un una enfermedad viral autolimitada que no requiere tratamiento específico. Debemos educar al paciente, esperar y, eventualmente, indicar tratamiento sintomático (que es el que se menciona a continuación).

Tratamiento sintomático de elección en los niños: Indicar vapor 3 a 5 veces por día. Nunca indicar realizar el vapor con un olla con agua hirviendo ya que puede provocar serios accidentes.

Descongestivos nasales: producen vasoconstricción local a nivel de la mucosa respiratoria, disminuyendo la obstrucción nasal, la rinorrea y los estornudos. 1) Los descongestivos nasales locales tienen un comienzo de acción rápido pero causan congestión nasal de rebote, que puede persistir varias semanas después de suspendida la droga. Los descongestivos nasales locales de acción corta (pseudofedrina, nafazolina, fenilefrina) se usan cada 4 horas y no deben usarse por más de 3 días, mientras que los de acción larga (oximetazolina, xilometazolina) se usan cada 8 a 12 horas y no deben usarse por más de 7 días. Estas drogas nunca deben usarse en niños menores de 2 años; 2) Los descongestivos nasales orales tienen un comienzo de acción más lento. No producen congestión nasal de rebote, pudiéndose utilizar hasta que desaparezcan los síntomas. Se administran cada 8 a 12 horas y los más utilizados son la fenilefrina, la pseudofedrina y la fenilpropanolamina. Nunca deben usarse en niños menores de 2 años.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE): se utilizan para tratar la cefalea, las mialgias y la hipertermia asociadas al RC. Puede utilizarse paracetamol, aspirina, ibuprofeno o dipirona (para ver más datos referirse al capítulo de dolor).

Antitusivos: sólo se utilizan para tratar la tos seca, irritativa, no productiva. No deben usarse cuando la tos es productiva porque aumentan el riesgo de neumonía bacteriana. Los más efectivos son los derivados de la morfina: a) Dextrometorfano: se utiliza tres veces por día: dosis en adultos: 30mg/dosis (dosis máxima 120mg/día), niños de 2 a 6 años: 7.5mg/dosis y niños de 6 a 12 años: 15mg/dosis (dosis máxima: 60mg). No se recomienda usarlo en los menores de 2 años.

Vacunas: No se dispone actualmente de una vacuna que cubra la totalidad de los virus capaces de provocar RC. Cada tipo viral tiene varios serotipos y la infección no deja inmunidad cruzada. La vacuna polivalente para el virus Influenza tipo A (vacuna antigripal) cubre los serotipos virales más prevalentes de las epidemias de los años anteriores. Se aplica por vía intramuscular o subcutánea por lo menos 6 semanas antes del pico estacional.

Tratamientos que NO demostraron ser efectivos: antihistamínicos, expectorantes, antibióticos (sólo están indicados como profilaxis en los pacientes que sufren otitis media aguda recurrente. La presencia de rinorrea mucopurulenta no es indicación de antibioticoterapia), vitamina C, vacunas orales.

OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)

Manejo de la OMA

Existen controversias acerca de los beneficios del tratamiento antibiótico de la OMA (tanto en niños como en adultos). La mayoría de las asociaciones de la Argentina recomiendan el tratamiento con antibióticos (recomendación tipo C).

Tratamiento de elección: amoxicilina o trimetoprima-sulfametoxazol (TMS) por 10 días.

| Droga | Dosis adultos | Dosis niños |
|-------------|----------------------|--------------------------|
| Amoxicilina | 500mg c/8 horas | 40mg/kg/día, c/8 horas |
| TMS* | 160/800mg c/12 horas | 3-6mg/kg/día, c/12 horas |

Si el médico decide utilizar antibióticos en un paciente con OMA, y el paciente tiene buen estado general, no tiene factores de riesgo y existe la posibilidad de seguimiento estrecho, puede intentarse un tratamiento antibiótico de menor duración o de menos dosis diarias que los esquemas citados arriba.

Casos especiales: 1) en pacientes menores de 2 meses debe cubrirse a los gérmenes entéricos gramnegativos y 2) Si el paciente se encuentra en mal estado general, debe evaluarse la necesidad de indicar una timpanocentesis.

Antibióticos de segunda elección: tienen mayor espectro. Incluyen a las cefalosporinas de segunda y tercera generación (cefactor, ceftriaxona), macrólidos de segunda y tercera generación, amoxicilina/clavulánico, amoxicilina/sulbactam. Efectividad: similar a la amoxicilina o la TMS. Indicaciones: a) Pacientes inmunosuprimidos, b) Falla terapéutica a las 48-72 horas, c) Alta prevalencia documentada de gérmenes resistentes y d) OMA en pacientes con OMA recurrente que reciben profilaxis antibiótica.

| Droga | Dosis adultos | Dosis niños | Frecuencia |
|-----------------------------|---------------|----------------|---------------------------|
| Cefaclor | 500mg | 20-40mg/kg/día | cada 8 horas |
| Ceftriaxona | 500mg IM | 50mg/ kg IM | única dosis |
| Claritromicina* | 250mg | 7.5mg/kg/día | cada 12 horas |
| Azitromicina | 500mg | 10mg/kg/día | una única toma por 3 días |
| Amoxicilina / clavulánico** | 500mg | 40mg/kg/día | cada 8 horas |

*Los comprimidos de liberación sostenida pueden darse en una sola dosis diaria.

** (Se calcula por la trimetoprima y la amoxicilina)

Otitis media aguda recurrente: se la define como 3 episodios de OMA en 6 meses o 4 episodios en un año, con períodos libres de enfermedad entre cada episodio. Estos pacientes deben recibir profilaxis antibiótica con los mismos antibióticos que en la OMA (amoxicilina, TMS) pero con la mitad de la dosis diaria, administrada en una única toma nocturna durante 2 a 6 meses. Si un paciente que recibe profilaxis antibiótica desarrolla una OMA, debe recibir antibióticos de segunda línea y luego continuar la profilaxis con un antibiótico distinto al que venía utilizando.

SINUSITIS AGUDA (SA)

Definición: la SA es una enfermedad autolimitada de etiología infecciosa, principalmente bacteriana, que afecta la mucosa de una o más senos paranasales, con sintomatología menor a 3 semanas de duración. Se caracteriza por congestión nasal, cefalea, descarga nasal purulenta, dolor facial y la presencia o no de fiebre.

Predictores clínicos de SA: dolor en el maxilar superior, cambio de coloración en la descarga nasal, persistencia de síntomas pese a la utilización de descongestivos nasales, secreciones purulentas y transluminación positiva.

Tratamiento

Existen controversias en cuanto a los beneficios del tratamiento antibiótico de la SA. La gran mayoría de los estudios demuestran escasos o nulo beneficio de los antibióticos en la mejoría sintomática y en la disminución del período sintomático. La mayoría de los expertos y asociaciones científicas recomiendan el tratamiento con antibióticos de la SA tanto en los niños como en los adultos.

Manejo de adolescentes y adultos con sospecha de SA

Alta sospecha clínica de SA (más de 3 predictores clínicos): comenzar directamente con el tratamiento con antibióticos y no solicitar estudios complementarios para la confirmación diagnóstica.

Baja probabilidad de SA (uno o ningún predictor clínico): no solicitar estudios complementarios y no indicar tratamiento y buscar otro diagnóstico.

Probabilidades intermedias de SA (2 predictores clínicos): confirmar el diagnóstico con Rx de senos paranasales y aguardar los resultados para comenzar el tratamiento.

Manejo de los niños en los que se sospecha SA

Alta sospecha clínica: si el niño presenta a) Fiebre y descarga nasal mucopurulenta, su estado general es bueno y el cuadro persiste por más de 10 días o b) Fiebre muy alta con gran cantidad de rinorrea purulenta. En estos casos, se recomienda comenzar con el tratamiento antibiótico.

Sospecha intermedia o baja (niño con fiebre, descarga nasal mucopurulenta, buen estado general y no más de 10 días de evolución): se debe considerar que el paciente tiene un RC, se puede usar tratamiento sintomático, no se deben usar antibióticos y se debe controlar de cerca. Se recomienda tratar de confirmar el cuadro con Rx, teniendo en cuenta la edad del paciente en relación al grado de desarrollo de los senos paranasales.

Tratamiento sintomático: similar al del resfrío común.

Tratamiento antibiótico

Tratamiento antibiótico de primera elección: la trimetoprima/sulfametoxazol (TMS) por 7 a 10 días (a las mismas dosis que en la OMA) tanto para niños como adultos.

Tratamiento de segunda elección: se reserva para aquellos pacientes que no mejoran pasados 3 ó 4 días de comenzado el tratamiento. Estos son los mismos que los de segunda elección para la OMA.

Criterios de internación: a) Mal estado general, b) Inmunocompromiso y c) Sospecha de complicaciones intracraneanas.

PROBLEMAS DE LAS TIROIDES

1) NODULO TIROIDEO

- Nódulo palpable (habitualmente mayor de 1.5cm)

Se le realiza una punción biopsia por aspiración con aguja fina (permite establecer el diagnóstico en el 85% de los casos).

- Manejo de un NODULO BENIGNO MENOR DE 3cm

Solicitar TSH IRMA o T4 libre. Si no hay hipertiroidismo, el nódulo se considera NO TOXICO y el manejo es controvertido. Sugerimos las siguientes conductas: a) Mujeres premenopáusicas y hombres: puede observarse y controlarse con examen físico y ecográfico cada 6 meses (conducta expectante) o tratarse con T4 hasta lograr una TSH <0.1mU/ml durante 12 meses. Si el nódulo aumenta de tamaño: biopsiar u operar. Si el nódulo no cambia: seguir observando o suspender la T4 (si la recibía). Si el nódulo disminuye: seguir observando o suspender la T4, o bajar la dosis hasta lograr una TSH de 0.5 a 1mU/ml; b) Mujeres postmenopáusicas: observación por 6 a 12 meses. Si el nódulo no cambia o disminuye: seguir controlando. Si el nódulo aumenta de tamaño: indicar T4 hasta lograr una TSH de 0.1 a 0.5mU/ml por 12 meses y, si sigue aumentando, suspender la T4 y biopsiar u operar.

Dosis habitual de levotiroxina (T4) para el tratamiento de los nódulos: 100 a 150ug por día. Se considera que es una dosis supresiva cuando se lleva la TSH a valores bajos (0.1 a 0.5mU/ml).

- Manejo de un BOCIO MULTINODULAR NO TOXICO

No responden en general a la terapia hormonal. Pueden requerir cirugía si dan signos de compresión.

- Manejo de un NODULO TOXICO (hipertiroidismo, T3 en el límite superior de lo normal y que no responde a la supresión con T4, y nódulos mayores de 3cm, ya que tienen un alto riesgo de hacerse tóxicos)

Cirugía (en los ancianos puede considerarse la terapia con yodo radiactivo).

- Manejo de los quistes

Debe aspirarse el fluido. a) Si el fluido es claro, el resultado citológico es benigno y la masa desaparece, puede observarse y controlarse. Pero si el fluido vuelve a acumularse repetidamente debe considerarse la cirugía; b) Si el fluido es sanguinolento o el resultado citológico es maligno o sospechoso o queda una masa sólida o residual, debe operarse.

- Manejo de una masa tiroidea mayor o igual a 4cm

Cirugía.

2) HIPOTIROIDISMO

- Rastreo

Indicado de rutina en los neonatos. Se dosa TSH. En los adultos no está indicado.

- Tratamiento

La levotiroxina (T4) en una única dosis diaria es el tratamiento preferido. No se recomiendan otras preparaciones. Dosis inicial en los jóvenes: 100µg. Dosis inicial en los mayores de 50 años o en las personas con mayor riesgo de enfermedad coronaria silente o conocida: 25 a 50µg. Ancianos o pacientes con enfermedad coronaria establecida: 25µg. La dosis se aumenta cada 6 a 8 semanas en 25µg, hasta obtener el estado eutiroideo, valorado con una TSH normal (TSH IRMA 0.5 a 5mU/ml o TSH común < 7mU/ml). El rango de dosis es de 25 a 225µg/día. La dosis en los niños y en los adolescentes hasta los 15 años es de 4µg/kg/día, en los neonatos masculinos de 100 a 150µg/día y en los femeninos de 75 a 100µg/día. La duración del tratamiento es de por vida en la mayoría de los casos.

- Seguimiento

La TSH debe medirse después de 8 a 12 semanas del inicio del tratamiento y luego, cada 6 a 8 semanas hasta llegar a un valor normal de TSH. Cuando la TSH se normaliza se disminuyen las visitas médicas y el dosaje de TSH se realiza cada 6 meses a 1 año. Está recomendado realizar, al menos, una visita y un dosaje de TSH anual.

- Hipotiroidismo y embarazo

La T4 es una droga segura durante el embarazo. En las mujeres hipotiroideas que se embarazan debe dosarse la TSH en cada trimestre, siendo probable un aumento de los requerimientos de T4. Luego del parto, y en forma inmediata, debe volverse a la dosis previa al embarazo y dosar la TSH a las 6 a 8 semanas.

- Manejo de los pacientes con hipotiroidismo subclínico (oligosintomáticos con TSH alta y T4 y T3 normales)

El tratamiento es controvertido. Sugerimos la siguiente conducta: a) Pacientes con TSH<10mU/ml y anticuerpos negativos o con anticuerpos positivos y TSH normal: no hay que hacer nada; b) Pacientes con TSH<10mU/ml y anticuerpos positivos que son menores de 65 años o pacientes que han sido tratados con yodo radiactivo: seguimiento con TSH anual; c) Pacientes con TSH<10mU/ml y anticuerpos positivos que son mayores de 65 años o pacientes con TSH>10mU/ml: tratamiento con T4 como en el hipotiroidismo.

3) HIPERTIRODISMO

- Tratamiento

Como la enfermedad de Graves es la causa más común de hipertiroidismo, nos referiremos más extensamente a su tratamiento. Existen tres formas efectivas de tratamiento. El paciente debe conocerlas (beneficios, riesgos) y participar en la decisión.

a) Tratamiento médico

La droga de elección es el metimazol. Inhibe la biosíntesis de hormonas tiroideas. La dosis inicial es de 10 a 40mg (se comienza habitualmente con 10 ó 20mg), una vez al día. El tratamiento dura 6 meses a 2 años. El seguimiento es mensual con TSH IRMA y T4 libre. La dosis de metimazol se reduce cuando se observa eutiroidismo clínico y bioquímico y luego el seguimiento es trimestral (clínico y con T4). La dosis habitual de mantenimiento es de 5 a 10mg por día, y se alcanza en general a los 3 meses del inicio. No se recomienda solicitar análisis de laboratorio de rutina ya que la agranulocitosis se desarrolla rápidamente. Luego de la finalización del tratamiento, el seguimiento debe hacerse cada 4 a 6 semanas durante los primeros 3 a 4 meses, y luego se va aumentando el intervalo el primer año. Si el paciente se encuentra eutiroideo, el seguimiento es anual durante 2 a 3 años, y se aumenta el intervalo según la evolución.

La terapia combinada de metimazol con levotiroxina es muy utilizada actualmente por los endocrinólogos ya que es más cómoda (hacen falta menos ajustes de dosis).

b) Yodo¹³¹

Indicaciones: tratamiento inicial del hipertiroidismo, recidiva luego del tratamiento con metimazol, alergia o intolerancia a la medicación, adenoma tóxico, bocio multinodular tóxico, bocio tres veces mayor que el tamaño normal, sin síntomas de obstrucción. Es un tratamiento seguro, excepto en ancianos y enfermos coronarios. Seguimiento: al mes se observa mejoría clínica y la T4 disminuye a los 2 meses.

c) Cirugía

Indicaciones: bocio obstructivo u otra situación con síntomas compresivos, bocio que no responde al yodo, bocio grande y con nódulo concomitante con sospecha de malignidad, pacientes alérgicos a las drogas y que no desean yodo. La cirugía de elección en la enfermedad de Graves es la tiroidectomía subtotal modificada. Las complicaciones posibles son: hemorragia, hipoparatiroidismo, daño del laringeo recurrente, hipertiroidismo persistente o recurrente o hipotiroidismo.

Tratamiento sintomático

a) Beta bloqueantes. Indicaciones: alivio de los síntomas adrenérgicos como la taquicardia, el temblor, debilidad muscular y ansiedad mientras se espera que actúen el metimazol, el yodo radioactivo o en la preparación para la cirugía y en la tormenta tiroidea. La dosis habitual es de 20 a 40mg de propranolol cada 6 horas o de 50 a 100mg de atenolol en una única dosis diaria o la dosis necesaria para bajar la frecuencia cardíaca a 70 a 90 pulsaciones por minuto (ver más datos acerca de esta droga en Hipertensión arterial). Alternativa: b) Bloqueantes cálcicos o c) Corticoides.

4) TIROIDITIS SUBAGUDA

Tiroides dolorosa, eritematosa, generalmente luego de un cuadro viral de vías aéreas superiores en las semanas previas. Puede haber síntomas de hiper o de hipotiroidismo. La eritrosedimentación está aumentada. Se trata con aspirina a altas dosis y, si no ceden los síntomas, prednisona 20-40mg/día por 2 ó 3 semanas, y luego se va bajando la dosis.

PROBLEMAS FRECUENTES EN COLOPROCTOLOGIA

Principales diagnósticos diferenciales de los problemas anorrectales

| PROBLEMA | DIAGNOSTICO DIFERENCIAL |
|------------------------------------|---|
| Dolor o disconfort anal o perineal | Hemorroides, fisura anal, fístula, absceso perineal, quiste pilonidal infectado o no, cáncer de ano, infecciones dermatológicas. |
| Disconfort rectal | Rectitis, absceso perirrectal, bolo fecal, rectocele, lesiones elevadas del recto, lesiones retrorrectales, lesiones vésico–prostáticas, enfermedad diverticular o tumores rectosigmoideos, proctalgia fúgax. |
| Prurito anal | Exceso de humedad, parasitosis intestinales, eccema, diabetes, agentes tópicos irritantes, fisura, cáncer de conducto anal o margen de ano, neurodermatitis, infecciones. |
| Incontinencia | Antecedente de cirugía rectal, enfermedades neurológicas, enfermedad perianal, bolo fecal, antecedentes obstétricos. |

HEMORROIDES

Clasificación:

I) permanecen dentro del conducto anal
II) se exteriorizan luego de la evacuación y se reintroducen espontáneamente
III) requiere procedimientos manuales para su reintroducción
IV) permanecen permanentemente fuera del conducto anal

Tratamiento

Luego del diagnóstico diferencial. Sólo es necesario tratar las hemorroides que provoquen molestias al paciente. En la mayoría de los casos no es necesaria la remoción de las hemorroides.

Medidas locales para alivio sintomático: a) Baños de asiento: agua tibia con malva o antisépticos, 3 a 4 veces por día 10 minutos cada vez; b) Corticoides locales o anestésicos tópicos: supositorios y/o cremas con hidrocortisona al 1%-2.5%. Se recomienda utilizar pramoxina como anestésico local y evitar la benzocaína y la lidocaína porque son muy sensibilizantes. Evitar los corticoides fluorados, no utilizar más de 10 días por el riesgo de micosis perianal, c) Cambios de la dieta: aumentar el volumen y ablandar la materia fecal, aumentando el contenido en fibras de la dieta o con laxantes de volumen (ver constipación). Recordar que los laxantes irritantes deben evitarse, d) Tratamiento médico: antiinflamatorios.

Educación para prevenir la recurrencia de los síntomas: aumentar el contenido en fibras de la dieta, tomarse el tiempo necesario para evacuar el intestino, evitar el uso de laxantes irritantes, comenzar con baños de asiento al primer indicio de recurrencia, higienizar la zona anal y perianal sin frotar vigorosamente sólo con agua tibia con un secado prolijo.

Indicaciones quirúrgicas: ante el fracaso del tratamiento médico. Sólo para hemorroides de primer y segundo grado, pueden considerarse los procedimientos alternativos, los más efectivos son la ligadura elástica y la fotocoagulación, en menor medida la criocirugía. El tratamiento quirúrgico, se indica para hemorroides de segundo a cuarto grado.

Manejo de la fluxión hemorroidal (dolor).

Reposo horizontal, control de la constipación, baños de asiento, higiene local, antiinflamatorios. Debe valorarse la opción quirúrgica ante la aparición de placas de necrosis o fracaso del tratamiento médico luego de 48 horas.

Manejo de la trombosis hemorroidal

Mantenerse recostado, analgésicos-antiinflamatorios, control de la constipación y medidas higiénicas locales. Cabe esperar le mejoría sintomática en 3 días, la desaparición del trombo puede demorar 20 a 30 días. Tienen indicación quirúrgica, los trombos de gran tamaño y el fracaso del tratamiento médico en la sintomatología dolorosa

FISURA ANAL

Las fisuras anales se manifiestan con dolor, sangrado menor, constipación e irritación. La inspección de la zona y el tacto rectal que muestra un esfínter hipertónico, suele bastar para el diagnóstico. El absceso anal, tiene esfínter normotónico o hipotónico.

Tratamiento

En principio, es conservador: baños de asiento tibios, ablandar y dar volumen a la materia fecal con laxantes de volumen (fibras, salvado), uso de analgésicos tópicos (con precaución porque pueden sensibilizar la piel) o sistémicos (pacientes con mucho dolor que no cede con las medidas locales). Si se requieren opiáceos hay que reforzar las medidas para evitar la constipación. No se recomienda usar supositorios. Antiinflamatorios. Una opción para el manejo de la fisura anal crónica es el uso de lctiol o nitroglicerina tópica al 0.2%: funciona como un relajante del esfínter anal externo. La eficacia es >60%. Se coloca 1cm² de crema en la región perianal, 3 veces por día (es mejor aplicarla antes de evacuar así el esfínter se encuentra relajado). Las cremas con nitroglicerina tópica aún no están a la venta en nuestro país y hay que mandarlas a preparar.

Tratamiento quirúrgico: deben derivarse al especialista los pacientes cuyos síntomas no resuelven en un mes o los que presentan intenso dolor desde el comienzo.

ABSCESO PERIANAL Y FISTULAS

Los abscesos perianales son la complicación aguda de la infección de las glándulas anales. La propagación vertical y distal desde el conducto anal es la más frecuente. Los síntomas habituales son el dolor anal y el disconfort rectal sumados a la presencia de una masa evidente o descubierta por el tacto rectal. Las fistulas son la consecuencia evolutiva del absceso anal. La queja principal de los pacientes es el drenaje de secreción persistente o recurrentemente.

Tratamiento: es siempre quirúrgico.

PRURITO ANAL

El 25% de los casos está relacionado con una patología anorrectal (fisuras, fistulas, hemorroides o papilomas). Otro 25% se relaciona con dermatopatías (psoriasis, liquen plano o candidiasis). En este grupo de etiologías incluimos los oxiurios. En el 50% de los casos el prurito anal es de causa idiopática.

Tratamiento

Habiendo descartado diabetes, dermatopatías y hemorroides, se iniciará tratamiento empírico de la oxiuriasis: la droga de elección es el pamoato de pirantel, 11mg/kg, en una dosis única, sin exceder el gramo. Forma práctica en adultos: 3 comprimidos juntos, en niños menores de 8 años: ½ frasco (5 ml) de suspensión y en niños de 8 a 15 años: 1 frasco entero.

Otros fármacos: pamoato de pirvinio. Forma práctica en adultos y niños mayores de 8 años: 4 comprimidos o un frasco de jarabe, en los menores: medio frasco. Mebendazol en dosis única de 100mg en adultos. Los niños deben recibir 5ml de suspensión (una cucharadita). Contraindicación: embarazo.

Los antioxiurios son casi 100% efectivos y el alivio de los síntomas se logra en 2 días. Debe recomendarse la higiene de las manos luego de evacuar el intestino y antes de comer. El día en que se realiza el tratamiento es aconsejable lavar la ropa de cama y la ropa personal con detergente y agua caliente. Es necesario el tratamiento de todos los convivientes debido a la ruta fecal-oral de infestación. Esta causa de prurito anal es poco probable en los adultos, pero el tratamiento es prácticamente inocuo y puede curar el prurito.

Utilizar medidas que actúan interrumpiendo el círculo vicioso y permitiendo la cicatrización de la piel dañada: mantener la región anal limpia lavándola luego de defecar, evitar jabones medicinales y talcos perfumados que pueden sensibilizar la piel, secar la región suavemente y sin frotarla, es aconsejable el uso de papeles humedecidos para bebés, evitar la ropa interior de fibras sintéticas ya que mantienen la zona húmeda, evitar las comidas muy condimentadas o picantes, usar guantes de algodón para dormir con el fin de reducir el daño por el rascado inconsciente, pueden indicarse lociones tópicas con calamina. Los corticoides locales deben usarse por períodos breves para evitar la atrofia cutánea.

CONDUCTA ANTE EL PACIENTE CON PROCTORRAGIA

La mayoría de los pacientes que consultan por proctorragia en el consultorio, no han tenido una pérdida hemática severa y tienen signos vitales normales. Una vez descartada la gravedad del caso, se debe proceder a la evaluación del sitio y de la causa del sangrado. Si el paciente es joven (menor de 50 años), no tiene antecedentes personales de pólipos colónicos o familiares de cáncer colorrectal y la causa del sangrado es obvia (se evidencia por el examen físico, como en el caso de las hemorroides o de la fisura), no es necesario realizar otros estudios complementarios. El manejo será sintomático. Si el paciente es joven pero la causa de sangrado no se evidencia por el examen físico, deberá estudiarse hasta encontrar la causa de sangrado. Todos los pacientes mayores de 50 años con proctorragia deben ser estudiados con lo que llamaremos evaluación completa del colon: a) RSC + colon por enema o b) fibrocolonoscopia, siendo preferible la segunda. Los pacientes mayores de 50 años con proctorragia, que refieren antecedentes de hemorroides o a los que se les encuentra patología anorrectal banal deben ser igualmente estudiados con la evaluación completa ya que en casi la mitad de ellos se encuentra otra causa responsable del sangrado.

CANCER COLORRECTAL

Rastreo

VER PROGRAMA DE CONTROL DE LA PERSONA SANA

Tratamiento

Siempre quirúrgico. En el cáncer de colon, la quimioterapia adyuvante es útil en el estadio 3. La evidencia de su eficacia es menos concluyente en el estadio 2 y el rol de la radioterapia aún no está clara. Todos los pacientes con cáncer de recto (en cualquier estadio) parecen beneficiarse con la radioterapia y quimioterapia preoperatoria y los pacientes con estadios 2 y 3 de alto riesgo (T3, T4, obstruidos o perforados) se benefician, además, con la terapia adyuvante combinada (cirugía más quimioterapia más radioterapia).

Seguimiento

Examen físico, hemograma, FAL, antígeno carcinoembrionario (CEA), ecografía hepática y radiografía de tórax un mes luego de la cirugía curativa. En los pacientes asintomáticos, el seguimiento se debe realizar cada 6 meses. La colonoscopia debe realizarse a los 6 meses, con resultado negativo, repetir cada 2 años para la detección de cánceres o pólipos metacrónicos. La conducta a seguir depende de los hallazgos (pólipos, nuevo tumor o mucosa normal). La determinación del CEA debe hacerse cada 6 meses los dos primeros años. Si en la determinación preoperatoria estaba elevado, debe confirmarse su descenso 2 a 4 semanas luego de la misma. Si el CEA aumenta 30% o más por mes del nivel postoperatorio, debe investigarse la recurrencia o metástasis. No hay aún buena evidencia que el monitoreo con CEA salve vidas. En el seguimiento hay que estar alerta a los síntomas abdominales, de anemia o pérdida de peso.

PROBLEMAS FRECUENTES EN GERIATRIA

ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP)

Definición

La EP se caracteriza por temblor, rigidez, bradiquinesia e inestabilidad postural. Otras manifestaciones clínicas de la enfermedad son: incoordinación, micrografía, disartria, disfagia, visión alterada, deterioro de la mirada hacia arriba, blefaroespasmos, reflejo glabellar, pérdida del olfato, facies amímica, seborrea, constipación, deformidad de manos y pies, distonías, cifoescoliosis, dolor y síntomas sensoriales, urgencia miccional, disminución de la libido, disfunción sexual eréctil, congelamiento, depresión y demencia.

Diagnóstico: 1) Presencia durante un año o más de dos de los tres síntomas cardinales motores (temblor, rigidez y bradiquinesia). La inestabilidad postural no se incluye porque aparece tardíamente en la EP y 2) Respuesta al tratamiento con levodopa (hasta 1 gramo por día durante al menos un mes) con un grado de mejoría de moderado a marcado. La duración de la mejoría debe ser de un año o más.

La importancia del diagnóstico temprano de la EP es controvertida. Hay estudios que sugieren que el comienzo del tratamiento con levodopa en los primeros tres años del comienzo de la EP disminuye la mortalidad por esta enfermedad. Por otro lado, otros especialistas sugieren que es mejor retardar el comienzo de la levodopa (hasta tres años) para que los efectos adversos de la misma aparezcan más tardíamente. La levodopa mejora funcionalmente a estos pacientes por lo que, en general, una vez hecho el diagnóstico no se retarda el comienzo de la droga a baja dosis.

Manejo del paciente con EP

El tratamiento de la EP se basa en tres aspectos principales: la rehabilitación, el tratamiento farmacológico y el apoyo psicosocial.

1) Rehabilitación: en los estadios tempranos, los ejercicios de elongación y la estimulación neurosensorial suelen ser el primer peldaño del tratamiento preventivo y a veces también terapéutico. También es importante educar al paciente y a sus cuidadores sobre las actividades físicas que deberán realizar para mejorar los síntomas y retrasar la progresión de las discapacidades. Las estrategias de rehabilitación no farmacológicas juegan un rol importante.

2) Tratamiento farmacológico: los principales determinantes para decidir cuándo iniciar el tratamiento y con qué droga comenzar son la capacidad funcional del paciente y la extensión de la discapacidad. El tratamiento con drogas antiparkinsonianas es el primer método de control de los síntomas. Las drogas actúan reemplazando o manteniendo la dopamina del cerebro o estimulando los receptores.

a) Levodopa

Indicación: es la droga de primera elección para la EP, aunque no necesariamente la primera en usarse. El comienzo temprano de la levodopa (primeros tres años) disminuye la mortalidad de los enfermos de Parkinson y mejora mucho la calidad de vida. La controversia de comenzar inmediatamente con levodopa es por el efecto de acumulación que tiene esta droga.

Eficacia: es eficaz para el control del temblor, la rigidez y la bradiquinesia.

Dosis: los pacientes que comenzaban con dosis altas desarrollaban rápidamente los efectos adversos más incapacitantes, por eso, se recomienda comenzar con dosis bajas (200 a 400 mg/día) divididas en varias tomas para que la absorción de la droga sea lo más homogénea posible (1/4 comprimido cada 6 horas). Si el paciente responde bien, puede continuar así hasta que clínicamente haya que aumentar la medicación, o agregar otra. De esta manera, se retarda la aparición de fluctuaciones del tratamiento y los fenómenos de pico de dosis. Además, este esquema retrasa el período de mayor discapacidad funcional.

b) Anticolinérgicos

Los más utilizados son el trihexifenidilo y el biperideno. Se los indica para el temblor y la rigidez. En los casos en que el síntoma más importante es el temblor, se recomienda comenzar con anticolinérgicos hasta que la rigidez o la bradiquinesia se hagan más pronunciadas y se deba comenzar con levodopa. Dosis: iniciar dosis bajas, y aumentar gradualmente hasta que ocurra el beneficio, o hasta que aparezcan efectos adversos. Para el trihexifenidilo, la dosis es de 5 a 10mg/día (máxima 20mg/día). Comenzar con 5mg, dividido en dos tomas diarias (por ejemplo, medio comprimido de 5mg cada 12 horas). La dosis del biperideno es de 2 a 12mg/día. Si es inefectiva se suspende lentamente.

c) Antihistamínicos

El más utilizado es la difenhidramina. Indicaciones: temblor y rigidez. Efectos adversos: boca seca, confusión y letargo. Dosis: 25 a 50mg por día, puede aumentarse hasta 100mg. En los ancianos, el jarabe es más fácil de usar.

d) Agonistas dopaminérgicos

Los más utilizados son la bromocriptina y la pergolida. Indicaciones: se puede utilizar antes del inicio de levodopa, o una vez iniciada, para retrasar el uso de dosis más altas. Su asociación ayuda a una menor incidencia de disquinesias y fluctuaciones. Dosis: para bromocriptina la dosis inicial es de 1.25mg cada 12 horas. Luego se aumenta 2.5mg cada 2 semanas hasta el beneficio o la aparición de efectos adversos. La dosis de mantenimiento es de 10 a 30mg/día. La dosis inicial de pergolida es de 0.05mg por día, durante dos días. Luego se aumenta 0.10 a 0.15mg cada tres días, hasta obtener resultado óptimo. La dosis media se ubica en 3mg por día.

e) Tolcapone

Es un potente inhibidor selectivo de la catecolmetiltransferasa que, al administrarlo junto con levodopa, mantiene la concentración de la misma más estable y hace que se requiera menos dosis. Dosis: 1 comprimido de 100g, tres veces al día, por vía oral. La primera dosis se toma junto con la levodopa y las otras dos a las 6 y 12 horas después.

f) L- Deprenyl o Selegilina: fue retirada del mercado ya que existe evidencia que aumenta la mortalidad al combinarse con levodopa sin conferir beneficios clínicos.

Otras drogas como la idebenona, el bifemelano y las vitaminas no han mostrado efectos beneficiosos en el tratamiento de la enfermedad. Las benzodiacepinas deben usarse con cautela y sólo por períodos breves.

En el paciente sintomático se aconseja comenzar con levodopa a dosis bajas más un agonista dopaminérgico o tolcapone, para retardar la aparición de la discapacidad y los efectos adversos importantes (pico de dosis, fluctuaciones), además de disminuir la mortalidad a largo plazo. El manejo farmacológico de la EP es, en gran medida, artesanal, y exige cierta experiencia clínica. Es recomendable que el médico de familia maneje a los pacientes con EP en forma conjunta con el neurólogo. Es importante que el médico de familia conozca el tratamiento para no perder contacto con el paciente y así poder ayudarlo en áreas tan importantes como la depresión asociada a la enfermedad, el consejo a la familia y el seguimiento horizontal.

INCONTINENCIA DE ORINA (IO)

Las IO transitoria aparecen en forma súbita y se debe a una causa fácilmente corregible. El tratamiento depende de la causa: si es secundaria a una infección urinaria, se trata con antibióticos; si es por una vaginitis atrófica, se trata con óvulos de estrógenos (la falta de los mismos suele producir ardor y molestias que producen incontinencia); si es por un bolo fecal, se evacua, y si es secundaria a un fármaco (diuréticos) se intenta cambiarlo por otro medicamento. Las IO permanente: en general son más difíciles de solucionar que las IO transitorias.

Tipos

IO de urgencia (IOU): el paciente no logra llegar al baño cuando siente deseos de orinar. El volumen de orina es de moderado a importante, y el residuo post miccional es pequeño.

Medidas no farmacológicas: 1) Orinar a intervalos cortos (cada 2 horas); 2) Colocar un orinal debajo de la cama.

Medidas farmacológicas: se puede reforzar la inhibición cerebral del detrusor, "planchar" el músculo, o ambas si el paciente está muy sintomático o no responde a una sola droga.

Imipramina o amitriptilina: actúan reforzando la inhibición de los núcleos pontinos cerebrales sobre el detrusor. Dosis: 10 a 25mg por día (bajas dosis) en una sola toma diaria por la noche. Para más datos ver capítulo de ansiedad y depresión.

Oxibutinina: es una amina terciaria que inhibe la acción de la acetilcolina en los puntos colinérgicos postganglionares aumentando la capacidad vesical y retrasando el deseo inicial de orinar al reducir el número de impulsos motores que llegan al músculo. No bloquea los efectos de la acetilcolina en las uniones neuromusculares esqueléticas ni en los ganglios autonómicos. La dosis diaria es de 2.5 a 20mg. Se puede indicar en dos tomas diarias, aunque es preferible una sola toma por la noche (por el efecto sedante). La elección de la droga depende de las características del paciente (intentándose aprovechar otras utilidades de las drogas). Si, por ejemplo, el paciente tiene insomnio o fibromialgia aprovechamos la amitriptilina o la imipramina. Si su estado funcional no es bueno, se prefiere la oxibutinina para evitar la hipotensión ortostática de los tricíclicos que podrían aumentar las caídas.

IO de esfuerzo (IOE): es la pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos. El residuo post miccional es pequeño. Este tipo de incontinencia está relacionado con la presencia de prolapso uterino y el tratamiento depende del grado de laxitud del diafragma urogenital (grado o gravedad del prolapso útero vaginal). Si es grave, el tratamiento es quirúrgico mientras que los casos más leves responden bien a las siguientes medidas.

Ejercicios perineales (Kegel): sirven para fortalecer los músculos pelvianos. Son sencillos pero es importante realizarlos en forma repetida y bajo control del kinesiólogo (al menos hasta aprender a realizarlos bien). Consisten en contracciones abdominales que refuerzan el diafragma urogenital y el esfínter uretral (al orinar cortar varias veces el chorro y retener). Esta contracción debe ser sostenida durante 10 segundos, soltar otros diez, y volver a contraer. Así repetir 3 series de 10 contracciones por la mañana, tarde y noche. Como al principio no es fácil mantener tanto tiempo se recomienda comenzar con contracciones de 3 segundos luego 5 hasta llegar a mantener 10. Logran revertir la IOE en el 70% de las mujeres que no tenían indicación de cirugía. Si se obtienen resultados positivos se deben mantener los ejercicios por tiempo indefinido, aunque con menor intensidad (por ejemplo 3 series una sola vez al día).

Estrógenos locales (acetato de hidroxiestrona) sólo sirven para la atrofia vaginal. Indicaciones: sirve para tratar la IO transitoria que se produce por la atrofia del epitelio uretral. Aunque no cura la incontinencia permanente, puede mejorar la atrofia y la IOE. Dosis: un óvulo por noche durante 10 días, y luego tres veces por semana.

Fenilpropanolamina: fortifica el esfínter vesical. La dosis es de 50 a 100mg por día, divididas en dos tomas diarias.

Imipramina: igual que para IOU, pero la dosis puede ser mayor (10 a 100mg/día).

IO por rebosamiento (IOREBO): se debe generalmente a la obstrucción del tracto de salida vesical por hiperplasia prostática benigna (HPB). Se caracteriza por presentar pérdida de orina en forma constante y en pequeñas cantidades. El residuo post miccional está aumentado y esto puede acarrear trastornos como hidronefrosis y posterior insuficiencia renal. El tratamiento depende de la causa que la origina y, en general, es de resorte del especialista. En el caso de la obstrucción por HPB (ver tratamiento de HPB). En el caso de la disminución de la contracción por atonía del detrusor, el tratamiento debe hacerse con α antagonistas o β agonistas (betanecol) que producen mejoría en estos casos.

PROFILAXIS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Profilaxis de trombosis venosa profunda (TVP)

Indicaciones: todos los pacientes mayores de 40 años que son operados de una cirugía ortopédica de los miembros inferiores, o de una cirugía pelviana, o de una cirugía tumoral en el abdomen, y que la anestesia dure más de 30 minutos, corresponden al grupo de alto riesgo de complicaciones trombóticas postquirúrgicas (TVP/TEP) y deben recibir profilaxis pre y postquirúrgica.

Los pacientes mayores de 40 años, operados de cualquier otra cirugía que las mencionadas, que duren más de 30 minutos, y que tengan factores de riesgo como obesidad, inmovilización prolongada, cáncer, venas varicosas, estrogénoterapia o parálisis, corresponden al grupo de riesgo moderado y la decisión de hacer profilaxis dependerá del juicio clínico.

Esquemas terapéuticos para la profilaxis de TVP/TEP

a) Método con heparina de bajo peso molecular

Indicamos un esquema con nadroparina aplicada en inyecciones subcutáneas. En los pacientes de alto riesgo debe indicarse una inyección 12 horas antes de la cirugía ortopédica o 2 horas antes de la cirugía general, y luego otra inyección a las 12 horas de terminada la cirugía, otra a las 24 horas de terminada la cirugía, y luego se continúa con una inyección diaria, durante todo el período de riesgo (habitualmente 10 días y nunca menos de 7 días), o hasta tanto se establezca la deambulación activa del paciente. La dosis depende del peso del paciente. Para pacientes de 51 a 70kg, se utilizan inyecciones de 0.3ml (7.500 UI) en el preoperatorio y hasta el tercer día, y de 0.4ml a partir del cuarto día. Para los pacientes que pesan menos de 51kg, se utilizan 0.2ml y 0.3ml respectivamente y para aquellos que pesan más de 70kg se utilizan 0.4ml y 0.6ml respectivamente. En los pacientes de riesgo moderado puede simplificarse el esquema indicando 7.500 UI por día.

Las ventajas de la heparina de bajo peso molecular, comparándola con la heparina sódica, es que demostró ser más efectiva para disminuir el riesgo relativo de TVP/TEP y que no requiere monitoreo de KPTT. La principal desventaja es que es mucho más cara.

b) Método con heparina sódica.

Es menos efectivo que el método anterior, más barato y requiere control con KPTT (hay que llevarlo a 1.5 del valor basal). La dosis recomendada es comenzar con 5.000 UI, 2 horas antes de la cirugía y luego continuar cada 12 horas hasta la deambulación del paciente.

SINCOPE

La causa más frecuente de síncope en la población general es el síncope vasovagal o neurocardiogénico (NCG). El primer paso luego del diagnóstico de un síncope es diferenciar las causas cardíacas de las no cardíacas. La mayor edad, cardiopatía subyacente y el traumatismo asociado son factores de peor pronóstico. Si se sospecha una causa cardíaca de síncope, o si ha habido un síncope luego de un traumatismo importante, debe indicarse la internación.

Manejo del síncope vasovagal

Un único episodio de síncope vasovagal no requiere ningún tratamiento. Se pueden proponer medidas no farmacológicas, como el aumento de la ingesta de sal, el uso de medias elásticas y evitar situaciones desencadenantes como el ayuno y la bipedestación prolongada.

Manejo de la recurrencia de síncope vasovagal

Las drogas de elección en los pacientes con síncope previamente inexplicado y tilt test positivo (síncope vasovagal) son los beta bloqueantes: atenolol 25 a 100mg por día, o propranolol 40 a 240mg por día (ver más datos acerca de estas drogas en Hipertensión arterial). Otros agentes posibles son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la fluoxetina, la paroxetina (20mg por día) y la sertralina. El etiladrianol no mostró ser efectivo.

Manejo del síncope por hipotensión ortostática

No levantarse bruscamente de la cama, usar medias elásticas, evitar estar mucho tiempo parado, contraer los gemelos para aumentar el retorno venoso, revisar el uso de drogas depresoras de volumen y vasodilatadores, tratar la patología subyacente (diabetes, alcoholismo, Parkinson, drogas, etc.). Si es necesario: indicar fludrocortisona (0.1 a 1mg por día).

Manejo del síncope de causa cardíaca

Se indica un marcapaso para los bloqueos auriculoventriculares de alto grado, las bradicardias severas y, en raras ocasiones, los síncope de origen vasovagal con pausas sinusales prolongadas.

TABAQUISMO

Tratamiento

El consejo médico breve ha demostrado ser una intervención altamente costo efectiva para los adultos fumadores. Su costo es bajo y su eficacia cercana al 5%, su mayor inconveniente es que los médicos no hablan del tema con sus pacientes.

Determinar fecha para dejar de fumar (lapso que conviene no sea mayor a dos semanas después de la fecha de la consulta). Entre la consulta y el día elegido, el médico sugiere realizar las siguientes conductas: 1) No tener cigarrillos en la casa ni en el automóvil, 2) Evitar el cigarrillo en circunstancias de mayor estrés, 3) Salir a caminar si tiene urgencia de fumar, 4) Prepararse para un tiempo de tensión, 5) No fumar en ciertos lugares (casa, auto, trabajo), 6) Posponer algunos cigarrillos durante 15 minutos, 7) Comprar sólo un paquete por vez, 8) Escribir después de cada cigarrillo la hora y la causa que lo llevó a fumarlo, 9) Cambiar de marca cada vez que fume, 10) Fumar marcas con menos nicotina, 11) Fumar con la mano opuesta, 12) Lavarse los dientes antes de fumar, 13) Sacar los ceniceros y encendedores de la casa, 14) Disminuir por unos días el alcohol y el café, 15) Evitar por unos días las amistades que fumen, 16) Usar técnicas de relajación si conoce alguna.

Tratamiento farmacológico: puede ser de dos tipos: a) Sustitutos de nicotina y b) Bupropion. La mayor efectividad es usando ambas drogas (de 16.4% a 35.5%).

a) Sustitutos de nicotina

Ofrecen una concentración de nicotina en sangre inferior a la aportada por los cigarrillos, pero suficiente como para controlar alguno de los síntomas de abstinencia. Logran aumentar la tasa de dejadores entre un 5 y un 30%. Se presentan en forma de chicles o parches transdérmicos. Se deben iniciar el día que el paciente eligió para dejar de fumar. La única contraindicación es que el paciente los use y siga fumando.

Chicles: los chicles deben masticarse lentamente para no liberar toda la nicotina de golpe, y pueden utilizarse cada vez que el paciente tiene ganas de fumar. Tiempo recomendado de sustitución: de 2 a 3 meses.

Parches: se utiliza un parche por día y se cambia todos los días. Se lo coloca sobre la piel del torso, abdomen, muslo, hombro o glúteos (conviene rotar el sitio). El paciente siempre tiene que tener un parche puesto. Se sugiere utilizar parches de 30cm² (contienen 52.5mg de nicotina) en los que fuman más de 20 cigarrillos por día, de 20cm² (35mg de nicotina) en los fumadores de 10 a 20 cigarrillos por día y de 10cm² (17.5mg de nicotina) en los fumadores de menos de 10 cigarrillos/día. Tiempo recomendado de tratamiento: de dos a tres meses.

b) Bupropion

Es un antidepresivo que parecería inhibir un centro cerebral relacionado con la adicción y que demostró mejorar las tasas de abstinencia al tabaco. Eficacia: logra aumentar al doble la tasa de dejadores.

Dosificación: se comienza una semana antes de la fecha específica para dejar de fumar con una dosis de 150mg por día en una única toma diaria que se mantiene durante 8 semanas posteriores a la misma (9 semanas de tratamiento total). Si el paciente es muy adicto, luego de tres días de usar 150mg, puede aumentarse la dosis a 300mg por día.

Seguimiento

Es recomendable citar al paciente para evaluar la evolución en 3 ó 4 entrevistas programadas y para controlar que no reemplace el tabaco por otra adicción (la más habitual es la comida por lo que se recomienda fortalecer la recomendación de la actividad física y de la dieta).

TUBERCULOSIS (TBC)

Vacunación

Debido a la falta de eficacia de la BCG en la prevención de la enfermedad en los adultos, en la Argentina se ha eliminado la dosis de refuerzo de los 16 años del calendario obligatorio de vacunación.

Es muy controvertido el uso de BCG en personas con alto riesgo de infección (trabajadores de la salud) con PPD negativa. Los estudios sugieren que la conducta más adecuada es realizar un seguimiento anual de esta población para identificar si hay viraje tuberculínico y, eventualmente, ofrecer quimioprofilaxis una vez descartada la enfermedad, ya que el uso de BCG (que desencadena reactividad a la tuberculina) podría interferir en la detección de una infección reciente por M. Tuberculosis.

Rastreo: Prueba de la tuberculina (PPD)

La población con indicación de rastreo con PPD es aquella que se beneficia con la detección precoz de la enfermedad. En ella se incluyen: 1) individuos positivos para HIV (debe hacerse precozmente para poder iniciar profilaxis en los positivos), 2) contactos cercanos de casos de TBC bacilíferos confirmados, 3) pacientes con RX TX sugestiva de lesión por TBC, 4) utilizadores de drogas intravenosas, 5) pacientes institucionalizados (ante PPD negativa, se recomienda prueba en dos pasos), 6) población carcelaria, 7) trabajadores de la salud y 8) niños menores de 4 años que no recibieron BCG.

La PPD se considera positiva si:

La induración mide entre 5 y 10mm en niños con sospecha de TBC por hallazgos clínicos y radiológicos compatibles con TBC activa o previa; en niños o adultos en estrecho contacto con personas con TBC confirmada; en niños o adultos con alguna condición inmunosupresora (positividad para HIV, alteración de la inmunidad celular, etc.) y en adultos con hallazgos radiológicos sugestivos de TBC.

La induración mide entre 10 y 15mm en niños menores de 4 años, en niños expuestos a adultos de alto riesgo (infectados por HIV, adictos a drogas intravenosas, etc.), en niños con enfermedades crónicas (enfermedad de Hodgkin, insuficiencia renal crónica, etc.) y en población general que vive en regiones de alta incidencia o prevalencia de TBC (por ejemplo, Argentina).

La induración es mayor a 15mm en cualquier niño mayor de 4 años sin otro factor de riesgo o en poblaciones de baja incidencia de TBC sin mayor riesgo identificable.

Quimioprofilaxis

La quimioprofilaxis con isoniazida (INZ) durante 6 meses en pacientes con PPD positiva y RX TX sugestiva de lesión inicial, reduce la progresión a TBC activa en un 70% a los 5 años en quienes cumplen al menos con un 80% de las dosis profilácticas.

En la Argentina se recomienda la quimioprofilaxis a individuos con PPD positiva si: 1) son contactos convivientes de un caso confirmado y se descarta enfermedad activa, 2) son pacientes HIV positivos, 3) son personas que reciben tratamiento inmunosupresor prolongado o padecen alguna condición crónica que induzca inmunosupresión.

La quimioprofilaxis se realiza con 300mg de isoniazida por día durante 6 meses siempre y cuando se haya descartado TBC activa (enfermedad) por medio de una RX TX y, eventualmente, esputos seriados

Los pacientes mayores de 35 años que reciben quimioprofilaxis con INZ deben monitorearse mediante hepatograma basal (previo al tratamiento) y control de transaminasas hepáticas cada 1 ó 2 meses. Es necesario suspender la droga si las transaminasas triplican el valor basal o quintuplican los valores normales.

Tratamiento del paciente con TBC

El esquema básico para el tratamiento de la TBC debe incluir una combinación de 4 drogas: isoniazida (INZ), rifampicina (RMP), pirazinamida (PZN) y etambutol (ET) o estreptomina (EM) ya que el bacilo tiene la capacidad de desarrollar resistencia cuando se utiliza un régimen insuficiente. El esquema de 4 drogas ha demostrado ser muy efectivo, aún en los casos de resistencia a la INZ.

El tratamiento antituberculoso consta de dos fases: la de inicio o intensiva y la de consolidación. Siempre que sea posible, la fase de inicio debe incluir el uso de INZ y RMP. Los tratamientos cortos (6 meses) que utilizan estas drogas asociadas a PZN y/o ET, demostraron tener igual efectividad que tratamientos más prolongados (9 a 12 meses). Cuando no se pueden asociar INZ y RMP por resistencia o toxicidad, los esquemas alternativos deben prolongarse por 18 a 24 meses.

De acuerdo a la forma de administración, el tratamiento antituberculoso puede ser continuo diario (el paciente toma la medicación todos los días) o intermitente supervisado (el paciente toma la medicación en días determinados y ésta es suministrada por un agente sanitario bajo control y seguimiento estrictos).

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN EL MANEJO DE LA TBC

Mujeres embarazadas

En las mujeres embarazadas no debe demorarse el tratamiento de la TBC. El esquema inicial aconsejado es INZ, RMP y ET ya que la EM tiene efectos tóxicos sobre el feto. No existen suficientes datos con respecto a la PZN como para recomendarla durante el embarazo. La lactancia no debe interrumpirse, ya que la concentración de droga en la leche materna no es tóxica para el recién nacido.

Pacientes con infección por HIV

Los pacientes positivos para HIV son más susceptibles a la infección por TBC y su pronóstico es más grave. Aquellos que comienzan el tratamiento antituberculoso deben ser evaluados para iniciar una terapia antirretroviral al mismo tiempo. Idealmente, dada la complejidad que implica el manejo de los pacientes HIV positivos con TBC, se debería contar con una estructura que garantizara la terapia supervisada, la participación de especialistas con experiencia en su manejo y el uso de regímenes que incluyan rifabutina en lugar de RMP. Esta última alternativa permite continuar con los inhibidores de las proteasas en aquellos pacientes que reciben tratamiento antirretroviral y antituberculoso simultáneamente, evitando la suspensión de la terapia antirretroviral necesaria cuando se usa RMP.

En estos pacientes la respuesta al tratamiento antituberculoso y el tiempo de la negativización de la baciloscopia no parecen ser diferentes a los observados en pacientes HIV negativos y los tratamientos se prolongan en función de la combinación de drogas que se utilizan.

El surgimiento de cepas de bacilos de TBC resistentes a las drogas de primera línea, en especial INZ y RMP, se ha transformado en la gran amenaza que atenta contra la posibilidad de lograr un control mundial de la TBC y representa el punto de contacto más notable entre esta enfermedad y el HIV. La magnitud global del problema en el mundo no es bien conocida. Los reportes de la literatura sugieren altos niveles de resistencia en muchos lugares pero en general los estudios están basados en poblaciones no representativas o no logran diferenciar entre pacientes con y sin tratamiento antituberculoso previo.

TBC multirresistente

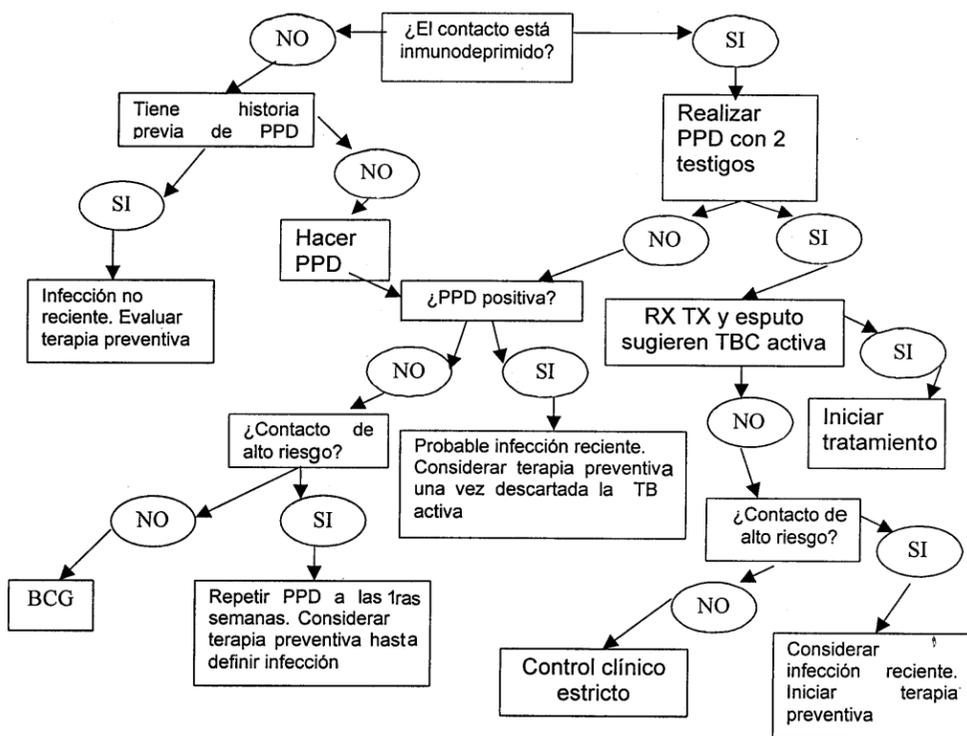
Se habla de resistencia primaria cuando la TBC es producida por bacilos resistentes a una o más drogas antituberculosas en pacientes vírgenes de tratamiento. La resistencia adquirida es la que se produce en aquellos pacientes que han recibido tratamiento en algún momento de su vida durante por lo menos un mes. En general, la resistencia adquirida se produce por la falta de adherencia a los tratamientos y/o la ingesta de una sola droga (en general, INZ) por períodos prolongados.

La TBC multirresistente aumenta casi 100 veces los costos del tratamiento en los países industrializados y reduce notablemente la posibilidad de sobrevida de los pacientes.

En los pacientes inmunocomprometidos, la infección con bacilos multirresistentes evoluciona rápidamente a TBC activa con alta mortalidad. Estos bacilos se transmitirán no sólo a otros pacientes inmunocomprometidos sino también a contactos inmunocompetentes que, en general, no progresan inmediatamente a enfermedad tuberculosa, pero pueden desarrollar una TBC por reactivación en algún momento de su vida y constituir otro caso de TBC multirresistente. No existe evidencia alguna de que los bacilos multirresistentes sean más virulentos que los sensibles, pero la demora en la identificación y el inicio de una terapia adecuada, de por sí dificultosa, empeora francamente el pronóstico.

En los casos de TBC multirresistente siempre deberá realizarse tratamiento supervisado. En general se aconsejan 4 drogas si la resistencia a la INZ es mayor al 4%. La selección del esquema de tratamiento dependerá de los estudios de sensibilidad y del grado de resistencia a cada droga particular. Se recomienda continuar el tratamiento durante los 24 meses siguientes a la negativización de los cultivos. La tasa de recaídas una vez finalizado el tratamiento alcanza casi el 20% en algunos reportes. Dada la limitada respuesta al tratamiento médico, en algunos casos se ha sugerido la cirugía de resección si la enfermedad está localizada y el paciente tiene buena reserva, ya que esta conducta parece disminuir la tasa de recaídas.

ALGORITMO DE DECISION PARA CONTACTOS DE TBC INFECCIOSA

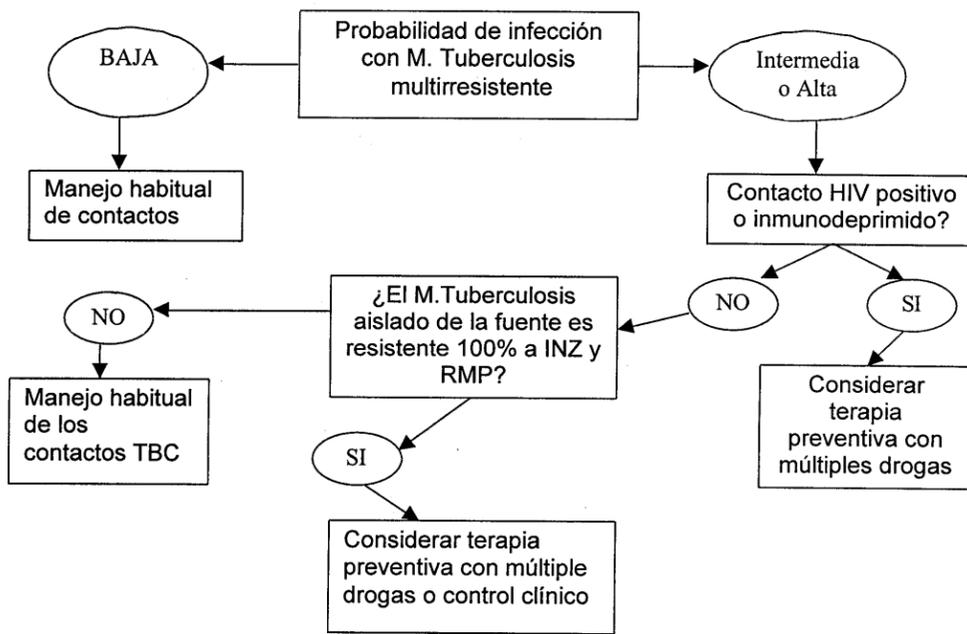


*Contactos de alto riesgo: convivientes, contactos sociales o laborales que comparten muchas horas diarias (más de 6 horas por día).

Contactos de moderado riesgo: aquellos que comparten 4 a 6 hs. diarias con el enfermo.

Contactos de bajo riesgo: contactos ocasionales.

ALGORITMO DE DECISION PARA CONTACTOS DE TBC PROBABLEMENTE RESISTENTE



PUBLICACIONES DE DECRETOS Y RESOLUCIONES

De acuerdo con el Decreto Nº 15.209 del 21 de noviembre de 1959, en el Boletín Oficial de la República Argentina se publicarán en forma sintetizada los actos administrativos referentes a presupuestos, licitaciones y contrataciones, órdenes de pago, movimiento de personal subalterno (civil, militar y religioso), jubilaciones, retiros y pensiones, constitución y disolución de sociedades y asociaciones y aprobación de estatutos, acciones judiciales, legítimo abono, tierras fiscales, subsidios, donaciones, multas, becas, policía sanitaria animal y vegetal y remates.

Las Resoluciones de los Ministerios y Secretarías de Estado y de las Reparticiones sólo serán publicadas en el caso de que tuvieran interés general.

NOTA: Los actos administrativos sintetizados y los anexos no publicados pueden ser consultados en la Sede Central de esta Dirección Nacional (Suipacha 767 - Capital Federal)